

Santé des enfants et des adolescents
Propositions pour la préserver

ISBN 2-85598-813-6

© Les éditions Inserm, 2003 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

- Dans la collection Expertise collective**
- Hépatites virales. Dépistage, prévention, traitement. 1997
 - Grande prématurité. Dépistage et prévention du risque. 1997
 - Effets sur la santé des principaux risques d'exposition à l'amiante. 1997
 - Ecstasy. Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage. 1998
 - Insuffisance rénale chronique. Etiologies, moyens de diagnostic précoce, prévention. 1998
 - La migraine. Connaissances descriptives, traitements et prévention. 1998
 - Risques héréditaires de cancers du sein et de l'ovaire. Quelle prise en charge ? 1998
 - Effets sur la santé des fibres de substitution à l'amiante. 1999
 - Maladie parodontales. Thérapeutiques et prévention. 1999
 - Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé ? 1999
 - Carences nutritionnelles. Etiologies et dépistage. 1999
 - Vaccinations. Actualités et perspectives. 1999
 - Éthers de glycol. Quels risques pour la santé ? 1999
 - Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2000
 - Asthme et rhinites d'origine professionnelle. 2000
 - Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risques et quelle prévention ? 2000
 - Dioxines dans l'environnement. Quels risques pour la santé ? 2000
 - Hormone replacement therapy. Influence on cardiovascular risk ? 2000
 - Rythmes de l'enfant. De l'horloge biologique aux rythmes scolaires. 2001
 - Susceptibilités génétiques et expositions professionnelles. 2001
 - Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. 2001
 - Alcool. Effets sur la santé. 2001
 - Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? 2001
 - Asthme. Dépistage et prévention chez l'enfant. 2002
 - Déficits visuels. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. 2002
 - Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2002
 - Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. 2003
 - Hépatite C. Transmission nosocomiale. État de santé et devenir des personnes atteintes. 2003



Ce logo rappelle que le code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants-droits. Le non-respect de cette disposition met en danger l'édition, notamment scientifique.

Toute reproduction, partielle ou totale, du présent ouvrage est interdite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

Ce document présente les travaux d'un groupe de travail réuni par l'Inserm à la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (Canam) pour élaborer des propositions d'actions de prévention et d'éducation à la santé pour les enfants et les adolescents.

Il s'appuie sur les données et les recommandations issues de plusieurs expertises collectives publiées récemment dans le domaine de l'obésité (2000), des troubles mentaux (2002) et de la consommation d'alcool (2003). Il constitue un prolongement de l'expertise collective publiée en 2001 sur l'éducation pour la santé des jeunes.

Le Centre d'expertise collective de l'Inserm a assuré la coordination de cette expertise opérationnelle avec le Département animation et partenariat scientifique (Daps) pour l'instruction du dossier.

Groupe de travail et auteurs

Pierre ARWIDSON, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Marc BRODIN, Faculté de médecine Xavier-Bichat, Université Paris VII

Marie-Aline CHARLES, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Inserm unité 258

Michel CHAULIAC, Direction générale de la santé, Ministère chargé de la santé

Marie CHOQUET, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Inserm unité 472

Nathalie CUVILLIER, Direction de la sécurité sociale, Ministère chargé de la santé

Catherine DARTIGUENAVE, Direction générale de la santé, Ministère chargé de la santé

Fabienne DEBAUX, Direction générale de la santé, Ministère chargé de la santé

Christine DE PERETTI, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère chargé de la santé

Claude GOT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Christine KERNEUR, Direction de l'enseignement scolaire, Ministère chargé de l'éducation nationale

Viviane KOVESS, Fondation MGEN pour la santé publique, Université René Descartes Paris V

Diane PURPER-OUAKIL, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré

Marie-Françoise ROLLAND-CACHERA, Conservatoire national des arts et métiers, Ista, Inserm unité 557

Marie-Claude ROMANO, Direction de l'enseignement scolaire, Ministère chargé de l'éducation nationale

Jean-Louis SAN MARCO, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Coordination scientifique et éditoriale

Fabienne BONNIN, attachée scientifique au Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat

Catherine CHENU, attachée scientifique au Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat

Jeanne ETIEMBLE, directeur du Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat

Catherine POUZAT, attachée scientifique au Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat

Assistance bibliographique et technique

Cécile GOMIS, secrétaire au Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat

Chantal GRELLIER, documentaliste au Centre d'expertise collective de l'Inserm, Faculté de médecine Xavier-Bichat

Sommaire

Avant-Propos	VII
I Expertises collectives sur la prévention et l'éducation pour la santé des jeunes	1
Introduction	3
1. Prévention de l'obésité de l'enfant en population générale	7
2. Prévention des troubles émotionnels chez l'enfant et l'adolescent .	29
3. Prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes	51
4. Programmes de prévention et modes d'évaluation	69
II Programmes nationaux de santé	87
Introduction	89
5. Programme national nutrition santé	91
6. Programme d'actions de santé mentale	99
7. Stratégie nationale d'action « alcool »	107
8. Éducation pour la santé dans le système scolaire français	111
III Propositions d'actions pour la santé des jeunes	127
Introduction	129
9. Promotion de la santé physique	131
10. Promotion de la santé mentale	143
11. Prévention du risque alcool	153
12. Formation et recherche en éducation pour la santé	157
Annexes	163

Avant-propos

Durant la dernière décennie, plusieurs états des lieux et, en particulier, la conférence nationale de santé de 1997 ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur la santé des enfants et des adolescents. Prenant acte de cette priorité, la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (Canam) a défini avec l'Inserm un programme d'expertises collectives ciblé sur les pathologies de l'enfant qui sont en augmentation (obésité, troubles mentaux, asthme...). À l'issue d'une analyse exhaustive des données de la littérature au niveau international, les experts ont défini des recommandations pour améliorer le dépistage et la prévention de ces pathologies.

La Canam a également sollicité l'Inserm pour un bilan des connaissances sur les méthodes en matière d'éducation pour la santé utilisées auprès des jeunes dans le contexte national et international.

Tirant profit de l'ensemble de ces travaux et de ceux menés à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) sur les risques liés à la consommation d'alcool chez les jeunes, l'Inserm a récemment proposé à la Canam un approfondissement des recommandations élaborées par les groupes d'experts concernant la prévention de l'obésité, des troubles mentaux ainsi que du risque alcool chez les jeunes dans le but de proposer quelques actions bien définies de prévention et d'éducation pour la santé.

Sous l'égide de l'Inserm, un groupe de travail a été constitué, rassemblant plusieurs scientifiques des expertises citées ainsi que des acteurs des administrations et organismes ayant en charge l'élaboration des politiques publiques.

Les troubles pris en considération par le groupe de travail représentent une préoccupation de santé publique en raison d'une prévalence élevée qui tend encore à augmenter. Ainsi, une proportion non négligeable d'enfants et d'adolescents (environ 12 % en France) souffrent de troubles mentaux, c'est-à-dire de troubles qui interfèrent avec leur développement, freinent leurs apprentissages scolaires et compromettent leur devenir par une répercussion sur la qualité de vie au quotidien. La prévalence de l'obésité est également de 10-12 % chez les enfants de 5 à 12 ans. L'augmentation du nombre d'enfants touchés est très rapide, et pose en termes de santé publique le problème des complications susceptibles de compromettre leur santé à long terme. Concernant les conduites d'alcoolisation, environ 10 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans auraient une consommation régulière d'alcool (c'est-à-dire qu'ils ont consommé au moins dix fois une boisson alcoolique au cours des trente

derniers jours) et 5 % connaissent des ivresses régulières (c'est-à-dire qu'ils ont été ivres au moins trois fois au cours des trente derniers jours)¹.

Des facteurs de risque comportementaux et environnementaux sont en jeu dans les problématiques étudiées. Un certain nombre de ces facteurs sont accessibles à une prévention. Cependant, l'étude des déterminants psychosociaux, la compréhension des aspects environnementaux et surtout la connaissance des mesures de prévention efficaces restent lacunaires. La collecte systématique de données concernant les attitudes, savoirs, comportements et préoccupations de santé est très récente en France.

La distinction classique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire est actuellement remplacée par les notions de prévention généralisée ou universelle, sélective et indiquée. Les interventions dites généralisées sont destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. Les campagnes de vaccination et la prévention en milieu scolaire en sont des exemples. La prévention sélective vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble. La prévention indiquée s'adresse aux sujets qui ont des signes d'appel, en restant en deçà des critères diagnostiques.

Si la notion de prévention est claire pour tous malgré des nuances apportées par différents corps professionnels (la « prévention médicalisée » du médecin, la « prévention répressive » du gendarme), le concept d'éducation pour la santé et plus largement celui de promotion de la santé font souvent l'objet d'interprétations diverses. Le caractère pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de ces domaines fait que chacun y projette sa vision de la santé.

L'éducation pour la santé recouvre un ensemble de pratiques pouvant contribuer à la prévention des maladies et des accidents et à la promotion de la santé. Traditionnellement, l'éducation pour la santé consistait en des interventions éducatives qui visaient à apporter des informations et à inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé dans un objectif de prévention. Actuellement, l'éducation pour la santé est plus souvent considérée comme un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, ceci dans un but de promotion de la santé.

Le concept de promotion de la santé formalisé en 1986 dans la charte d'Ottawa, qui reste la référence mondiale, a élargi la démarche éducative en mettant en avant la responsabilité collective. Il ne s'agit plus seulement d'éduquer les individus, mais aussi de favoriser les mobilisations et les changements collectifs en prenant en compte les déterminants psychosociaux et sociétaux à l'origine des comportements et des attitudes défavorables à la

1. Données issues de l'enquête ESPAD (enquête par autoquestionnaire anonyme sur un échantillon national en milieu scolaire).

santé. La promotion de la santé inclut l'éducation pour la santé, qui en reste une composante essentielle. Les principes évoqués pour la promotion de la santé font appel à la notion de milieu et de cadre de vie. Les interventions reposent sur une approche intersectorielle prenant en compte la multicausalité des déterminants de santé. L'approche se veut accompagnatrice du développement, le but étant l'augmentation de la capacité des individus à s'autogérer (notion d'*empowerment*).

Concernant l'éducation pour la santé, l'école est reconnue comme le lieu d'intervention privilégié. En effet, l'école permet d'atteindre la très grande majorité d'une classe d'âge. Les jeunes y représentent une population captive facile à informer dans le cadre des programmes d'enseignement. Mais surtout, de par sa mission éducative, l'école participe à la construction des individus. Cependant, le cercle familial conserve un rôle de premier plan et la participation des parents dans les programmes d'éducation pour la santé est capitale pour le bon déroulement de ceux-ci. L'éducation pour la santé doit pouvoir se poursuivre tout au long de la scolarité des élèves de la maternelle jusqu'au secondaire. Les programmes doivent être mis en œuvre de manière progressive en tenant compte des préoccupations liées à l'âge. La cohérence et la continuité des interventions, instaurées tout au long du cursus scolaire avec l'école, la famille et tous ceux qui interviennent auprès des jeunes est un gage de réussite. Des modes d'interventions diversifiés, adaptés aux publics et aux thèmes abordés, doivent permettre une participation active des jeunes et favoriser le développement des compétences psychosociales.

Les propositions d'actions réunies dans ce document se situent dans le registre de la prévention universelle, c'est-à-dire qu'elles s'adressent à tous les enfants et adolescents. Si l'éducation pour la santé sous-tend la plupart de ces actions, certaines se situent plus dans le champs de la création d'environnements favorables ou dans celui de la prévention des risques. L'objectif de ce travail est d'offrir aux décideurs, en fonction de leur rayon d'action (ministère, municipalité, établissement scolaire, classe...), quelques pistes d'actions bien ciblées². En effet, ces propositions représentent des actions qui méritent d'être :

- généralisées et développées : éducation nutritionnelle, activités physiques, prévention du risque alcool ;
- réactivées : loi Évin, programme d'éducation physique ;
- clarifiées : offre alimentaire en milieu scolaire ;
- expérimentées et évaluées : programmes de gestion du stress et développement des compétences psychosociales.

Les conditions de mise en œuvre de ces projets sont fondamentales. Ainsi, l'enjeu majeur que représente la santé actuelle et future des jeunes nécessite que ces projets soient conduits par des personnes formées. Les modes d'intervention doivent avoir été validés et doivent reposer sur la reconnaissance des

2. Un tableau récapitulatif des propositions, populations cibles et décideurs concernés est présenté au début de l'annexe de ce document

multiplés facteurs individuels et collectifs qui déterminent les conditions du maintien de la santé. L'examen de la littérature a conduit à constater la rareté des travaux français et des équipes universitaires françaises impliquées dans la conception et l'évaluation scientifique d'interventions éducatives de santé. C'est pourquoi le groupe de travail insiste sur la nécessité de développer la recherche et la formation en éducation pour la santé.

Si le milieu scolaire est fortement sollicité pour la mise en œuvre d'actions, il ne faut pas oublier que les jeunes évoluent aussi dans d'autres milieux (familles, groupes de pairs, quartiers). Les actions de santé doivent tenir compte de la complexité et de l'intrication des déterminants des comportements et des modes de vie ; normes sociales, culturelles et familiales, construction identitaire des jeunes, contradictions entre incitations publicitaires et messages sanitaires...

Enfin, l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé pose encore en France des problèmes d'inégalités territoriales et sociales. À l'heure où la répartition des compétences en matière de santé publique et d'éducation est en réorganisation, cela peut être l'occasion de développer l'éducation pour la santé autour de principes tels que l'équité géographique (accessibilité, schémas territorialisés), la pérennité et la continuité (actions continues plutôt que projets ponctuels) et la qualité (formation des intervenants, développement de la recherche).

Ce document, qui porte sur des aspects fondamentaux de la santé physique et mentale des enfants et des adolescents, représente une nouvelle étape dans la mise à disposition des acquis de la recherche auprès des décideurs politiques et institutionnels.

I

Expertises collectives
sur la prévention
et l'éducation
pour la santé
des jeunes

Introduction

La prévalence de l'obésité, en augmentation régulière en France, atteint 16 % des enfants de 5-15 ans en 2000. Pour 50 à 70 % des adolescents obèses on observe une persistance de cette obésité à l'âge adulte, associée à un risque de surmortalité cardiovasculaire ou de développement de diabète de type II. Cette situation justifie donc pleinement les actions de prévention de l'obésité de l'enfant.

L'obésité s'installe lorsque les apports énergétiques sont supérieurs aux dépenses mais parmi les macronutriments impliqués dans les apports, les lipides jouent un rôle prépondérant dans les mécanismes de régulation de la composition corporelle.

L'existence d'un rebond d'adiposité précoce, situé vers 3 ans, semble être un facteur prédictif d'obésité. Les mécanismes qui contrôlent ce phénomène sont cependant encore peu connus. Des facteurs d'ordre psychologique jouent certainement un rôle durant la petite enfance et en particulier les événements stressant comme semblent l'indiquer des travaux récents.

Les études montrent une association entre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile et l'évolution vers une plus grande sédentarité de la jeune génération. La réduction de l'activité physique au profit de la télévision et des consoles de jeu vidéo favorise le surpoids en particulier au moment critique de la puberté chez la jeune fille. Il est donc nécessaire, en termes de prévention, d'agir au niveau de la dépense énergétique liée à l'activité physique.

Si l'augmentation de l'obésité, liée aux transformations majeures de notre mode de vie touche une proportion notable d'enfants, une prévention applicable sans risque à l'ensemble des enfants s'avère donc envisageable. La promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée moins riche en graisse répond aux critères d'une prévention généralisée.

Peu d'études sont publiées sur la prévention de l'obésité, puisqu'il s'agit d'un phénomène récent. En revanche, il y a beaucoup plus d'études sur la prévention du risque cardiovasculaire, centrée également sur l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique en milieu scolaire. Ces actions soulignent que l'implication des adultes (éducateurs, parents, professionnels de santé, médias) est indispensable pour engager les adaptations structurelles.

Mais n'oublions pas que des facteurs non encore identifiés favorisent probablement l'obésité de l'enfant pendant les périodes prénatales et postnatales, ils doivent faire l'objet des futurs travaux de recherche.

On estime que 5 % des enfants souffrent de troubles anxieux et que les troubles de l'humeur affectent 3 % des 13-19 ans. Les troubles émotionnels

(troubles anxieux et troubles dépressifs) ont un retentissement sur le fonctionnement psychosocial, individuel et familial. Ils peuvent persister ou s'associer à d'autres formes de troubles mentaux ou à divers dysfonctionnements sociaux et affectifs. L'approche développementale et épidémiologique de ces pathologies a conduit à la mise en évidence de nombreux facteurs de risque individuels et environnementaux. La vulnérabilité aux troubles émotionnels résulte toujours de l'interaction entre ces deux types de facteurs. Leur connaissance revêt une importance majeure dans une perspective de prévention.

Les études familiales suggèrent fortement l'existence d'une relation entre troubles anxieux de l'enfant et troubles affectifs chez les parents, mais elles ne résolvent en rien la question du mode de transmission. Des variables environnementales (événements de vie, attitudes parentales...) interviennent certainement en interaction avec les facteurs de vulnérabilité génétique dans l'expression clinique des troubles anxieux. En effet, dans deux tiers des cas environ, les événements de vie (séparation, divorce, maladie, décès d'un proche, conflits intrafamiliaux, hospitalisation, changement d'école, déménagements...) pourraient être considérés comme des facteurs étiologiques possibles. Mais le mécanisme par lequel l'événement affecte un enfant demeure complexe. De même, les attitudes parentales (surprotection, hypercontrôle, critique exagérée) sont susceptibles d'agir avec de nombreux autres facteurs de risque dans le développement de troubles anxieux en empêchant l'enfant à faire face aux événements stressants.

Plusieurs arguments existent pour impliquer l'existence d'une forte émotionnalité (et à un moindre degré une faible sociabilité et une forte inhibition) dans la survenue de troubles dépressifs. Une mauvaise estime de soi peut être également un facteur prédictif de la survenue de dépression et le soutien social intervient alors comme facteur de protection. Si certains événements de vie précoces (maltraitance physique ou sexuelle, décès de la mère) semblent intervenir bien que de manière non spécifique dans la survenue de troubles dépressifs, il est nécessaire de préciser leur impact en fonction des caractéristiques des individus et de leur environnement familial et social.

La prévention généralisée des troubles émotionnels a fait l'objet de peu d'étude jusqu'à maintenant. Les programmes testés font appel au développement de facteurs de protection face aux situations stressantes et intéressent donc aussi bien les troubles anxieux que dépressifs d'une façon non spécifique. Par définition, les actions de prévention généralisée proposent des programmes uniformes pour tous les enfants y compris ceux qui ne sont pas à risque. Seules des études à long terme portant sur de très larges échantillons pourront apporter des renseignements valides quant à leur efficacité. Parmi les initiatives prises au niveau des différents États européens et recensées par le groupe « Santé mentale Europe », plusieurs projets de prévention concernent les troubles émotionnels et témoignent du fait que la santé mentale des enfants et des adolescents est bien un objectif prioritaire.

Dans le contexte culturel français, la consommation d'alcool chez les adolescents est un phénomène banalisé voir encouragé. Il y a cependant plusieurs schémas d'alcoolisation selon qu'il s'agit d'adolescents normalement socialisés ou d'adolescents à problèmes. Pour ces derniers, l'alcoolisation évolue plus rapidement vers une alcoolisation excessive au sein de bandes où la prise d'alcool est stimulée. Les actions de prévention s'intéressent plutôt aux risques qu'à la consommation elle-même. Elles tentent de limiter les risques liés à l'ivresse, en particulier les accidents de la route et les conduites sexuelles à risque. Les actions de prévention recherchent également, non pas à interdire la consommation, mais à rendre le jeune conscient de sa consommation et à lui permettre un choix, dont celui de l'abstinence, dans certaines situations comme la conduite sur route par exemple. Un champ d'action qui ne doit pas être négligé dans le cadre de la prévention est celui du respect de la loi sur les modalités de la publicité. La loi Évin du 10 janvier 1991 a posé le principe de l'interdiction de la publicité directe ou indirecte ainsi que du parrainage par les fabricants de boissons alcooliques. Mais la promotion publicitaire de l'alcool reste très présente au quotidien.

L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention peut s'effectuer par la mesure, à l'aide d'indicateurs quantitatifs, de l'atteinte des objectifs préalablement fixés pour une population donnée (par exemple interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité) mais également par une appréciation qualitative sur le déroulement du programme. Ces deux approches sont bien entendu complémentaires. La seconde gagnerait beaucoup par la définition de nouveaux indicateurs susceptibles d'évaluer l'acquisition des compétences personnelles et la capacité d'action des jeunes.

1

Prévention de l'obésité de l'enfant en population générale

Le nombre d'enfants présentant un excès de poids est en augmentation régulière en France (Inserm, 2000). Le pourcentage d'enfants de 5-12 ans dont l'indice de masse corporelle est au delà du 97^e percentile des courbes de références françaises (Rolland-Cachera et coll., 1991) est passé de 3 % dans l'étude de 1955 à 10-12 % vers 1995 atteignant 16 % en 2000 (Rolland-Cachera et coll., 2002). Un certain nombre d'études épidémiologiques documentent un risque notable de persistance de l'obésité à l'âge adulte (de 50 à 70 % pour les adolescents obèses), un risque de surmortalité essentiellement cardiovasculaire lié au fait d'avoir été un enfant obèse et la mise en évidence d'un diabète de type II, présent chez l'enfant alors qu'il était jusqu'alors limité aux adultes. Ces arguments justifient les actions de prévention de l'obésité de l'enfant (Inserm, 2000) d'autant plus que le traitement de l'obésité est difficile, même s'il semble un peu plus efficace chez l'enfant que chez l'adulte (Story, 1999).

Définition et prévalence de l'obésité

La corpulence évaluée par l'indice de Quetelet ou indice de masse corporelle [IMC = poids (kg) / taille² (m)] variant au cours de la croissance, l'interprétation du caractère normal ou pathologique du niveau d'adiposité doit se faire en tenant compte de l'âge de l'enfant. Il existe diverses courbes de référence de la corpulence. Nous citerons les références françaises et les références de l'*International obesity task force* (IOTF).

En 1982, à partir des données françaises de l'étude internationale de la croissance, la France a publié des courbes de référence de l'IMC, révisées en 1991 (Rolland-Cachera et coll., 1991). La France a été suivie par de nombreux pays en Europe, et par les États-Unis. L'excès pondéral a pu être ainsi défini dans chaque pays à partir des percentiles les plus élevés de la distribution (97^e percentile par exemple pour le surpoids incluant l'obésité).

En 2000, l'IOTF a élaboré une nouvelle définition de l'obésité chez l'enfant : l'IMC a été retenu pour évaluer l'adiposité parce qu'il répondait mieux que

d'autres indices à différents critères de composition corporelle et était associé à divers facteurs de risque. Les seuils définissant le surpoids et l'obésité sont constitués par les percentiles IOTF C-25 et IOTF C-30, qui aboutissent respectivement aux valeurs de 25 et 30 kg/m² à 18 ans. On notera que le percentile IOTF C-25 est proche du 97^e percentile des références françaises (tableau 1.I).

Tableau 1.I : Termes utilisés pour définir le surpoids et l'obésité selon les auteurs

Auteurs	Termes utilisés	Seuils
Cole et coll., 2000 (IOTF)	Surpoids (incluant obésité)	percentile IOTF C-25
	Obésité	percentile IOTF C-30
Rolland-Cachera et coll., 2002	Surpoids (incluant obésité)	97 ^e percentile références françaises
Courbes du PNNS, 2003*	Obésité degré 1	97 ^e percentile références françaises
	Obésité degré 2	percentile IOTF C-30

*PNNS (Programme national nutrition santé) disponible sur le site www.sante.gouv.fr, rubrique « les dossiers », « nutrition »

Prévalence et tendance

L'obésité touche une proportion croissante d'enfants et d'adultes. L'absence de définition homogène de l'obésité de l'enfant rendait jusqu'à présent difficile l'analyse des données disponibles. La nouvelle définition internationale établie par l'IOTF permet maintenant de mieux comparer les différentes études et les différents pays.

Évolution en France

Selon la définition de l'IOTF, 18,1 % de l'ensemble des enfants français âgés de 7 à 9 ans en 2000 présentaient un surpoids et parmi eux, 3,8 % étaient obèses.

La définition française de l'excès pondéral (97^e percentile des références françaises) étant disponible depuis plus longtemps, il a été possible de comparer des études réalisées antérieurement. Ainsi, dans le Centre-Ouest de la France, la prévalence du surpoids chez les enfants de 10 ans est passée de 5,1 à 12,5 % entre 1980 et 1996. En 2000, elle atteignait 16,3 %. On a pu de même observer que la prévalence des obésités massives augmentait beaucoup plus rapidement que la prévalence des obésités modérées. Par ailleurs, l'augmentation de la prévalence du surpoids chez l'enfant (passant de 5,1 % à 12,5 % entre 1980 et 1996) est plus rapide que chez l'adulte (passant de 6 à 9 %), ce qui laisse prévoir une aggravation de cette épidémie chez l'adulte dans les années à venir.

Evolution en Europe

Les figures 1.1a et 1.1b résument les données les plus récentes sur la prévalence de l'obésité et du surpoids des enfants européens par rapport aux enfants américains, selon la définition de l'IOTF. La prévalence de l'obésité est nettement plus élevée aux États-Unis qu'en Europe ; en revanche, le pourcentage d'enfants présentant un surpoids est peu différent entre les deux continents. Il

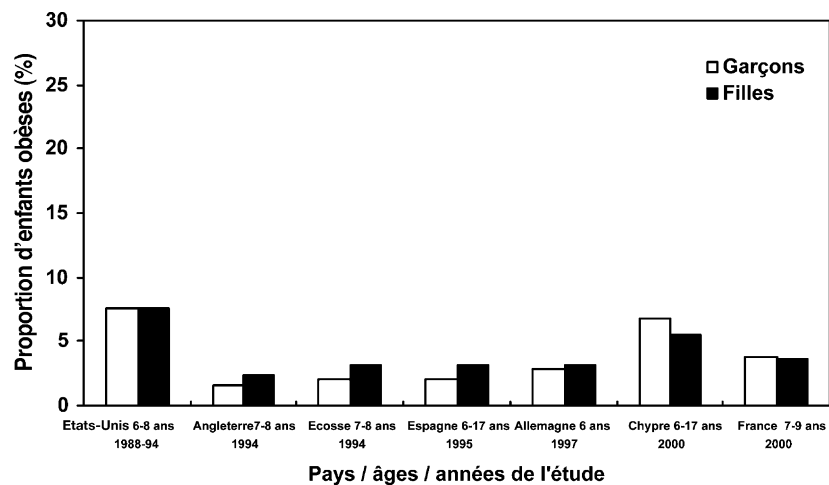


Figure 1.1a : Prévalence de l'obésité chez les enfants européens et américains (d'après Rolland-Cachera et Thibault, 2002)

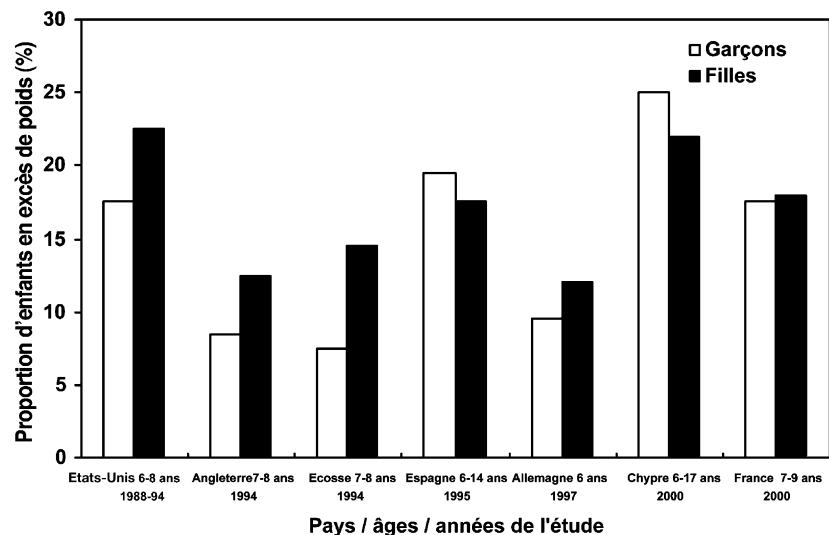


Figure 1.1b : Prévalence de l'excès de poids (incluant l'obésité) selon la définition de l'IOTF (Cole et coll., 2000) chez les enfants européens et américains (d'après Rolland-Cachera et Thibault, 2002)

faut noter toutefois que les données américaines (1988-94) sont plus anciennes que celles des autres pays (en particulier les données françaises ont été recueillies en 2000), pouvant expliquer en partie cette faible différence entre ces deux continents.

D'après l'ensemble de ces données, il s'agit donc d'un phénomène inquiétant, de par son ampleur et du fait qu'il entraîne une aggravation des risques morbides.

Facteurs de risque de l'obésité

Les deux principaux facteurs de risque évoqués concernent les aspects nutritionnels et le rôle de l'activité physique.

Aspects nutritionnels

L'obésité, qui est une maladie polygénique à forte composante environnementale (Astrup, 1999 ; Maffei, 1999), s'installe lorsque les apports énergétiques sont supérieurs aux dépenses. Mais il faut également prendre en compte le rôle des macronutriments en termes de bilan ou de balance, en distinguant les lipides des autres nutriments, car ils ont des effets particuliers sur les mécanismes de régulation de la composition corporelle (Ziegler et Debry, 1997 ; Astrup, 1999 ; Jéquier et Tappy, 1999). Le caractère hyperlipidique de l'alimentation est un facteur de risque de l'obésité, chez l'enfant comme chez l'adulte (Golay et Bobbioni, 1997), mais probablement pas au cours des premiers mois de la vie (Koletzko, 1999).

La prise alimentaire est le versant comportemental de la régulation du métabolisme énergétique et de l'équilibre nutritionnel (Bellisle, 1999 ; Basdevant, 2000). Mais le comportement alimentaire a aussi d'autres significations, qu'elles soient hédoniques, symboliques ou sociales (Bellisle, 1999 ; Guy-Grand et Le Barzic, 2000). Le nourrisson, qui a une alimentation uniforme, va en grandissant être confronté progressivement à l'extrême diversité de l'alimentation de l'adulte (Birch, 1998a ; Birch, 1999). Des phénomènes de conditionnement lui permettent d'associer les caractéristiques sensorielles d'un aliment aux signaux physiologiques qui en suivent l'ingestion (Birch, 1998a ; Bellisle, 1999 ; Birch, 1999). Cet apprentissage concerne les goûts, les mécanismes de l'appétit et du rassasiement, comme le plaisir de manger (Birch, 1998a ; Bellisle, 1999).

Alimentation dans la petite enfance

La période de la petite enfance est importante pour l'apprentissage des comportements futurs. Elle a certainement un rôle propre, comme le suggère le rebond d'adiposité précoce relevé chez la plupart des obèses (vers 3 ans en

moyenne au lieu de 6 ans chez les enfants normo-pondéraux) (Rolland-Cachera et coll., 1999). Le rôle protecteur de l'allaitement maternel été souligné par plusieurs études (Von Kries et coll., 1999 et 2000 ; Bergmann et coll., 2003). Pour les sujets qui avaient bénéficié d'une durée d'allaitement supérieure à 6 mois, le risque de surpoids diminuait de plus de 30 % et le risque d'obésité de plus de 40 %. Ces études ont montré une relation dose-effet entre la durée de l'allaitement et la prévalence de l'obésité chez l'enfant. Ces résultats constituent un argument pour encourager l'allaitement maternel. En France, moins de la moitié des mères allaitent. Par ailleurs, des données issues des modèles animaux montrent que les conditions nutritionnelles et métaboliques durant la gestation peuvent provoquer des modifications de poids corporel à la naissance qui, associées à des perturbations des systèmes neuro-peptidergiques, peuvent être précurseurs du développement de l'obésité (Inserm, 2000). La proportion des différents macronutriments consommés au début de la vie pourrait influencer la constitution d'une obésité. Ainsi, dans les préparations pour nourrissons (laits infantiles de premier âge), une proportion trop importante d'acide gras polyinsaturé n-6 (linoléate) pourrait favoriser la formation en excès de cellules adipeuses. La période périnatale mérite des recherches approfondies pour identifier les facteurs alimentaires pouvant avoir des conséquences à long terme. L'importance de cette période dans la constitution d'une obésité pourrait expliquer les résultats peu encourageants des interventions destinées à des âges plus tardifs.

Adaptation de la prise alimentaire

L'enfant est capable de réguler la quantité d'aliments qu'il consomme en fonction de leur densité énergétique et de ses besoins (Birch et Fisher, 1998). Comme l'ont montré Fomon et coll. (1983) chez des nourrissons âgés de 6 semaines, la consommation de lait augmente lorsque celui-ci est dilué. Les auteurs (Birch et Deysher, 1986 ; Birch, 1998a) ont mis en évidence les capacités d'ajustement immédiat et d'ajustement conditionné de jeunes enfants âgés de 3 à 5 ans. Ceux-ci se sont montrés capables de maintenir un apport énergétique constant au cours d'un même repas dont on faisait varier les modalités. De la même façon, lorsque le repas est précédé d'une précharge riche en énergie, l'enfant mange moins (Birch et Deysher, 1986 ; Birch et coll., 1993). Il apprend (apprentissage conditionné) à associer la saveur de l'aliment à un apport énergétique donné (Birch et Deysher, 1986). Les enfants de 2 à 5 ans ont aussi la faculté d'adapter leur prise alimentaire de façon à équilibrer leur bilan énergétique sur une période de quelques jours (Birch et coll., 1991). Les coefficients de variation de l'énergie ingérée variaient de 33,6 % d'un repas à l'autre mais seulement de 10 % d'un jour à l'autre au cours des 6 jours pendant lesquels les enfants pouvaient consommer *ad libitum* des aliments qu'ils choisissaient (Birch et coll., 1991). Les auteurs constatent qu'il existe des enfants bons régulateurs, capables de modifier rapidement leurs choix alimentaires pour les ajuster à leurs besoins et des enfants moins bons régulateurs, dont l'adaptation est incomplète (Bellisle, 1999 ; Michaelsen et

Jorgensen, 1995). Le rôle de l'apprentissage est probablement capital dans ce domaine et mériterait d'être évalué par des études prospectives (Birch, 1998b ; Birch, 1999). En particulier, les enfants ayant un surpoids sont souvent classés comme moins bons régulateurs et les garçons sont généralement meilleurs que les filles dans ce domaine (Johnson et Birch, 1994). Il est possible que progressivement l'environnement familial et socioculturel exerce une influence défavorable sur les capacités d'adaptation de l'enfant. La socialisation conduit l'enfant à avoir un comportement alimentaire de moins en moins spontané (Bellisle, 1999). En d'autres termes, l'enfant utilise moins les signaux physiologiques de la faim et de la satiété pour se conformer aux usages de la vie en société (vider complètement son assiette, manger à heures fixes...).

Choix et préférences alimentaires

Les goûts et les préférences influencent les choix alimentaires à tous les âges de la vie, mais ils peuvent évoluer avec le temps (Birch, 1999). Les nourrissons réagissent avec un réflexe gusto-facial évoquant le contentement lorsqu'ils reçoivent un produit sucré. Le goût pour le sucré reste puissant chez le jeune enfant, mais la consommation de produits sucrés varie énormément entre les âges de 2 et 8 ans comme l'a montré une étude longitudinale (Deheeger et coll., 1996). Il n'a d'ailleurs pas été trouvé de lien avec l'incidence de l'obésité. Selon Birch (1992), les enfants ont une certaine préférence pour les aliments sucrés et gras, parce qu'ils ont appris à choisir les aliments à densité énergétique élevée pour satisfaire leurs besoins énergétiques. Ils associent la flaveur de ces aliments aux signaux physiologiques agréables qui résultent d'un apport énergétique élevé, tout spécialement lorsqu'ils ont faim (Birch, 1992 ; Johnson et coll., 1991). Mais rien ne prouve que ce phénomène soit plus marqué chez les sujets à risque d'obésité. Néanmoins, il a été récemment montré que le goût des enfants pour les aliments riches en lipides, de même que la consommation alimentaire de lipides de ces enfants, étaient corrélés à l'indice de masse corporelle (IMC) des parents (Fisher et Birch, 1995) ; l'influence de la famille paraît donc considérable dans le processus des choix alimentaires (Oliveria et coll., 1992 ; Vauthier et coll., 1996). Peu d'études ont été consacrées aux facteurs génétiques qui jouent probablement un rôle dans ce domaine (Faith et coll., 1997 ; Reed et coll., 1997 ; Birch, 1999).

Il s'établit donc au cours de la petite enfance une sorte de hiérarchie dans la sélection des aliments, qui est fortement influencée par l'attitude des parents et plus généralement de l'environnement familial (*Joint working group of the canadian paediatric society and health canada*, 1995 ; Birch, 1998b ; Birch, 1999). La disponibilité et l'accessibilité des aliments sont essentielles, de même que la notion d'aliment familier. Les stratégies éducatives basées sur le système de punition-récompense peuvent avoir des effets défavorables sur cet apprentissage. Les aliments interdits deviennent encore plus désirables et l'aliment-récompense utilisé comme renforçateur voit sa valeur affective augmentée (Birch et Fisher, 1998 ; Fisher et Birch, 1999). Un contrôle trop strict des parents, destiné par exemple à favoriser la consommation de fruits et

de légumes et à limiter celle de sucreries, peut avoir l'effet inverse de celui recherché (Birch et Fisher, 1998). L'important est que l'enfant apprenne à ajuster sa prise alimentaire en fonction des signaux internes de faim et de satiété qui le renseignent sur ses besoins (Bellisle, 1999). Proposer une alimentation saine et diversifiée est donc de la responsabilité des parents, mais l'enfant doit apprendre à choisir quand il peut manger et ce qu'il doit manger (Birch et Fisher, 1998).

Modalités des prises alimentaires et risque d'obésité

Les arguments mettant en cause la répartition des apports énergétiques au cours de la journée sont globalement peu convaincants, si l'on considère ces effets indépendamment de leurs conséquences quantitatives sur le bilan énergétique (Bellisle et coll., 1997 ; Mela et coll., 1999), mais le débat reste ouvert (Speechly et coll., 1999). Des perturbations du cycle lipogénèse-lipolyse ont été évoquées chez l'animal, mais les mécanismes ne sont pas connus chez l'homme. Nous évoquerons successivement le rôle du décalage vespéral de la prise alimentaire, le nombre de repas, les prises extra-prandiales et la vitesse de la prise alimentaire.

Depuis une dizaine d'années les études se multiplient et montrent qu'un petit déjeuner correct permet d'assurer les apports journaliers adéquats en énergie, macro- et micronutriments. Souvent, le déficit qualitatif et quantitatif du petit déjeuner n'est pas compensé par les autres repas de la journée, chez les enfants et les adolescents en particulier (Morgan et coll., 1981 ; Louis-Sylvestre, 1997). Selon diverses études, l'obésité est associée à des apports énergétiques plus faibles au petit déjeuner (Machinot et coll., 1975 ; Bellisle et coll., 1988 ; Deheeger et coll., 1993 ; Préziosi et coll., 1999). Bellisle et coll. (1988) ont rapporté dans une étude française que les enfants obèses âgés de 7 à 12 ans mangeaient moins au petit déjeuner que les enfants de corpulence normale (15,7 % *versus* 19 % des apports énergétiques quotidiens) mais plus au dîner (32,5 % *versus* 28,7 %). Le fait a été également décrit chez l'adulte (Mela et coll., 1999). Cependant, en France, contrairement à d'autres pays, en particulier les États-Unis d'où proviennent de nombreuses études, le « saut » du petit déjeuner par les enfants et les adolescents reste rare : il concerne moins de 10 % d'entre eux (Préziosi et coll., 1996 ; Préziosi et coll., 1999).

Il ne semble pas que le nombre quotidien de repas ait, en tant que tel, un rôle régulateur majeur vis-à-vis du bilan énergétique et de la régulation pondérale. Dans une étude d'intervention concernant 226 enfants âgés de 6 à 16 ans, pensionnaires dans trois établissements différents, les auteurs (Fabry, 1970 ; Fabry et Tepperman, 1970) avaient pourtant montré que le poids par rapport à la taille était plus élevé au bout d'un an dans l'école où l'on servait 3 repas par jour, par rapport à celles où l'on en servait 5 ou 7. Mais l'hypothèse qu'un nombre élevé de repas (Fabry, 1970 ; Fabry et Tepperman, 1970 ; Debry, 1996) puisse avoir un effet protecteur n'a pas été confirmée (Bellisle et coll., 1997 ; Mela et coll., 1999).

On connaît mal les effets de la consommation de collations ou de snacks (définis comme une prise alimentaire en dehors des 3 ou 4 principaux repas, le goûter étant souvent considéré comme un vrai repas chez l'enfant) sur la régulation du bilan énergétique (Kennedy et Goldberg, 1995 ; Mela et coll., 1999). En revanche, les prises extra-prandiales, qui chez l'enfant se font habituellement sous forme de grignotage, jouent probablement un rôle important dans le bilan énergétique, car elles modifient les signaux de la faim et de la satiété. Elles sont souvent importantes chez l'enfant obèse. Mais le niveau de preuves est faible pour affirmer qu'elles ont systématiquement un effet pathologique. Paradoxalement, les études sur les conduites alimentaires de l'enfant ou de l'adolescent sont rares, à l'exception de celles concernant l'anorexie mentale et la boulimie. Bandini et coll. (1999) n'ont pas trouvé que les adolescents obèses consommaient plus d'aliments hypercaloriques et à faible densité nutritionnelle (« *junk food* ») que les autres adolescents. Ces auteurs (Bandini et coll., 1999) avaient tenu compte de la sous-déclaration globale des apports énergétiques liés à l'obésité, en ajustant ceux-ci sur les dépenses énergétiques mesurées par l'eau doublement marquée. Ceci n'exclut pas, cependant, que ce type d'aliments (chips, sucreries, sodas, pâtisseries, glaces) soit spécifiquement sous-déclaré par les sujets.

La cinétique de la consommation des aliments est un paramètre important, quel que soit l'âge. Les enfants obèses d'âge préscolaire mangent souvent plus vite et mastiquent moins que des enfants de poids normal (Drabman et coll., 1979). La mastication est moins longue, les mastications par bouchée moins nombreuses et la durée des pauses entre bouchées successives plus courte chez les sujets obèses adultes que chez les témoins normo-pondéraux (Bellisle, 1999). Il semble que la vitesse de la prise alimentaire ne diminue pas au cours d'un repas chez les enfants obèses comme cela est observé chez les enfants non obèses ; un trouble du rassasiement pourrait être en cause (Bellisle, 1999).

Facteurs psychologiques

La prise alimentaire peut être influencée par les émotions (Braet et Ipema, 1997 ; Braet et Van Strien, 1997 ; Wardle, 1999 ; Ziegler, 2000) et cette influence pourrait jouer un rôle majeur dès le plus jeune âge dans les transactions nourricières entre la mère et son enfant. Hilde Bruche (Bellisle, 1999) a proposé l'hypothèse de la « confusion des affects » qui est le support de ce que l'on peut appeler « l'alimentation émotionnelle » (Wardle, 1999). La mère répond à toutes les demandes de l'enfant par la présentation de nourriture, à tel point que celui-ci devient incapable de faire la différence entre ses besoins affectifs et ses besoins nutritionnels.

Le stress joue aussi un rôle considérable dans le développement de l'obésité même si les études qui lui sont consacrées sont peu nombreuses chez l'adulte comme chez l'enfant (Rosmond et coll., 1996 et 1998). Une prise de poids rapide entre l'âge de 7 et 13 ans peut être le révélateur d'un stress psychosocial selon une étude de cohorte suédoise (Mellbin et Vuille, 1989a et b). L'anxiété

et la dépression sont des déterminants importants de l'estime de soi, de l'image corporelle et finalement du comportement alimentaire (Ruderman, 1983 ; Bellisle et coll., 1990 ; Canals et coll., 1996). Ces troubles sont généralement la conséquence de l'excès pondéral, mais leur rôle dans la genèse de l'obésité mériterait d'autres études, en particulier chez l'adolescent (Pine et coll., 1997). En effet, la prise alimentaire pourrait avoir un effet anxiolytique (Bellisle, 1999) et un effet régulateur sur la thymie (Bellisle et coll., 1998). De plus, il est probable que certains comportements alimentaires (alimentation impulsive) soient l'expression d'un comportement de dépendance (Pine et coll., 1997 ; Neumark-Sztainer et coll., 1998 ; Wardle, 1999).

Restriction alimentaire cognitive

Le comportement de restriction alimentaire chronique est devenu en quelques années un sujet majeur de préoccupation (Braet et Van Strein, 1997 ; Mela et coll., 1999 ; Pirke et Laessle, 1993 ; Wardle, 1999). Il est responsable en effet d'une dérégulation comportementale qui empêche le sujet d'analyser ou d'utiliser de manière physiologique les signaux internes de la faim ou de la satiété. Le sujet « restreint » limite ses apports alimentaires pour perdre du poids dans le but, conscient ou non, de correspondre à l'idéal de minceur qui prévaut dans notre système culturel (Hill et coll., 1994). Ce comportement de restriction favorise la survenue de troubles du comportement alimentaire (grignotage, compulsions, accès boulimiques) à l'occasion de phénomènes de désinhibition. Il se crée donc un véritable cercle vicieux : restriction – frustration – échappement et désinhibition – prise alimentaire non contrôlée – prise de poids – restriction. L'association désinhibition-restriction pourrait être un élément important dans la transmission familiale de l'obésité, car le fait que la mère ait ce trait de comportement est un facteur de risque d'obésité pour sa fille (Cutting et coll., 1999).

Des pratiques médicales inadaptées, basées sur des objectifs pondéraux irréalistes et aboutissant à des prescriptions de régimes sévèrement hypocaloriques peuvent favoriser ce comportement de restriction, qui est de plus en plus fréquent chez la jeune fille (Hill et coll., 1992). Il s'agit souvent d'un véritable effet iatrogène, qui est dénoncé par les sociétés savantes dans leurs recommandations sur la prévention et le traitement de l'obésité (Afero-Alfediam-Sndlf, 1998 ; Basdevant et coll., 1998). Ce comportement inadapté est parfois à l'origine de carences nutritionnelles, voire de troubles de la croissance, lorsqu'il conduit à une alimentation réellement hypocalorique.

Rôle de l'activité physique

Quelle que soit la façon d'apprécier le niveau d'activité physique des enfants et même si les résultats restent sujets à critiques, il semble bien exister une association entre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile et l'évolution actuelle vers une plus grande sédentarité (Ravussin et coll., 1988 ;

Davies et coll., 1995 ; Maffei et coll., 1997 ; Van Mil et coll., 1999). Cependant, le lien de causalité n'est pas encore démontré. Salbe et coll. (1997), comparant des enfants indiens Pima, dont on connaît la susceptibilité à devenir obèses, âgés de 5 ans à des enfants blancs du même âge, notent que l'activité physique des deux groupes est inférieure de 20 à 30 % à celle recommandée par l'OMS, ce qui en fait à l'évidence des sédentaires. Ils montrent cependant que les jeunes indiens sont significativement plus gros, alors même que la dépense d'énergie totale et la dépense énergétique de repos ne sont pas différentes entre les deux groupes.

En Suède, l'étude de Bratteby et coll. (1998) portant sur 50 adolescents ne met pas en évidence de relation entre l'augmentation de poids et d'IMC constatée par rapport aux générations précédentes et la plus faible activité physique de l'actuelle génération ; ces auteurs mettent l'accent sur la nécessité d'apprécier parfaitement les apports énergétiques.

Aux tout premiers âges de la vie, Stunkard et coll. (1999) arrivent à la même conclusion en montrant qu'à un an, l'apport d'énergie influence significativement le poids et la composition corporelle de l'enfant, mais ce n'est le cas ni pour l'obésité parentale ni pour la dépense d'énergie totale. Enfin, très récemment, Levine et coll. (1999) ont remis en lumière le concept « d'activité physique non volontaire », le « *fidgiting* » des auteurs anglo-saxons que l'on pourrait traduire par « mouvements spontanés d'agitation », tels que marcher de long en large, croiser, décroiser et balancer les jambes... Ravussin et coll. (1988) avaient montré les premiers l'importance de la dépense énergétique liée à ce type d'activité, par mesure directe en chambre calorimétrique, dépense estimée à 100 à 800 kcal/jour. Cette étude transversale n'apportait pas de renseignement sur l'éventuel rôle de cette activité dans la protection contre la prise de poids. Pour répondre à cette question, Levine et coll. (1999) ont réalisé une mesure de la balance énergétique de 16 volontaires soumis pendant deux mois à un régime excédant de 1 000 kcal/jour les apports énergétiques nécessaires au maintien de leur poids corporel. Le « stockage » d'énergie a varié d'un facteur 1 à 10 suivant les sujets ; il était principalement lié à cette activité dite d'agitation, alors que n'entraient en ligne de compte ni modifications du métabolisme de base, ni modifications de la dépense d'énergie liée à la prise alimentaire. Là encore, ce type d'activité physique échappe aux questionnaires et autres agendas et peut expliquer les différences entre sédentaires « vraiment passifs » ou « agités ».

Un des problèmes qui apparaît à l'analyse des études reliant sédentarité et obésité est le fait qu'elles sont pour la plupart transversales et que les études longitudinales sont rares. Une étude française (Deheeger et coll., 1997) a montré un effet favorable de l'activité physique sur la croissance des enfants. Cette étude a également montré que les enfants plus actifs avaient un meilleur équilibre alimentaire : une proportion plus élevée de glucides et plus faible de lipides. On peut cependant utiliser certaines études menées dans un but autre que celui de l'obésité, comme l'étude Framingham, qui montre que les enfants

ayant une activité physique préscolaire basse, auront à un âge plus avancé un gain beaucoup plus substantiel de tissu adipeux sous-cutané (apprécié par la mesure des plis cutanés) que les enfants plus actifs (Moore et coll., 1995). Plus récemment, Goran et coll. (1998) étudiant pendant 5 ans l'évolution de la dépense énergétique chez des enfants des deux sexes, âgés de 5,5 ans en moyenne, montrent une augmentation permanente de la dépense totale d'énergie avec l'âge chez les garçons, alors que chez les filles, après une augmentation initiale entre 5,5 et 6,5 ans, la dépense énergétique baisse significativement, sans diminution des apports d'énergie. Cette diminution est expliquée par une réduction de 50 % de la dépense liée à l'activité physique. Même si l'échantillon exploré est petit (11 garçons et 11 filles), les résultats mettent en évidence une période à risque chez la jeune fille (Van Mil et coll., 1999). Cependant, si *The Belgian Luxembourg child study II* (1 028 enfants de 6 à 12 ans), étude transversale mise en place pour évaluer les relations entre activité physique et facteurs de risque cardiovasculaire, montre bien une relation entre inactivité et IMC chez le garçon, cette étude, ne met pas en évidence une telle corrélation chez la jeune fille (Guillaume et coll., 1997). Il est à noter que cette étude, menée dans une population essentiellement rurale, remet en cause l'affirmation que la tendance à la sédentarité est un trait essentiellement urbain. Là encore, la télévision semble être la cause de cette évolution. Dans leur analyse descriptive de l'activité physique des adolescents, Pate et coll. (1994) constatent une durée de 3 h/jour (c'est-à-dire 21 h/semaine) passées devant la télévision aux États-Unis et au Canada, et concluent que les adolescents restent assez actifs (les garçons plus que les filles) mais, du fait de leur participation déclinante à des exercices structurés, un grand nombre sont à risque de devenir des adultes sédentaires.

En résumé, de nombreuses études montrent (en dépit de désaccords sur les moyens d'apprécier le niveau d'activité physique des enfants) qu'il semble bien exister une association entre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile et l'évolution actuelle vers une plus grande sédentarité de cette jeune population. Même si l'attention est actuellement attirée sur la dépense énergétique liée aux mouvements spontanés dits « d'agitation », qui pourraient expliquer les inégalités des individus vis-à-vis de la prise de poids, il n'en reste pas moins que c'est la réduction de l'activité physique au profit de la télévision ou des consoles de jeux vidéo qui semble favoriser le surpoids, en particulier à des moments critiques de la vie, comme la période pré-pubertaire chez la jeune fille. Il semble donc clair en termes de prévention et/ou de traitement de l'obésité infantile qu'il est nécessaire d'agir au niveau de la dépense énergétique liée à l'activité physique.

Prévention de l'obésité

À l'évidence, l'augmentation récente de l'obésité de l'enfant est liée aux transformations majeures de notre mode de vie depuis la dernière guerre

mondiale. Même s'il est indéniable qu'il existe des susceptibilités individuelles très variables à l'obésité, l'importance des variations documentées depuis les années 1950 montre que l'augmentation de l'adiposité touche une proportion notable des enfants. Il est donc admis de considérer une prévention primaire de l'obésité en population générale. Pour être efficaces, les actions préventives doivent concerner des facteurs dont on sait qu'ils se sont considérablement modifiés dans les cinquante dernières années et qu'ils touchent la majeure partie de la population. Enfin, ces actions doivent être applicables sans risque à l'ensemble des enfants. Dans le domaine de la prévention de l'obésité, la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée moins riche en graisses répond à ces critères. Ce sont ces actions qui ont été pour l'instant les plus utilisées dans les études de prévention de l'obésité en population générale chez l'enfant.

La plupart des études se sont déroulées en milieu scolaire, le plus souvent à l'école primaire pour des raisons de facilité d'implémentation, chez des enfants de 8 ans et plus, qui sont plus accessibles au raisonnement et moins dépendants de leurs parents que les plus jeunes. Le milieu scolaire permet de délivrer l'intervention à l'immense majorité des enfants, même les plus défavorisés. Il offre un contact régulier avec les enfants et l'accès aux parents.

Lorsque l'on fait le bilan des études publiées de prévention en population générale, le premier constat qui s'impose est qu'il existe très peu d'études concernant spécifiquement la prévention de l'obésité de l'enfant. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit d'un phénomène relativement récent, qu'il a fallu un certain temps pour le reconnaître et pour décider que son ampleur était suffisante pour nécessiter une prévention en population générale. Plusieurs études sont en cours, notamment aux États-Unis et en Grande Bretagne et les années qui vont venir vont certainement apporter beaucoup de données précises.

Cependant, en l'absence d'études antérieures de prévention de l'obésité de l'enfant suffisamment nombreuses, à l'heure où, dans notre pays, se dessine une volonté de s'engager dans ce type d'intervention, on peut tirer un certain nombre d'enseignements des études de prévention cardiovasculaire menées chez l'enfant. Ces études étaient centrées sur l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique, qui sont également deux axes majeurs dans la lutte contre l'obésité. Elles ont été réalisées essentiellement en milieu scolaire et ont montré des résultats décevants quant à leur action sur l'indice de masse corporelle ou l'adiposité sous-cutanée mesurée par les plis cutanés.

Dans une revue de neuf études publiées entre 1966 et 1992 (Resnicow, 1993), trois ont retrouvé une diminution significative de l'indice de masse corporelle et deux sur cinq une diminution significative des plis cutanés.

Les études plus récentes ont associé à l'éducation, des interventions portant sur les paramètres psychologiques jugés importants dans le déterminisme des comportements alimentaires et vis-à-vis de l'activité physique. Dans l'étude

CATCH (Edmundson et coll., 1996 ; Luepker et coll., 1996) aux États-Unis, qui est la plus longue (3 ans d'intervention, 4 000 enfants inclus initialement dans une classe équivalente au CE2 en France, randomisation des écoles témoins et intervention), aucune différence significative n'a été observée sur l'indice de masse corporelle ni sur le pli cutané tricépitale en fin d'étude (figure 1.2), alors que des modifications des connaissances nutritionnelles, des apports alimentaires et de l'activité physique à l'école ont été documentées (figure 1.3). Une étude australienne portant sur 1 200 enfants de 10-12 ans pendant 1 an (Vandongen et coll., 1995) a permis de comparer l'effet d'une éducation nutritionnelle à l'école ou avec les parents à la maison, d'une éducation sur l'activité physique ou de la combinaison de deux de ces modalités sur le pli cutané tricépitale des enfants. Chez les filles comme chez les garçons, la seule modalité qui a entraîné une diminution significative du pli tricépitale est l'association de l'éducation nutritionnelle et de l'activité physique à l'école.

On peut envisager plusieurs raisons aux résultats plutôt décevants de ces études dans la prévention cardiovasculaire :

- le but de ces études n'était pas la prévention de l'obésité ;
- les interventions choisies n'étaient pas ou peu efficaces sur le long terme ;
- les outils utilisés pour les évaluer n'étaient pas bons : une intervention visant à diminuer la masse grasse et à augmenter la masse maigre pourrait ne pas entraîner de modification de l'indice de masse corporelle, la mesure des plis cutanés souffre d'une grande variabilité ;
- les modifications d'adiposité induites par la puberté ont rendu difficile la mise en évidence de l'effet des interventions.

La première étude spécifique sur la prévention de l'obésité a été réalisée aux États-Unis (Donnelly et coll., 1996). De taille beaucoup plus modeste que les précédentes études (300 enfants dans les classes équivalentes aux CE2-CM2), elle a permis de montrer dans l'école d'intervention par rapport à l'école

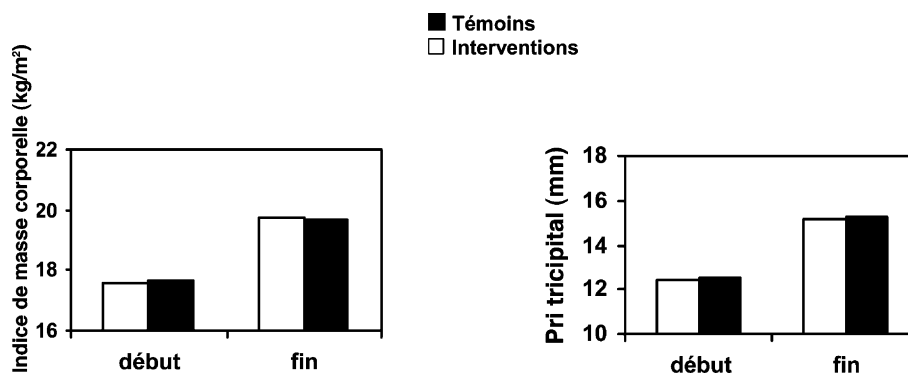
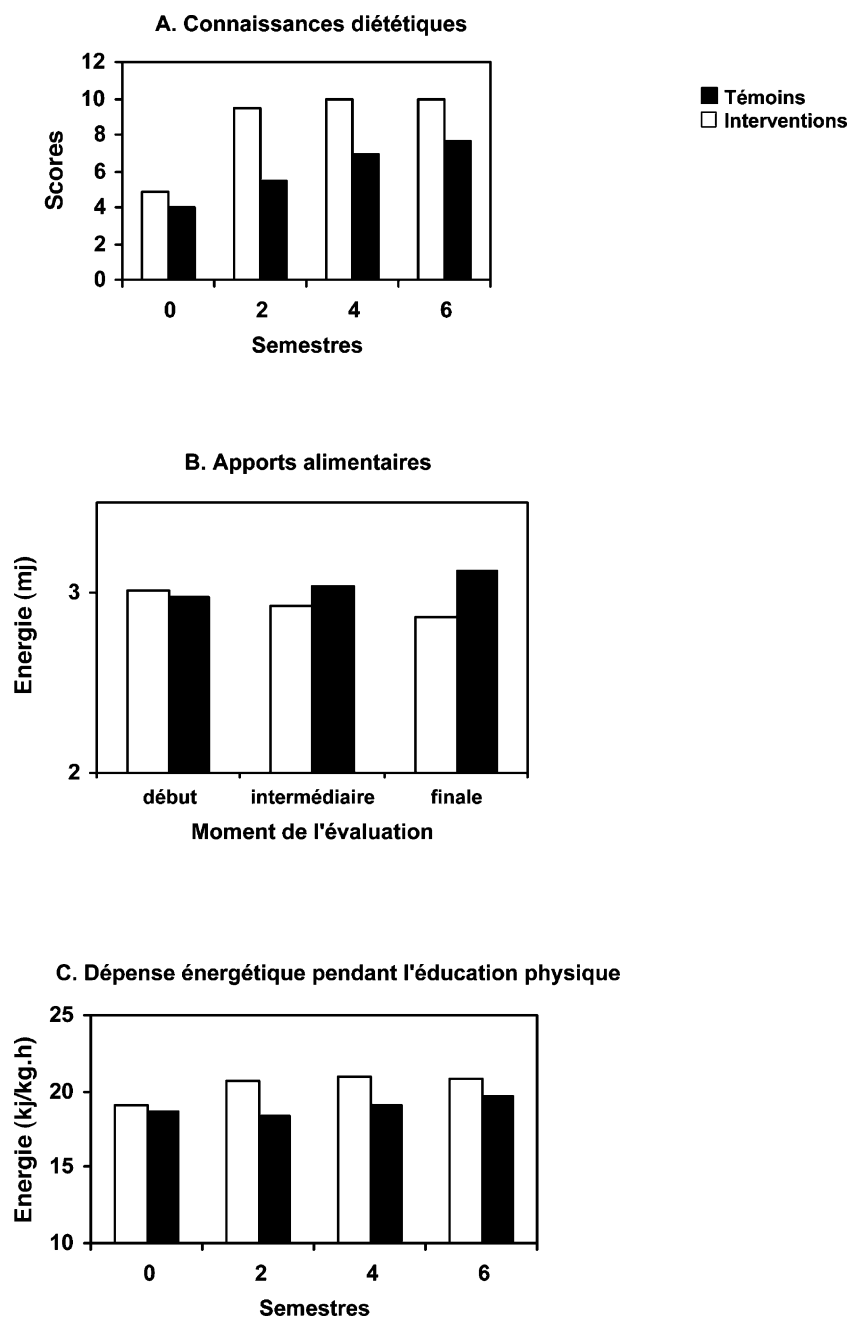


Figure 1.2 : Mesures de l'indice de masse corporelle et du pli cutané tricépitale dans l'étude CATCH



20 **Figure 1.3 : Mesures des connaissances nutritionnelles, des apports alimentaires et de l'activité physique à l'école dans l'étude CATCH**

témoin une réduction significative de l'énergie totale et du contenu en graisses des repas servis à l'école, une augmentation significative des connaissances nutritionnelles des enfants, une augmentation significative du temps passé à l'extérieur pendant les cours d'éducation physique, une réduction significative du temps nécessaire aux enfants pour parcourir un mile en courant. Pourtant, la mesure du pourcentage de masse grasse effectuée en fin d'étude uniquement sur une fraction des enfants du fait de sa complexité (hydrodensitométrie) n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les enfants des deux groupes. Plus récemment, l'essai anglais APPLES (Sahota et coll., 2001), portant sur 634 enfants dans 10 écoles primaires dans les classes équivalentes aux CE2-CM2, n'a également pas pu retrouver de différence significative sur l'indice de masse corporelle entre les enfants des écoles intervention et témoin, malgré de meilleures connaissances nutritionnelles chez ceux qui avaient bénéficié de l'intervention. Enfin, une troisième étude de prévention de l'obésité doit être signalée car elle a utilisé une approche différente de celle adoptée dans les études précédentes. L'intervention, effectuée par les enseignants, visait uniquement à diminuer le temps passé à regarder la télévision et à jouer aux jeux vidéo (Robinson, 1999). Les parents recevaient une lettre d'information. L'intervention a duré 7 mois chez 106 enfants dans des classes équivalentes aux CE2-CM1 dans une école primaire. En comparaison avec les 121 enfants de mêmes classes d'une autre école de caractéristique similaire, les enfants soumis à l'intervention ont significativement moins augmenté leur indice de masse corporelle et leur pli cutané tricipital.

Citons encore l'étude *Pathways* réalisée aux États-Unis dans le cadre d'une expérience de prévention de l'obésité auprès d'enfants d'origine indienne, dont les taux d'obésité sont supérieurs à la moyenne nationale (Caballero, 2001). L'étude porte sur 41 écoles, soit 1 700 enfants. Le programme d'intervention développé sur 3 années portait sur plusieurs points :

- réduction de l'apport de graisses dans la composition des menus à la cantine ;
- développement de l'activité physique ;
- implication des familles dans les modifications des habitudes alimentaires.

Les mesures réalisées concernaient le pourcentage de graisse corporelle, l'analyse des menus, l'activité physique et les connaissances des comportements et habitudes alimentaires. Les résultats du programme montrent une diminution du pourcentage de calories provenant des graisses au petit déjeuner et au déjeuner, une évolution des connaissances, mais pas d'effet significatif sur le pourcentage de graisse corporelle et l'activité physique. Les auteurs précisent que c'est seulement au cours de la troisième année, lorsque le programme est bien établi, que des effets ont pu être décelés.

Un programme de promotion de l'activité physique et d'information sur les bénéfices de l'activité physique a été conduit au Brésil (*Agita São Paulo program*) et a servi de support à la journée mondiale de la santé OMS de 2002.

Ce programme s'intéresse à plusieurs groupes de population (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes actives) et mobilise des relais éducatifs et communautaires. La communication a mis en avant les bénéfices de l'activité physique sur la santé physique mais aussi son impact psychologique et éducatif sur la prévention de la consommation de substances psychoactives, des troubles du comportements et sur le développement de l'estime de soi. On observe une augmentation du temps consacré à l'exercice physique chez les adolescents participant au programme (Matsudo et coll., 2002).

En conclusion, ce bilan permet de dire qu'il est possible de modifier, par des interventions en milieu scolaire, les connaissances nutritionnelles des enfants, l'alimentation à l'école ainsi que l'activité physique et la sédentarité des enfants. La prévention de l'obésité de l'enfant devra reposer sur ces trois axes. D'ores et déjà, il est évident que le maintien à long terme de l'effet de ces interventions sera le problème crucial. Il est illusoire de penser que l'école peut à elle seule résoudre le problème de l'obésité de l'enfant. C'est certainement le message principal des études qui ont été présentées. L'obésité de l'enfant est apparue comme une conséquence de transformations profondes des modes de vie, elles-mêmes déterminées par le monde des adultes. Une réponse efficace et durable ne pourra être apportée sans une implication globale des adultes (éducateurs, parents, professionnels de santé, décideurs, médias...). Elle est indispensable pour engager les adaptations structurelles nécessaires afin qu'adultes et enfants s'alimentent plus sainement et mènent une vie plus active.

Un dernier point mérite d'être souligné. Les modifications des modes de vie semblent avoir affecté les enfants plus rapidement que les adultes puisque les données dont nous disposons chez les adultes français ne montrent une augmentation manifeste de l'obésité que depuis le début des années 1990 (Maillard et coll., 1999). Il est donc possible qu'il existe des facteurs non encore identifiés qui favorisent spécifiquement l'obésité de l'enfant, probablement pendant les périodes prénatales et post-natales précoces. C'est une nouvelle voie de recherche qui s'ouvre, avec des conséquences potentielles dans le domaine de la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

AFERO-ALFEDIAM-SNDLF. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. *Diabetes Metab* 1998, **24** : 5-9

ASTRUP A. Macronutrient balances and obesity : the role of diet and physical activity. *Public Health Nutr* 1999, **2** : 341-347

BANDINI LG, VU D, MUST A, CYR H, GOLDBERG A, DIETZ WH. Comparison of high-calorie, low-nutrient-dense food consumption among obese and non-obese adolescents. *Obes Res* 1999, **7** : 438-443

- BASDEVANT A. Analyse clinique du comportement alimentaire. *Rev Prat* 2000, **50** : 484-488
- BASDEVANT A, LAVILLE M, ZIEGLER O. Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France. *Diabetes Metab* 1998, **24** : 10-42
- BELLISLE F. Le comportement alimentaire humain. Approche scientifique. Institut Danone, Bruxelles, 1999
- BELLISLE F, ROLLAND-CACHERA MF, DEHEEGER M, GUILLOUD-BATAILLE M. Obesity and food intake in children : evidence for a role of metabolic and/or behavioral daily rhythms. *Appetite* 1988, **11** : 111-118
- BELLISLE F, LOUIS-SYLVESTRE J, LINET N, ROCABOY B, DALLE B et coll. Anxiety and food intake in men. *Psychosom Med* 1990, **52** : 452-457
- BELLISLE F, MCDEVITT R, PRENTICE AM. Meal frequency and energy balance. *Br J Nutr* 1997, **77** : S57-S70
- BELLISLE F, BLUNDELL JE, DYE L, FANTINO M, FERN E et coll. Functional food science and behaviour and psychological functions. *Br J Nutr* 1998, **80** : S173-S193
- BERGMANN KE, BERGMANN RL, VON KRIES R, BOHM O, RICHTER R et coll. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study : role of breast-feeding. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003, **27** : 162-172
- BIRCH LL. Children's preferences for high-fat foods. *Nutr Rev* 1992, **50** : 249-255
- BIRCH LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc* 1998a, **57** : 617-624
- BIRCH LL. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr* 1998b, **128** : 407S-410S
- BIRCH LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 1999, **19** : 41-62
- BIRCH LL, DEYSHER M. Caloric compensation and sensory specific satiety : evidence for self regulation of food intake by young children. *Appetite* 1986, **7** : 323-331
- BIRCH LL, FISHER JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998, **101** : 539-548
- BIRCH LL, JOHNSON SL, ANDRESEN G, PETERS JC, SCHULTE MC. The variability of young children's energy intake. *N Engl J Med* 1991, **324** : 232-235
- BIRCH LL, MCPHEE LS, BRYANT JL, JOHNSON SL. Children's lunch intake : effects of midmorning snacks varying in energy density and fat content. *Appetite* 1993, **20** : 83-94
- BRAET C, IPEMA J. Conflicts in adolescence : is there a relationship between emotional eating and emotional instability in obese youngsters ? *Int J Adolesc Med Health* 1997, **9** : 123-133
- BRAET C, VAN STRIEN T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behav Res Ther* 1997, **35** : 863-873

BRATTEBY LE, SANDHAGEN B, FAN H, ENGHARDT H, SAMUELSON G. Total energy expenditure and physical activity as assessed by the doubly labeled water method in Swedish adolescents in whom energy intake was underestimated by 7-d diet records. *Am J Clin Nutr* 1998, **67** : 905-911

CABALLERO B. Expérience unique de prévention de l'obésité infantile aux États-Unis : l'étude Pathways. In : La prévention de l'obésité infantile, de la recherche à l'action. Les éditions Inserm, Paris 2001 : 39-49

CANALS J, CARBAJO G, FERNANDEZ J, MARTI-HENNEBERG C, DOMENECH E. Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence* 1996, **31** : 443-450

COLE TJ, BELLIZZI MC, FLEGAL KM, DIETZ WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ* 2000, **320** : 1240-1243

CUTTING TM, FISHER JO, GRIMM-THOMAS K, BIRCH LL. Like mother, like daughter : familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *Am J Clin Nutr* 1999, **69** : 608-613

DAVIES PS, GREGORY J, WHITE A. Physical activity and body fatness in pre-school children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995, **19** : 6-10

DEBRY G. Glucides à saveur sucrée, édulcorants et santé. Volume 1 : Sucres et santé. John Libbey Eurotext, Paris 1996

DEHEEGER M, ROLLAND-CACHERA MF, LABADIE MD, ROSSIGNOL C. Évolution du petit déjeuner avec l'âge chez les mêmes enfants aux âges de 4 ans, 6 ans et 8 ans. *Informations Diététiques* 1993 ; **3** : 8-13

DEHEEGER M, AKROUT M, BELLISLE F, ROSSIGNOL C, ROLLAND-CACHERA MF. Individual patterns of food intake development in children : a 10 months to 8 years of age follow-up study of nutrition and growth. *Physiol Behav* 1996, **59** : 403-407

DEHEEGER M, ROLLAND-CACHERA MF, FONTVIEILLE AM. Physical activity and body composition in 10 year old french children : linkages with nutritional intake ? *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997, **21** : 372-379

DRABMAN RS, CORDUA GD, HAMMER D, JARVIE GJ, HORTON W. Developmental trends in eating rates of normal and overweight preschool children. *Child Dev* 1979, **50** : 211-216

DONNELLY JE, JACOBSEN DJ, WHATLEY JE, HILL JO, SWIFT LL et coll. Nutrition and physical activity program to attenuate obesity and promote physical and metabolic fitness in elementary school children. *Obes Res* 1996, **4** : 229-243

EDMUNDSON E, PARCEL GS, FELDMAN HA, ELDER J, PERRY CL et coll. The effects of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior. *Prev Med* 1996, **25** : 442-454

FABRY P. Significance of meal frequency in man. *N Y State J Med* 1970, **70** : 668-670

FABRY P, TEPPERMAN J. Meal frequency - a possible factor in human pathology. *Am J Clin Nutr* 1970, **23** : 1059-68

FAITH MS, JOHNSON SL, ALLISON DB. Putting the behavior into the behavior genetics of obesity. *Behav Genet* 1997, **27** : 423-439

- FISHER JO, BIRCH LL. Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year-old children are related to parental adiposity. *J Am Diet Assoc* 1995, **95** : 759-764
- FISHER JO, BIRCH LL. Restricting access to foods and children's eating. *Appetite* 1999, **32** : 405-419
- FOMON SJ, ZIEGLER EE, NELSON SE, EDWARDS BB. Sweetness of diet and food consumption by infants. *Proc Soc Exp Biol Med* 1983, **173** : 190-193
- GOLAY A, BOBBIONI E. The role of dietary fat in obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997, **21** (suppl.3) : S2-S11
- GORAN MI, GOWER BA, NAGY TR, JOHNSON RK. Developmental changes in energy expenditure and physical activity in children : evidence for a decline in physical activity in girls before puberty. *Pediatrics* 1998, **101** : 887-891
- GUILLAUME M, LAPIDUS L, BJORNTORP P, LAMBERT A. Physical activity, obesity, and cardiovascular risk factors in children. The Belgian Luxembourg Child Study II. *Obes Res* 1997, **5** : 549-556
- GUY-GRAND B, LE BARZIC M. Les trois fonctions du comportement alimentaire (nutritionnelle, symbolique et sociale). *Rev Prat* 2000, **50** : 480-483
- HILL AJ, OLIVER S, ROGERS PJ. Eating in the adult world : the rise of dieting in childhood and adolescence. *Br J Clin Psychol* 1992, **31** : 95-105
- HILL AJ, DRAPER E, STACK J. A weight on children's minds : body shape dissatisfactions at 9-years old. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994, **18** : 383-389
- INSERM. Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant. Expertise collective Inserm. Les éditions Inserm, Paris 2000 : 325 p
- JEQUIER E, TAPPY L. Regulation of body weight in humans. *Physiol Rev* 1999, **79** : 451-480
- JOHNSON SL, BIRCH LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 1994, **94** : 653-661
- JOHNSON SL, MCPHEE L, BIRCH LL. Conditioned preferences : young children prefer flavors associated with high dietary fat. *Physiol Behav* 1991, **50** : 1245-1251
- JOINT WORKING GROUP OF THE CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY AND HEALTH CANADA. Nutrition recommendations update : dietary fats and children. *Nutr Rev* 1995, **53** : 367-375
- KENNEDY E, GOLDBERG J. What are American children eating ? Implications for public policy. *Nutr Rev* 1995, **53** : 111-126
- KOLETZKO B. Response to and range of acceptable fat intakes in infants and children. *Eur J Clin Nutr* 1999, **53** : S78-S83
- LEVINE JA, EBERHARDT NL, JENSEN MD. Role of nonexercise activity thermogenesis in resistance to fat gain in humans. *Science* 1999, **283** : 212-214
- LOUIS-SYLVESTRE J. Le petit déjeuner actuel des Français : trois enquêtes récentes. *Cah Nutr Diet* 1997, **32** (suppl 1) : 1S23-1S31

LUEPKER RV, PERRY CL, MCKINLAY SM, NADER PR, PARCEL GS et coll. Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. CATCH collaborative group. *JAMA* 1996, **275** : 768-776

MACHINOT S, MIMOUNI M, LESTRADET H. L'alimentation spontanée de l'enfant obèse au moment de la première consultation.. *Cah Nutr Diet* 1975, **1** : 45-46

MAFFEIS C. Childhood obesity : the genetic-environmental interface. *Bailliere's Clin Endocrinol Metab* 1999, **13** : 31-46

MAFFEIS C, ZAFFANELLO M, SCHUTZ Y. Relationship between physical inactivity and adiposity in prepubertal boys [published erratum appears in *J Pediatr* 1998 Apr ;132(4) : 747]. *J Pediatr* 1997, **131** : 288-292

MAILLARD G, CHARLES MA, THIBAUT N, FORHAN A, SERMET C et coll. Trends in the prevalence of obesity in the French adult population between 1980 and 1991. *J Obes Relat Metab Disord* 1999, **23** : 389-394

MATSUDO V, MATSUDO S, ANDRADE D, ARAUJO T, ANDRADE E et coll. Promotion of physical activity in a developing country : the Agita São Paulo experience. *Public Health Nutr* 2002, **5** (1A) : 253-261

MELA D, RITSON C, KUZNESOF S. Aetiology of obesity X : Food choice, food policy and eating patterns. In : Obesity. The report of the British Nutrition Foundation Task Force. BRITISH NUTRITION FOUNDATION, ed, Blackwell Science, Oxford 1999 : 101-115

MELLBIN T, VUILLE JC. Rapidly developing overweight in school children as an indicator of psychosocial stress. *Acta Paediatr Scand* 1989a, **78** : 568-575

MELLBIN T, VUILLE JC. Further evidence of an association between psychosocial problems and increase in relative weight between 7 and 10 years of age. *Acta Paediatr Scand* 1989b, **78** : 576-580

MICHAELSEN KF, JORGENSEN MH. Dietary fat content and energy density during infancy and childhood ; the effect on energy intake and growth. *Eur J Clin Nutr* 1995, **49** : 467-483

MOORE LL, NGUYEN US, ROTHMAN KJ, CUPPLES LA, ELLISON RC. Preschool physical activity level and change in body fatness in young children. The Framingham Children's Study. *Am J Epidemiol* 1995, **142** : 982-988

MORGAN KJ, ZABIK ME, LEVEILLE GA. The role of breakfast in nutrient intake of 5- to 12-year-old children. *Am J Clin Nutr* 1981, **34** : 1418-1427

NEUMARK-SZTAINER D, STORY M, DIXON LB, MURRAY DM. Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors : are they at risk for other health-compromising behaviors ? *Am J Public Health* 1998, **88** : 952-955

OLIVERIA SA, ELLISON RC, MOORE LL, GILLMAN MW, GARRAHIE EJ et coll. Parent-child relationships in nutrient intake : the Framingham Children's Study. *Am J Clin Nutr* 1992, **56** : 593-598

PATE RP, LONG BJ, HEATH G. Descriptive epidemiology of physical activity in adolescents. *Paediatr Exerc Sci* 1994, **6** : 434-437

PINE DS, COHEN P, BROOK J, COPLAN JD. Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood : a longitudinal study. *Am J Public Health* 1997, **87** : 1303-1310

PIRKE KM, LAESSLE RG. Restrained eating. In : Obesity : theory and therapy. STUNKARD AJ, WADDEN TA eds, Raven Press, New York 1993 : 151-162

PREZIOSI P, GALAN P, YACOUB N, KARA G, DEHEEGER M, HERCBERG S. La consommation du petit déjeuner dans l'étude du Val de Marne. 1. Type, fréquence et ration moyenne des principaux aliments consommés. *Cah Nutr Diet* 1996, **31** (Suppl. 1) : 2-8

PREZIOSI P, GALAN P, DEHEEGER M, YACOUB N, DREWNOWSKI A, HERCBERG S. Breakfast type, daily nutrient intakes and vitamin and mineral status of French children, adolescents and adults. *J Am Coll Nutr* 1999, **18** : 171-178

RAVUSSIN E, LILLIOJA S, KNOWLER WC, CHRISTIN L, FREYMOND D et coll. Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight gain. *N Engl J Med* 1988, **318** : 467-472

REED DR, BACHMANOV AA, BEAUCHAMP GK, TORDOFF MG, PRICE RA. Heritable variation in food preferences and their contribution to obesity. *Behav Genet* 1997, **27** : 373-387

RESNICOW K. School-based obesity prevention : population versus high-risk interventions. In : Prevention and treatment of childhood obesity. WILLIAMS C, KIMM S eds, 1993 : 154-166

ROBINSON TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity : a randomized controlled trial. *JAMA* 1999, **282** : 1561-1567

ROLLAND-CACHERA MF. Obesity among adolescents : evidence for the importance of early nutrition. In : Human Growth in context. JOHNSTON FE, ZEMEL B, EVELETH PB eds, Smith Gordon London UK 1999 : 245-258

ROLLAND-CACHERA MF, COLE TJ, SEMPE M, TICHET J, ROSSIGNOL C, CHARRAUD A. Body Mass Index variations : centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr* 1991, **45** : 13-21

ROLLAND-CACHERA MF, CASTETBON K, ARNAULT N, BELLISLE F, ROMANO MC et coll. Body mass index in 7 to 9 year-old French children : frequency of obesity, overweight and thinness. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002, **26** : 1610-1616

ROLLAND-CACHERA MF, THIBAUT H. Définition et évolution de l'obésité infantile. *J Pédiatr Puériculture* 2002, **15** : 448-453

ROSMOND R, LAPIDUS L, MARIN P, BJORNTORP P. Mental distress, obesity and body fat distribution in middle-aged men. *Obes Res* 1996, **4** : 245-252

ROSMOND R, DALLMAN MF, BJORNTORP P. Stress-related cortisol secretion in men : relationships with abdominal obesity and endocrine, metabolic and hemodynamic abnormalities. *J Clin Endocrinol Metab* 1998, **83** : 1853-1859

RUDERMAN AJ. Obesity, anxiety, and food consumption. *Addict Behav* 1983, **8** : 235-242

- SAHOTA P, RUDOLF MC, DIXEY R, HILL AJ, BARTH JH, CADE J. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ* 2001, **323** : 1029-1032
- SALBE AD, FONTVIEILLE AM, HARPER IT, RAVUSSIN E. Low levels of physical activity in 5-year-old children. *J Pediatr* 1997, **131** : 423-429
- SPEECHLY DP, ROGERS GG, BUFFENSTEIN R. Acute appetite reduction associated with an increased frequency of eating in obese males. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999, **23** : 1151-1159
- STORY M. School-based approaches for preventing and treating obesity. *Int J Obes* 1999, **23** (Suppl. 2) : S43-S51.
- STUNKARD AJ, BERKOWITZ RI, STALLINGS VA, SCHOELLER DA. Energy intake, not energy output, is a determinant of body size in infants. *Am J Clin Nutr* 1999, **69** : 524-530
- VANDONGEN R, JENNER DA, THOMPSON C, TAGGART AC, SPICKETT EE et coll. A controlled evaluation of a fitness and nutrition intervention program on cardiovascular health in 10- to 12-year-old children. *Prev Med* 1995, **24** : 9-22
- VAN MIL E, GORIS AHC, WESTERTERP KR. Physical activity and the prevention of childhood obesity-Europe versus the United States. *Int J Obes* 1999, **23** : S41-S44
- VAUTHIER JM, LLUCH A, LECOMTE E, ARTUR Y, HERBETH B. Family resemblance in energy and macronutrient intakes : the Stanislas Family Study. *Int J Epidemiol* 1996, **25** : 1030-1037
- VON KRIES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T, VON MUTIUS E, BARNET D et coll. Breast feeding and obesity : cross sectional study. *BMJ* 1999, **319** : 147-150
- VON KRIES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T, VON MUTIUS E. Does breast-feeding protect against childhood obesity ? *Adv Exp Med Biol* 2000, **478** : 29-39
- WARDLE J. Aetiology of obesity VIII : Psychological factors. In : Obesity. The report of the British Nutrition Foundation Task Force. BRITISH NUTRITION FOUNDATION ed, Blackwell Science, Oxford 1999 : 83-90
- ZIEGLER O. Le comportement alimentaire et ses désordres : pour la pratique. *Rev Prat* 2000, **50** : 521-525
- ZIEGLER O, DEBRY G. Traitement des obésités primitives. In : Encyclopédie Médicale et Chirurgicale, Éditions Elsevier, Paris 1997 : 10-506-H-10

2

Prévention des troubles émotionnels chez l'enfant et l'adolescent

Depuis une vingtaine d'années, les conséquences délétères des troubles anxieux et dépressifs de l'enfant et de l'adolescent sont mieux connues. Ces pathologies ont une comorbidité élevée et s'accompagnent d'un retentissement sur le fonctionnement psychosocial, individuel et familial. Parmi les troubles anxieux, l'anxiété de séparation (crainte excessive d'être séparé des figures d'attachement), le trouble hyperanxiété (anxiété chronique avec plaintes somatiques), les troubles phobiques (peur excessive d'un objet ou d'une situation donnée), et le trouble obsessionnel compulsif (idées obsédantes et actes compulsifs) sont susceptibles de débiter précocement. Le trouble dépressif majeur (association de symptômes dépressifs pendant une durée d'au moins deux semaines) et le trouble dysthymique (humeur dépressive pendant un an au moins) peuvent se voir chez l'enfant ; la prévalence des troubles dépressifs augmente fortement à l'adolescence. Certains troubles émotionnels du sujet jeune peuvent persister ou s'associer à d'autres formes de troubles mentaux ou à divers dysfonctionnements sociaux et affectifs. L'approche développementale et épidémiologique des pathologies anxieuses et dépressives a conduit à la mise en évidence de nombreux facteurs de risque, individuels ou environnementaux. Dès lors que certains aspects de la vulnérabilité sont connus, la question des possibilités de prévention doit se poser, surtout pour des pathologies telles que les troubles anxieux et dépressifs des sujets jeunes qui représentent un problème de santé publique (Conférence de consensus, Fédération française de psychiatrie, 1995). Des programmes de prévention des troubles anxieux et dépressifs à destination des enfants et adolescents commencent à être développés, principalement dans les pays anglo-saxons, où ils sont devenus un objectif prioritaire pour la santé mentale de l'enfant (Greenberg, 2001). Ces programmes sont aujourd'hui pour la plupart en cours d'évaluation pour juger de leur impact à court, moyen et long termes et pour mieux définir les jeunes les plus à même de tirer parti de ces interventions. Après un aperçu des facteurs de risque des troubles anxieux et dépressifs du sujet jeune, nous détaillerons les programmes évalués dans la littérature scientifique en mettant l'accent sur la prévention primaire (avant la survenue du premier épisode dépressif). Nous n'aborderons pas ici la prévention du suicide, question récemment traitée dans une conférence de

consensus consacrée à la « crise suicidaire », qui a mis l'accent sur la formation des médecins généralistes et des personnels paramédicaux (Fédération française de psychiatrie, 2000).

Facteurs de risque des troubles anxieux

La vulnérabilité aux troubles anxieux résulte toujours de l'interaction de plusieurs facteurs de risque, les uns individuels, les autres environnementaux. Ces facteurs de risque peuvent avoir un effet cumulatif, mais leur valeur prédictive n'est pas identique. Par ailleurs, l'impact de ces facteurs de risque sur la survenue ultérieure de troubles anxieux peut aussi varier en fonction de leur moment de survenue au cours du développement. La connaissance de ces facteurs de risque revêt une importance majeure dans une perspective de prévention.

Attachement insécuré

A la suite des travaux de Bowlby (1969, 1973), la qualité de l'attachement entre le nourrisson et sa mère (ou son substitut) est classiquement considérée comme un aspect important dans le développement des troubles anxieux chez l'enfant. Les différents styles d'attachement ont été observés grâce à la « situation étrange », le paradigme expérimental développé par Ainsworth (1978), qui privilégie l'évaluation de la sensibilité de la réponse maternelle dans l'interprétation des patterns d'attachement. Cette situation standardisée évalue les réactions d'un enfant de 12 à 18 mois confronté à une absence brève de sa mère, à laquelle il est demandé de quitter la pièce, et les réactions de l'enfant au retour de celle-ci. Les différentes réactions des enfants permettent de les classer en trois catégories :

- les enfants sécures manifestent une réaction de détresse fugace et retournent à leurs jeux ; ils accueillent leur mère sans hostilité à son retour ;
- les enfants insécures-évitants manifestent peu d'émotions à la séparation et ignorent leur mère à son retour ;
- les enfants insécures-résistants expriment beaucoup de détresse au moment de la séparation et ne sont pas facilement apaisés au retour de leur mère.

La plupart des données supportant ce modèle sont indirectes, ce qui en limite la validité. Une étude portant sur 172 enfants évalués à 12 mois et à 17 ans et demi, suggère toutefois qu'un attachement insécuré-résistant à 12 mois serait prédictif de la survenue de troubles anxieux, même lorsque l'effet lié à l'anxiété maternelle et au tempérament de l'enfant est contrôlé (Warren et coll., 1997). L'existence d'un lien prédictif direct entre qualité de l'attachement et développement ultérieur de l'enfant (y compris pour la survenue de troubles émotionnels) reste cependant l'objet de controverses. Pour certains auteurs, la qualité de l'attachement traduirait plutôt un style d'interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement, et dépendrait donc essentiellement des circonstances de

vie du moment. La qualité de l'attachement serait ainsi liée, pour une large part, à l'origine socio-économique des familles : les enfants présentant un attachement insécure seraient surreprésentés dans les couches sociales défavorisées, en raison probablement d'un environnement trop peu stimulant, manquant de stabilité et proposant des figures d'attachement peu disponibles (Van Ijzendoorn et Kroonenberg, 1988). Dans ces conditions, il est difficile de savoir dans quelle mesure le devenir de l'enfant est influencé par la nature des expériences relationnelles précoces avec la figure d'attachement, ou s'il témoigne simplement de la qualité de l'environnement (Lamb et coll., 1984 ; Bretherton et Waters, 1985). D'autres auteurs ont souligné le rôle des caractéristiques individuelles de l'enfant (Kagan, 1982 ; Buss et Plomin, 1984) dans le style d'attachement décrit au cours de la situation étrange. Des évaluations longitudinales confrontant plusieurs méthodes d'observation sont indiquées pour préciser les liens entre style d'attachement et vulnérabilité anxieuse.

Inhibition comportementale

L'inhibition comportementale est une caractéristique individuelle étudiée par Kagan et coll. (1987) à partir d'études longitudinales sur le tempérament et sa stabilité au cours de la vie. Cette dimension se manifeste par une timidité, une réserve, des réactions de retrait face aux personnes, lieux ou situations non familiers. Elle s'accompagne d'une hyperréactivité du système nerveux sympathique et possède une forte composante génétique (Kagan, 1999). Une forte inhibition comportementale est préférentiellement retrouvée chez les enfants issus de parents ayant un trouble panique et, à un moindre degré, chez les enfants issus de parents déprimés majeurs (Rosenbaum et coll., 1988). Plusieurs études ont montré que l'inhibition comportementale était prédictive de la survenue de troubles anxieux durant l'enfance (anxiété de séparation, hyperanxiété et troubles phobiques principalement) (Biederman et coll., 1993 ; Rosenbaum et coll., 1993). Le mécanisme par lequel l'inhibition comportementale favorise la survenue de troubles anxieux implique sans doute la présence d'autres facteurs de risque : les parents des enfants inhibés et présentant des troubles anxieux ont eux-mêmes des taux significativement plus élevés de troubles anxieux, comparativement aux parents des enfants ne présentant qu'une inhibition comportementale et aux parents des enfants ne présentant ni inhibition comportementale ni troubles anxieux (Biederman et coll., 1990 ; Rosenbaum et coll., 1992). Les travaux de Hirshfeld et coll. (1997) suggèrent que les attitudes de surprotection et d'hypercontrôle associées à certains troubles anxieux chez les parents pourraient favoriser la stabilité de l'inhibition comportementale chez les enfants.

Antécédents familiaux de troubles anxieux

Plusieurs études mettent en évidence une agrégation familiale des troubles anxieux. Cependant, si ces études mettent l'accent sur l'importance transgénérationnelle des troubles anxieux, leur analyse montre qu'exception faite du

trouble panique, il est difficile d'établir une continuité catégorielle stricte entre les troubles anxieux observés chez les enfants et ceux retrouvés chez les parents (Weissman et coll., 1984 ; Last et coll., 1987 ; Turner et coll., 1987 ; Last et coll., 1991). D'autres études mettent aussi en évidence l'association entre troubles anxieux de l'enfant et troubles dépressifs chez les parents, en particulier pour le trouble anxiété de séparation (Livingston et coll., 1985 ; Turner et coll., 1987). Si les études familiales suggèrent fortement l'existence d'une relation entre troubles anxieux de l'enfant et troubles affectifs chez les parents, elles ne résolvent en rien la question du mode de transmission, environnementale et/ou génétique. La peur « normale » et l'anxiété, sous la forme de symptômes ou de syndromes, répondent à un certain degré de contrôle génétique (ceci apparaissant particulièrement net pour le trouble panique et les troubles phobiques) (Marks, 1986). Le poids de l'héritabilité dans les symptômes anxieux de l'enfant ne serait cependant que d'environ 40-50 % (Thapar et Mc Guffin, 1995). C'est dire que des variables environnementales (événements de vie, attitudes parentales...) interviennent aussi, en interaction avec les facteurs de vulnérabilité génétiques, dans le déterminisme et l'expression clinique des troubles anxieux chez l'enfant (Leboyer et Lépine, 1988). Par exemple, l'intensité et la fréquence des comportements d'évitement associés à certains troubles anxieux chez les parents auraient plus de valeur prédictive sur les troubles psychopathologiques rencontrés chez les enfants que le diagnostic clinique lui-même (Silverman et Nelles, 1988).

Événements de vie

À la suite d'un événement traumatisant, de nombreux enfants développent des peurs et des manifestations anxieuses : comportements d'évitement, plaintes somatiques, dépression, troubles du sommeil et expériences intrusives de reviviscence (Dollinger et coll., 1984 ; Dollinger, 1986). Si dans la plupart des cas ces symptômes s'améliorent relativement rapidement, certaines études témoignent d'une augmentation de la fréquence des troubles anxieux chez les enfants ayant subi de tels événements (Terr, 1981 ; Dollinger et coll., 1984 ; Yule et Williams, 1990). Les événements de vie dits négatifs ou stressants sont plus fréquents que les événements traumatiques cités auparavant ; il peut s'agir de la séparation ou du divorce des parents, de la maladie ou du décès d'un membre de la famille, de conflits intrafamiliaux, d'une hospitalisation, d'un déménagement ou d'un changement d'école. Le nombre de ces événements observé chez les enfants anxieux est significativement plus important que celui retrouvé chez les enfants non anxieux, suggérant que dans deux tiers des cas environ ces événements de vie pourraient être considérés comme des facteurs étiologiques possibles (Goodyer et coll., 1985). Cependant, comme le soulignent Sandler et Ramsay (1980), les événements de vie en eux-mêmes ne peuvent en aucun cas résumer toute l'étiologie des troubles mentaux de l'enfant : le mécanisme par lequel un événement de vie affecte un enfant fait

intervenir plusieurs facteurs, tels que la fréquence des récurrences des événements de vie, l'état psychologique de l'enfant, la structure sociale et les ressources de la famille, et les capacités des parents à soutenir l'enfant, chacun de ces facteurs concourant à créer chez l'enfant une vulnérabilité particulière au stress provoqué par ces événements de vie. Dans ce contexte, plusieurs études suggèrent que l'impact des événements de vie sur le développement ultérieur de troubles anxieux chez l'enfant pourrait être influencé par les attitudes parentales. Mc Farlane (1987), par exemple, retrouve des taux de symptômes post-traumatiques plus élevés chez les enfants ayant des mères présentant elles-mêmes un haut degré d'anxiété et ayant tendance à surprotéger leur enfant. De même, les attitudes parentales semblent jouer un rôle important dans les troubles anxieux engendrés chez l'enfant par un stress médical (hospitalisation, intervention douloureuse) (Baillly et coll., 1993).

Attitudes parentales

Les attitudes parentales sont susceptibles d'interagir avec de nombreux autres facteurs de risque dans le développement des troubles anxieux chez l'enfant. Les travaux de Barrett et coll. (1996) montrent que les parents des enfants anxieux se différencient des autres parents dans la manière d'apprendre à leurs enfants à interpréter et à répondre aux signaux ambigus de menace. Les enfants anxieux et leurs parents perçoivent de nombreuses situations comme menaçantes. Confrontés à des problèmes sociaux ambigus, ils adoptent, plus que les autres, des stratégies d'évitement. L'analyse des interactions familiales montre que les stratégies d'évitement adoptées par les enfants sont influencées par l'attitude des parents (interprétation, réponses envisagées) face aux diverses situations qui leur sont proposées (Dadds et coll., 1996). Dans le même ordre d'idée, des attitudes parentales de surprotection, d'hypercontrôle et de critique exagérée pourraient, directement ou en interaction avec d'autres facteurs de risque, favoriser le développement de troubles anxieux chez l'enfant (Krohne, 1992). Ainsi, les attitudes parentales de surprotection et d'hypercontrôle pourraient interférer avec les processus d'acquisition par l'enfant de compétences sociales et de stratégies de résolution de problèmes efficaces, entraînant chez l'enfant des difficultés à faire face aux événements de vie stressants. De plus, les attitudes parentales de surprotection et d'hypercontrôle pourraient aussi entraîner chez l'enfant des doutes sur sa valeur personnelle et un manque de confiance dans ses capacités de réussite.

Facteurs de risque des troubles dépressifs

L'apparition d'un trouble dépressif majeur est attribuée à la conjonction d'une vulnérabilité individuelle et/ou familiale et de facteurs précipitants tels que des événements de vie adverses.

Risque dépressif familial

Les enfants de parents déprimés récurrents (unipolaires et bipolaires) ont un risque accru d'épisodes dépressifs (Orvaschel, 1990). Des études longitudinales confirment la fréquence plus importante des troubles de l'humeur chez les enfants de déprimés uni ou bipolaires mais également un risque accru pour d'autres troubles : troubles du comportement perturbateur, troubles anxieux, abus de substances (Weissman et coll., 1992). Dans cette population, les difficultés interpersonnelles, l'échec scolaire et une faible estime de soi sont également plus fréquents que chez les contrôles (Downey et Coyne, 1990). Par ailleurs, d'autres troubles mentaux parentaux sont également associés à la dépression de l'enfant et de l'adolescent : c'est le cas de certains troubles anxieux (trouble panique et phobique), de l'alcoolisme, des abus de substance et des troubles des conduites (Doyen et coll., 1997). Les mécanismes du risque dépressif familial sont complexes et associent des effets directs et indirects. Les études d'agrégation familiale, de jumeaux et d'adoption suggèrent que les troubles dépressifs ont, au moins en partie, une base génétique. Un tiers de la variance de la symptomatologie dépressive des adolescents est expliqué par des facteurs génétiques (Rende, 1993). Cependant, la sur-représentation familiale des troubles dépressifs pourrait également être le fait de facteurs indirects : événements de vie négatifs engendrés par la psychopathologie parentale, prédisposition aux événements de vie (Goodyer, 1995). Deux facteurs psychosociaux sont souvent retrouvés dans les familles où l'un des parents a un trouble de l'humeur : la discorde conjugale et l'inadaptation des pratiques éducatives (Beardslee et coll., 1993). L'environnement familial, la psychopathologie du conjoint et l'adaptation sociale ont été analysés conjointement aux effets de la dépression récurrente à début précoce chez l'un des parents dans l'étude de Warner et coll. (1995). Ils confirment l'augmentation du risque d'épisode dépressif majeur (EDM) chez les enfants de parents ayant une dépression récurrente (alors que dans leur échantillon, cette augmentation n'est pas mise en évidence chez les enfants de parents ayant eu un seul épisode dépressif). Un abus d'alcool chez un parent augmente également le risque d'EDM chez l'enfant, surtout si une dépression récurrente existe déjà chez l'autre parent. D'autres auteurs soulignent également l'impact délétère sur l'enfant des troubles mentaux multiples chez les parents, qui pourraient être aggravés par un isolement social (Merikangas et coll., 1988). Par rapport aux enfants de mères ayant une maladie somatique chronique, les enfants de mères déprimées ont plus de cognitions négatives et une estime de soi plus faible.

Tempérament et vulnérabilité dépressive

La notion de tempérament fait référence aux variations inter-individuelles de réactivité et de comportement, à base biologique, héritable et relativement stables dans le temps. L'étude des traits de tempérament permet une approche dimensionnelle de la vulnérabilité aux troubles dépressifs (mais non des troubles affectifs eux-mêmes). Ainsi, la valeur prédictive d'un trait isolé

vis-à-vis de la survenue d'un trouble affectif chez un individu donné ou dans une partie de la population est négligeable. Dans une optique de prévention, il est surtout nécessaire de connaître les conditions développementales qui sous-tendent l'expression clinique d'une vulnérabilité constitutionnelle.

Chez l'enfant, Buss et Plomin (1984) ont proposé un modèle de tempérament fondé sur trois dimensions : l'émotionnalité, l'activité et la sociabilité (modèle EAS). L'émotionnalité, dimension proche du névrosisme ou trait névrotique décrit chez l'adulte, se réfère à une réactivité émotionnelle intense. Les troubles dépressifs majeurs chez les enfants d'âge scolaire ont été associés à des niveaux élevés d'émotionnalité et à des niveaux intermédiaires d'activité et de sociabilité (Goodyer et coll., 1993). Le rôle de l'émotionnalité dans la survenue de troubles anxieux et/ou dépressifs a aussi été avancé par Rende (1993) au terme d'une étude longitudinale chez 164 enfants de 1 à 7 ans. Des scores élevés d'émotionnalité chez les garçons et les filles ainsi que des scores bas de sociabilité chez les filles sont prédictifs de scores élevés d'anxiété et de dépression à 7 ans. L'émotionnalité de la petite enfance explique 4 % de la variance des troubles émotionnels chez les garçons et 9 % chez les filles. Plusieurs arguments existent donc pour impliquer l'existence d'une forte émotionnalité (et à un moindre degré une faible sociabilité et une forte inhibition) dans la survenue de troubles dépressifs. Cette vulnérabilité pourrait être modulée par différentes variables telles que le sexe et certains facteurs comme le support social, l'estime de soi et le contexte environnemental. Les données actuelles ne permettent pas de conclure quant aux mécanismes de causalité.

Traits cognitifs, relations interpersonnelles et vulnérabilité dépressive

Les différentes théories cognitives de la dépression ont en commun de souligner le rôle des cognitions dans la genèse des réactions émotionnelles.

Schémas cognitifs dysfonctionnels

Selon la théorie cognitive de Beck (1983), l'existence de schémas ou attitudes cognitifs dysfonctionnels est un facteur de risque dépressif acquis au cours du développement à la faveur d'expériences négatives précoces. Ces schémas cognitifs, souvent latents, sont réactivés par de nouveaux événements traumatisants ; cette réactivation s'accompagne de cognitions négatives du moi, du monde et du futur (triade cognitive) et de « pensées automatiques » entraînant une distorsion de la réalité sous la forme d'erreurs d'interprétation et de jugement. Bien que l'existence d'attitudes cognitives dysfonctionnelles soit généralement reconnue au cours de l'état dépressif et impliquée dans l'évolution sous traitement et la fréquence des rechutes dépressives, voire dans la

chronicisation des troubles, les études prospectives visant à étayer le modèle de vulnérabilité ont donné des résultats variables. Les principales limites de ces études sont la faible durée du suivi, la difficulté de réactiver des schémas cognitifs dont certains semblent latents et le problème de la catégorisation des événements de vie qui peut parfois apparaître comme arbitraire.

« Résignation apprise » et désespoir

Le modèle de résignation apprise (*learned helplessness*) est un modèle issu des théories de l'apprentissage et du conditionnement social. La résignation apprise se caractérise par un déficit de réaction face à un événement source de stress (Seligman et Overmaier, 1967). Elle résulte du sentiment qu'il n'existe pas de solution efficace pour éliminer la source de stress. La résignation apprise se définit donc comme la résultante d'expériences répétées d'insuccès entraînant l'abandon des efforts. Dans ce modèle, le facteur de vulnérabilité dépressive consiste en l'attribution de causalité entre un événement (facteur de stress) et sa conséquence (résignation). Les relations entre facteurs de stress et dépression ont fait l'objet de différentes études qui montrent que les facteurs de stress rendent compte de 5 % à 20 % de la variance des troubles dépressifs (Robinson, 1995). Ces données indiquent l'existence de processus plus complexes qui ont donné lieu à des reformulations successives de la théorie de la résignation apprise. Plusieurs variables susceptibles de moduler les interactions stress-détresse ont été décrites : l'estime de soi, les distorsions cognitives, l'anticipation négative de l'avenir, le style d'attribution négatif (le fait d'attribuer les événements négatifs à des facteurs internes et stables et les événements positifs à des facteurs externes) et le lieu de contrôle (degré de maîtrise que le sujet perçoit par rapport à son environnement).

Estime de soi

L'intérêt pour l'estime de soi et les relations entre un trouble de l'estime de soi et une vulnérabilité dépressive s'est développé au début des années 1990. Une mauvaise estime de soi à 16 ans a été identifiée comme trait prédictif de la survenue de dépression à 22 ans. Le soutien social intervient dans cette population comme facteur de protection, puisqu'il diminue le risque de survenue d'une symptomatologie dépressive chez les adolescents rapportant une faible estime de soi à 16 ans (Aro, 1994).

Relations interpersonnelles

L'existence de troubles de la communication familiale et dans le groupe des pairs (Goodyer et coll., 1990) est prédictive de la survenue d'un trouble dépressif alors que la symptomatologie dépressive elle-même interfère avec le fonctionnement social et peut provoquer ou accentuer des réactions négatives

de la part des pairs. Le manque de support social et les difficultés de communication, notamment le rejet par les pairs, interagissent également avec des facteurs cognitifs tels que l'estime de soi et le sentiment d'incompétence.

Événements de vie

La plupart des modèles de vulnérabilité dépressive mettent l'accent sur le rôle des événements de vie dans la constitution de la personnalité « à risque ». Une distinction est généralement établie entre les événements traumatiques précoces et tardifs, les premiers étant considérés comme des facteurs de risque et les seconds comme des facteurs précipitants de la survenue d'une pathologie dépressive. Parmi les événements traumatiques précoces, les plus étudiés ont été les expériences de perte réelle ou symbolique et de maltraitance physique et/ou sexuelle. Le rôle de la perte précoce d'un parent dans la survenue de troubles dépressifs a donné lieu à de nombreux travaux, dont la portée est cependant limitée par des difficultés méthodologiques et des résultats hétérogènes ; la plupart reposent sur un recueil rétrospectif des informations. Une méta-analyse (Patten, 1991) a permis d'estimer que la perte de la mère avant 11 ans doublait le risque de survenue d'un trouble dépressif. La spécificité des relations entre deuil et trouble dépressif n'est pas établie puisque la vulnérabilité semble concerner des aspects divers de la psychopathologie. De plus, tous les sujets ayant vécu des pertes ou des séparations prolongées ne développent pas de troubles dépressifs. L'association de plusieurs expériences de perte ou de séparation, tout comme une vulnérabilité perçue, associée à l'événement (Patten, 1991), auraient une meilleure valeur prédictive vis-à-vis de la survenue de troubles dépressifs au cours du développement. Plus que la perte parentale elle-même, c'est l'altération des soins parentaux consécutifs à la perte qui pourrait être en cause. Les études rétrospectives réalisées chez des sujets déprimés mettent d'ailleurs en évidence la fréquence des antécédents de dysfonctionnements dans les relations parents-enfants (Parker et coll., 1995). Ces anomalies concernent aussi bien des attitudes de rejet et une carence d'affection que des comportements de surprotection et de vigilance anxieuse. Elles sont souvent associées à l'existence d'un trouble dépressif chez les parents et semblent responsables d'une vulnérabilité générale à la psychopathologie plutôt qu'à un risque spécifiquement dépressif (Doyen et coll., 1997 ; Parker et coll., 1995). Parmi les événements traumatiques précoces, les expériences de maltraitance sont l'objet d'une attention croissante. La fréquence des troubles dépressifs chez les enfants victimes de maltraitance physique et/ou sexuelle a été soulignée par plusieurs études ; la prévalence de troubles dépressifs est de 20 % dans cette population (Famularo et coll., 1992). Cependant, le risque concerne aussi d'autres pathologies, telles que l'état de stress post-traumatique et les troubles des conduites (Doyen et coll., 1997).

Si le rôle de certains événements de vie précoces semble significatif, bien que non spécifique, vis-à-vis de la survenue de troubles dépressifs, il est actuellement nécessaire de préciser leur impact en fonction des caractéristiques des

individus et de leur environnement familial et social, qui interviennent dans la modulation de la relation entre stress et détresse. De plus, certains événements de vie précoces qui ne sont pas immédiatement responsables de troubles dépressifs, sont cependant susceptibles de jouer un rôle dans la survenue de troubles de l'humeur plus tard au cours du développement.

Prévention des troubles anxieux et dépressifs de l'enfant et de l'adolescent

La distinction classique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire est actuellement remplacée par les notions de prévention généralisée, sélective et indiquée. Les interventions dites généralisées sont destinées à la population générale ou du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. Les campagnes de vaccination, la prévention en milieu scolaire en sont des exemples. La prévention sélective vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble mental. Elle comprend entre autres les programmes d'aide scolaire destinés aux enfants de milieux défavorisés, les programmes de suivi médical des prématurés ou d'enfants ayant subi un traumatisme. La prévention indiquée s'adresse aux sujets qui ont des signes prodromaux de psychopathologie, en restant en deçà des critères diagnostiques. Certaines interventions de guidance parents-enfants dans le cas de difficultés comportementales non spécifiques du jeune enfant pourraient répondre à cette définition, tout comme les groupes d'affirmation de soi pour enfants ayant des difficultés d'interaction sociale modérées.

Prévention généralisée des troubles émotionnels de l'enfant et de l'adolescent

La prévention généralisée a fait l'objet de très peu d'études. Un des programmes les plus fréquemment rapportés est celui développé par Dubow et coll. (1993) sous le titre « *I can do* ». Ce programme, destiné aux enfants des classes primaires, vise au développement des facteurs de protection permettant de faire face aux situations stressantes. À ce titre, il intéresse la prévention des troubles anxieux et des troubles dépressifs d'une façon non spécifique. Son déroulement comporte plusieurs étapes : apprentissage des principales stratégies d'ajustement et d'adaptation (résolution de problèmes, recherche de support social, stratégies visant à augmenter les affects positifs dans les situations incontrôlables), mise en pratique des données acquises à partir des situations stressantes les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant (séparation ou divorce des parents, perte d'une personne proche, déménagement ou changement d'école, se retrouver seul à la maison, sentiment d'être différent).

38 Des informations sont aussi données aux enfants sur leurs possibilités d'aider

ceux qui font l'expérience de telles situations. Les résultats ne retrouvent aucun changement en ce qui concerne le support social des enfants, ni dans leurs connaissances ou leurs attitudes au regard des événements de vie négatifs. Cependant, les enfants ayant participé au programme font preuve d'un plus grand sentiment d'efficacité dans leur capacité à faire face aux événements stressants et dans leur capacité à résoudre les problèmes. Ces résultats semblent se maintenir à moyen terme. Malheureusement, l'évaluation n'incluait aucune mesure des niveaux de stress et d'anxiété.

Pour les adolescents, des programmes de gestion des facteurs de stress ont montré des résultats positifs dans le cadre d'études contrôlées et randomisées. Ces interventions destinées à des adolescents en milieu scolaire vont de pair avec une réduction des symptômes dépressifs et anxieux dans le groupe bénéficiaire : diminution de 35 % des symptômes dépressifs et de 46 % des symptômes anxieux par rapport au groupe témoin (Hain, 1992), diminution de 29 % des symptômes dépressifs, amélioration de 43 % des scores d'estime de soi (Hains et Szyjakowski, 1990), diminution de 39 % des symptômes anxieux, (Kieselica et coll., 1994)¹. Par définition, les actions de prévention généralisée proposent des programmes uniformes pour tous les enfants, y compris ceux qui ne sont pas à risque. Leur évaluation en termes de coûts/bénéfices est difficile à réaliser et nécessite des moyens considérables. Compte tenu de l'hétérogénéité des populations concernées et des situations rencontrées, de nombreux facteurs doivent être pris en considération dans l'analyse de leurs résultats. Seules des études à long terme portant sur de très larges échantillons peuvent apporter des renseignements valides quant à leur efficacité. L'avantage des programmes de prévention tels que le programme « *I can do* » est cependant qu'ils peuvent avoir un impact sur de nombreux problèmes émotionnels et comportementaux rencontrés chez les enfants.

Dans le domaine de la prévention généralisée ou universelle des troubles émotionnels, le groupe « Santé mentale Europe », une organisation non gouvernementale basée à Bruxelles recense actuellement les initiatives prises à ce titre dans l'Union européenne à l'aide d'un groupe de travail réunissant des experts des différents pays membres. Plusieurs projets de prévention des troubles émotionnels ont été menés à terme avec des évaluations comprenant une étude randomisée avec groupe contrôle ou des analyses pré et post-intervention avec groupe contrôle. Un projet norvégien (*Second step*) vise l'amélioration des compétences sociales des enfants. Plusieurs concernent les adolescents en milieu scolaire : un projet hollandais (*Dealing with moods*) a pour objet l'amélioration des stratégies de *coping* (capacités d'ajustement au stress) et la réduction des symptômes dépressifs chez des adolescents âgés de 14 à 18 ans, un projet suédois (*Life skills*) aurait montré un impact positif sur les symptômes dépressifs et anxieux, les relations élèves-enseignants, le nombre de tentatives de suicide. Il faut enfin noter qu'aucune initiative française ne

1. Pourcentages d'amélioration estimés à partir de différences moyennes

figure parmi les projets sélectionnés (c'est-à-dire menés à terme et étayés par une évaluation satisfaisante) dans le pré-rapport de ce groupe de travail (pré-rapport du 02-04-2003, communication personnelle).

Prévention sélective des troubles anxieux

Certains programmes ont été élaborés plus spécifiquement à partir des situations connues pour favoriser les réactions d'anxiété, et notamment le développement de troubles phobiques. Les uns sont destinés à tous les enfants et visent à réduire l'impact de ces situations. Les autres s'adressent aux enfants qui vivent ou ont vécu une expérience potentiellement traumatisante. Plusieurs actions de prévention ont été développées en vue de limiter l'anxiété liée aux interventions médicales. Dans ce cadre, plusieurs facteurs peuvent affecter l'enfant : facteurs liés à l'hospitalisation (séparation d'avec les parents, environnement nouveau et angoissant), facteurs liés à la maladie elle-même ou à son traitement (douleurs, piqûres, interventions chirurgicales...). De façon générale, les techniques d'apprentissage par imitation et l'entraînement aux stratégies d'ajustement et d'adaptation (relaxation contrôlée, exercices de respiration, imagerie mentale, renforcement positif, jeux de rôle à l'aide de poupées) se sont révélés efficaces, entraînant une réduction des manifestations anxieuses significativement supérieure à celle obtenue par la simple délivrance d'informations ou par l'administration de tranquillisants (Jay et coll., 1995 ; Melamed, 1998). Une intervention de prévention comprenant la diffusion d'un film s'est révélée efficace dans une étude contrôlée pour diminuer les symptômes anxieux d'enfants avant une opération chirurgicale (Pinto et Hollandsworth, 1989).

Avoir un frère ou une sœur atteint d'une maladie chronique et/ou fatale peut aussi entraîner chez l'enfant de nombreuses perturbations émotionnelles : ressentiment à l'égard du frère ou de la sœur malade, sentiment de jalousie lié à l'importance du temps accordé par les parents à l'enfant malade, sentiment d'être négligé par les parents, culpabilité, colère, sentiment de solitude. Les plus jeunes en particulier peuvent développer des troubles phobiques : peur de la contamination, peur de tomber malade, peur de la mort du frère ou de la sœur malade ou de sa propre mort. Les programmes de prévention développés à destination de ces enfants regroupent souvent plusieurs stratégies : groupes de support pour les enfants, guidance parentale (l'objectif étant ici d'aider les parents à parler de la maladie et/ou de la mort possible du frère ou de la sœur et à recadrer leur attention sur l'ensemble des enfants de la famille), accompagnement personnalisé en cas de décès du frère ou de la sœur (Williams et coll., 1997).

Parmi les événements auxquels les enfants sont habituellement confrontés, le changement d'école entraîne de nombreuses difficultés émotionnelles et comportementales (problèmes relationnels avec les pairs, refus scolaire, plaintes somatiques, baisse des performances). Le *School transition environment project* (STEP) (Felner et Adan, 1988) est un des programmes développés en

vue de faciliter la transition d'une école à l'autre et de réduire les conséquences liées à l'anxiété qu'elle engendre. Ce programme, destiné aux enfants passant de l'école primaire au collège, vise à faciliter les relations entre les élèves et le personnel encadrant (enseignants, administratifs) et à créer un environnement favorable et sécurisant (petites unités, environnement stable et familial, accompagnement personnalisé). Testé dans plusieurs écoles sur des enfants d'origine sociale diverse, le programme STEP s'est révélé efficace à plusieurs niveaux : amélioration de l'estime de soi et des performances scolaires, diminution de l'absentéisme. Le programme STEP est l'un des rares exemples d'action de prévention portant essentiellement sur l'environnement de l'enfant.

L'anxiété de performance et la peur des examens sont aussi des troubles fréquemment rencontrés chez les enfants de 9-12 ans et tendent à persister durant l'adolescence. Des données suggèrent que les techniques communément utilisées pour leur traitement peuvent également s'avérer efficaces dans une perspective de prévention (relaxation, désensibilisation systématique, immersion, entraînement aux techniques d'étude, restructuration cognitive, imitation) (Morris et Kratochwill, 1991).

De façon générale, les enfants confrontés à la séparation ou au divorce de leurs parents sont des enfants à risque de développer des troubles psychopathologiques. Parmi les nombreux programmes de prévention proposés, le *Children of divorce intervention project* (CODIP), développé par Pedro-Carroll et Cowen (1985), a fait l'objet de plusieurs études d'évaluation. Ce programme, initié à l'école, vise à prévenir les problèmes émotionnels, comportementaux et scolaires rencontrés chez les enfants de parents divorcés. Ses objectifs sont multiples : créer un environnement groupal capable d'aider l'enfant ; faciliter l'identification et l'expression des émotions et des sentiments liés au divorce des parents ; fournir à l'enfant des informations susceptibles de l'aider à comprendre le divorce de ses parents et à rectifier les erreurs de jugement ; apprendre à l'enfant des stratégies d'ajustement et d'adaptation (stratégies de résolution de problèmes) ; développer chez l'enfant une perception positive de lui-même et de sa famille. Le programme CODIP comprend douze à seize sessions, incluant des groupes de discussion, des jeux de rôle, des entraînements aux stratégies d'ajustement et d'adaptation, et des prescriptions de tâches à réaliser à la maison. Les résultats suggèrent que le programme est efficace à plusieurs niveaux : réduction de l'anxiété, diminution des sentiments de culpabilité et de honte, augmentation de la capacité à résoudre les problèmes liés au divorce des parents, diminution des problèmes comportementaux, amélioration des performances scolaires. Ces effets se maintiennent à 2 ans pour la majorité des enfants. Un autre programme de prévention a été appliqué à des enfants de parents divorcés dans le cadre d'un essai contrôlé ; il s'agit du *Stress management and alcohol awareness programme* (Short 1998). Le groupe bénéficiaire montrait une diminution significative des scores d'anxiété

et une diminution de la consommation de substances (25 % et 20 % respectivement par rapport au groupe contrôle).

Enfin, une attention toute particulière a été portée ces dernières années à la prévention des séquelles psychiques post-traumatiques chez les sujets venant de vivre un événement catastrophique. Le debriefing psychologique (ou « déhorage » psychologique) est une intervention de crise conçue dans cette perspective, dont le déroulement a été adapté à l'enfant (Yule, 1994 ; Vila et coll., 1999). Cependant, de nombreuses questions persistent : Quel est le moment le plus approprié pour utiliser le debriefing (certains auteurs préconisent d'intervenir précocement, d'autres dans les 7 à 14 jours suivant l'événement traumatique) ? Est-ce que tous les enfants ayant subi un événement traumatique doivent en bénéficier ? Faut-il intervenir en groupe ou individuellement, compte tenu des différences possibles entre les enfants dans le niveau de développement et le vécu de l'expérience traumatique ? De l'avis général, si le debriefing psychologique n'est pas source de troubles iatrogènes, il ne semble pas permettre de prévenir la survenue de toute pathologie psychotraumatique. Il réduirait cependant l'intensité et la durée des états de stress post-traumatique (Vila et coll., 1999).

Prévention sélective des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent

Beardslee et coll. (1993) ont étudié l'intérêt de programmes de prévention dans des familles dont au moins un des parents avait un trouble dépressif. Ils ont comparé un programme de prévention à base cognitive et une information de deux séances d'une heure sur les troubles de l'humeur et leur retentissement familial. Bien que les deux groupes se soient déclarés satisfaits de l'aide reçue, les bénéfices en termes de diminution des symptômes et tensions familiales étaient plus importants dans le groupe ayant participé au programme cognitif. Ce programme, centré sur la parentalité et les interactions parents-enfants, vise une meilleure compréhension de l'expérience dépressive par la famille et les enfants en particulier. Il s'accompagne d'une information concernant les facteurs de vulnérabilité mais aussi de résilience associés aux troubles dépressifs et identifiables chez les enfants. Des entretiens avec le ou les enfants seuls ou en présence des parents, cherchent à prévenir les problèmes émotionnels et de comportement qui peuvent se manifester en réaction à la dépression d'un parent. En effet, l'enfant peut attribuer des interprétations erronées à une symptomatologie dépressive présente chez l'un ou l'autre de ses parents. Par exemple, l'anhédonie ou l'asthénie sont souvent comprises par l'enfant comme un rejet ou un désintérêt. L'enfant s'attribue souvent aussi la responsabilité des troubles. Les tentatives d'autonomisation peuvent également être vécues avec culpabilité. Au cours des entretiens, les parents sont encouragés à développer la résilience de leurs enfants.

42 Dans une population similaire d'enfants de parents déprimés, Clarke et coll. (2001) ont récemment réalisé une étude randomisée pour évaluer un

programme de groupe à base cognitivo-comportementale. Quarante-cinq adolescents de 13-18 ans, non cliniquement déprimés, ont bénéficié d'un suivi médical standard associé à 15 sessions d'un programme de prévention cognitivo-comportemental. Comparés à 49 adolescents recevant seulement le suivi standard, les premiers se caractérisent par une réduction des scores de dépression à l'échelle CES-D (*Center for epidemiological studies depression scale*) et par une amélioration du fonctionnement global. Les analyses de suivi sur une période de 15 mois montrent que l'incidence cumulée des troubles dépressifs dans le groupe ayant bénéficié de la prévention est significativement inférieure à celle des témoins (9,3 % *versus* 28,8 %).

D'autres interventions ont montré un bénéfice sur les symptômes dépressifs dans le cadre d'études contrôlées et randomisées. C'est le cas du programme d'intervention en milieu scolaire de King et Kirschenbaum (1990) destiné à des enfants « à risque » en milieu rural, à leurs parents et à leurs enseignants. Par rapport au groupe témoin, la réduction des symptômes dépressifs était de 38 % chez les bénéficiaires du programme.

Prévention indiquée des troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent

Récemment, des programmes ont été développés pour prévenir la survenue de troubles anxieux chez les enfants présentant déjà des manifestations cliniques d'anxiété, voire ce qu'il est convenu d'appeler des syndromes subcliniques ou partiels. Ce type de prévention apparaît justifié dans la mesure où des données épidémiologiques suggèrent que 50 % environ des enfants présentant des symptômes anxieux développent dans les 6 mois un trouble anxieux caractérisé (Dadds et coll., 1997). Lafreniere et Capuano (1997) ont élaboré un programme de prévention destiné aux enfants d'âge préscolaire présentant des comportements de repli anxieux. Le programme se déroule en quatre phases : évaluation, information des parents sur les besoins de l'enfant liés à son développement, détermination d'objectifs spécifiques pour chaque famille, intervention proprement dite sur la base de onze visites à domicile. L'intervention à domicile se focalise essentiellement sur les interactions parents-enfant, les problèmes comportementaux, les compétences parentales et les systèmes de support social. Comparées à un groupe contrôle, les familles ayant bénéficié du programme montrent des résultats encourageants : diminution des comportements intrusifs et d'hypercontrôle chez les mères, participation plus active des enfants aux tâches de résolution de problèmes, amélioration des compétences sociales des enfants rapportée par les enseignants. Une diminution significative des comportements de repli anxieux était cependant notée à la fois dans le groupe contrôle et chez les enfants ayant bénéficié de l'intervention. Une évaluation à long terme s'avère indispensable pour préciser l'efficacité de ce type d'action.

Le programme développé par Dadds et coll. (1997) peut être considéré à la fois comme un programme d'intervention précoce et de prévention indiquée, dans la mesure où il s'adresse à des enfants remplissant les critères diagnostiques

d'un trouble anxieux à un niveau très modéré et à des enfants présentant des symptômes subcliniques d'anxiété. Ce programme, utilisant des techniques cognitivo-comportementales, comprend dix séances pour les enfants et trois séances pour les parents. L'évaluation à moyen et long termes retrouve des résultats plutôt favorables : à 6 mois, un diagnostic de trouble anxieux caractérisé était retrouvé chez 27 % des enfants du groupe intervention contre 57 % dans le groupe contrôle ; à 2 ans, la différence entre les deux groupes restait significative, avec respectivement 20 % et 39 % des enfants présentant un trouble anxieux. L'analyse des résultats montre cependant que ce sont surtout les enfants qui présentaient déjà un syndrome clinique anxieux qui ont bénéficié des effets du programme. En effet, si l'on considère uniquement les enfants qui présentaient au départ des symptômes d'anxiété, les différences à long terme apparaissent moins importantes (Dadds et coll., 1997 et 1999).

Prévention indiquée des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent

Chez les enfants et adolescents chez lesquels une symptomatologie dépressive subclinique est mise en évidence par auto-évaluation, différentes études ont été menées. Jaycox et coll. (1994) ont évalué l'effet d'une intervention de prévention (*Penn optimism program*) organisée en milieu scolaire et destinée à des enfants obtenant des scores élevés de dépression. Ce programme combinant l'apprentissage de techniques cognitives de résolution de problèmes et de stratégies de communication sociale était associé à une réduction significative des scores de dépression (22 % versus 44 % chez les témoins) persistant deux ans après l'intervention.

Clarke et coll. (1995) ont étudié un programme similaire dans la perspective de prévention d'un trouble dépressif catégoriel. Après exclusion des sujets ayant un trouble de l'humeur patent, les adolescents ayant des scores élevés à la ces-d ont été randomisés en deux groupes, l'un bénéficiant du programme de prévention, l'autre étant libre de poursuivre ou d'initier une démarche de soin quelconque. Le programme, adapté d'une intervention destinée aux adolescents déprimés (*Coping with stress course*), a comme objectifs le développement des capacités d'ajustement au stress (ou *coping*) et la diminution des cognitions dépressives et des croyances irrationnelles. Les modalités comprennent 3 séances hebdomadaires pendant 5 semaines, au cours desquelles sont utilisés des débats et des jeux de rôle avec des groupes comptant 6 à 11 participants. Sur un an de suivi, l'incidence des épisodes dépressifs était réduite de moitié dans le groupe traité par rapport au groupe contrôle ; elle reste cependant deux fois plus élevée que celle de la population générale. L'intérêt, à plus long terme, de sessions de « renforcement » à un intervalle de quelques mois reste à préciser au moyen d'études à long terme.

En conclusion, la prévention des troubles anxieux et dépressifs en est encore à ses débuts. Elle se justifie néanmoins, en particulier chez le sujet jeune, du

fait des conséquences développementales délétères de ces pathologies. Les prochaines années verront le perfectionnement des programmes de prévention, dont les possibilités seront mieux connues. La plupart des programmes de prévention des troubles émotionnels des enfants et adolescents sont mis en place à l'école. La tendance est à une approche globale, incluant les enfants mais aussi leurs parents et les enseignants. L'avenir est probablement à des programmes intégrant plusieurs niveaux de prévention, avec des actions généralisées et des interventions complémentaires destinées aux jeunes les plus à risque. Cela aurait l'avantage de familiariser l'ensemble des enfants ou adolescents avec les stratégies d'ajustement au stress, de favoriser le développement d'habiletés sociales et de qualités d'empathie et d'entraide. Une approche à plusieurs niveaux permettrait peut-être de réduire le risque de stigmatisation qui est à craindre lorsqu'un programme vise un public très ciblé et pourrait favoriser le travail en réseau entre professionnels de l'éducation et de la santé, éventuellement par l'intermédiaire de personnels spécialement formés à la question de la promotion de la santé mentale. L'adaptation de ces interventions, le développement de programmes originaux ainsi que leur évaluation clinique et en termes d'acceptabilité devraient être encouragés dans le contexte français qui privilégie traditionnellement des options plus individuelles. Ces dernières gardent leur intérêt mais sont difficiles à appliquer à de larges populations ou en dehors des réseaux de soins classiques. De plus, l'intérêt pour la prévention des troubles mentaux ne doit pas faire perdre de vue la nécessité d'améliorer l'accès aux soins pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles cliniquement significatifs. En effet, des progrès conduisant à un meilleur dépistage des troubles émotionnels patents ou débutants reste un objectif vain si des soins adaptés et diversifiés ne peuvent être proposés dans des délais corrects. Parallèlement au développement de la prévention destinée à la population générale ou à des groupes cibles, des études spécifiques sont également nécessaires dans le champ de la prévention des rechutes et de la chronicisation des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent.

BIBLIOGRAPHIE

AINSWORTH MDS, BLEHAR M, WATERS E, WALL S. Patterns of attachment : a psychological study of the Strange Situation. Laurence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ 1978

ARO H. Risk and protective factors in depression : a developmental perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1994, **377** : 59-64

BAILLY D, BLANDIN-CORNETTE N, YTHIER H, BEUSCART R, PARQUET PH. Rôle des événements de vie et des facteurs de stress psychosociaux dans l'angoisse de séparation. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1993, **41** : 477-485

BARRETT PM, RAPEE RM, DADDS MM, RYAN SM. Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *J Abnorm Child Psychol* 1996, **24** : 187-203

BEARDSLEE WR, SALT P, PORTERFIELD K, ROTHBERG PC, VANDERVELDE P. Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 254-263

BECK AT. Cognitive therapy of depression : new perspectives. In : Treatment of depression : old controversies and new approaches. CLAYTON PJ, BARRET JE eds, Raven Press, New York 1983 : 265-290

BIEDERMAN J, ROSENBAUM JF, HIRSHFELD DR, FARAONE SV, BOLDUC EA et coll. Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990, **47** : 21-26

BIEDERMAN J, ROSENBAUM JF, BOLDUC-MURPHY EA, FARAONE SV, CHALOFF J et coll. A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 814-821

BOWLBY J. Attachment and loss. Vol. I : Attachment. Basic Books, New York 1969. Traduction française par KALMANOVITCH J. PUF, Paris 1978

BOWLBY J. Attachment and loss. Vol. II : Separation. Anxiety and anger. New York, Basic Books, 1973. Traduction française par DE PANAFIEU B. PUF, Paris, 1978

BREHERTON I, WATERS E. Growing points of attachment theory and research. *Monogr Soc Res Child Dev* 1985, **50** : 1-2

BUSS AH, PLOMIN R. Temperament : early developing personality traits. Laurence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ 1984

CLARKE GN, HAWKINS W, MURPHY M, SHEEBER LB, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in at-risk sample of high school adolescents : a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 312-321

CLARKE GN, HORN BROOK M, LYNCH F, POLEN M, GALE J et coll. A randomised trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001, **58** : 1127-1134

DADDS MR, BARRETT PM, RAPEE RM. Family process in child anxiety and aggression : an observational analysis. *J Abnorm Child Psychol* 1996, **24** : 715-734

DADDS MR, SPENCE SH, HOLLAND DE, BARRETT PM, LAURENS KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 627-635

DADDS MR, HOLLAND DE, LAURENS KR, MULLINS M, BARRETT PM, SPENCE SH. Early intervention and prevention of anxiety disorders in children : results at two-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 145-150

DOLLINGER SJ. The measurement of children's sleep disturbances and somatic complaints following a disaster. *Child Psychiatry Hum Dev* 1986, **16** : 148-153

DOLLINGER SJ, O'DONNELL JP, STALEY AA. Lightning-strike disaster : effects on children's fears and worries. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 1028-1038

DOWNEY G, COYNE JC. Children of depressed parents : an integrative review. *Psychol Bull* 1990, **108** : 50-76

- DOYEN C, MOUREN-SIMÉONI MC, DUGAS M. Facteurs psychosociaux dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. In : Les dépressions de l'enfant et de l'adolescent : faits et questions. MOUREN-SIMEONI MC, KLEIN RG eds, Expansion Scientifique Publications, Paris 1997 : 270-291
- DUBOW EF, SCHMIDT D, MC BRIDE J, EDWARDS S, MERK FL. Teaching children to cope with stressful experiences : implementation and evaluation of a primary prevention program. *J Clin Child Psychol* 1993, **22** : 428-440
- FAMULARO R, KINSCHEREFF R, FENTON T. Psychiatric diagnoses of maltreated children : preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 863-867
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. Conférence de consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, octobre 2000
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. Conférence de consensus : Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir. Sénat, Paris, 1995
- FELNER RD, ADAN AM. The School Transition Environment Project : an ecological intervention and evaluation. In : Fourteen ounces of prevention : a case book for practitioners. PRICE RH, COWEN EL, LORION RP, RAMOS MC, KAY J. eds, American Psychological Association, Washington DC 1988 : 111-122
- GOODYER IM. Life events and difficulties : their nature and effects. In : The depressed child and adolescent : developmental and clinical perspectives. GOODYER IM. ed, Cambridge University Press, Cambridge 1995 : 171-93
- GOODYER I, KOLVIN I, GATZANIS S. Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *Br J Psychiatry* 1985, **147** : 517-523
- GOODYER I, WRIGHT C, ALTHAM P. The friendships and recent life events of anxious and depressed school-age children. *Br J Psychiatry* 1990, **156** : 689-698
- GOODYER I, ASHBY L, ALTHAM PL, VIZE C, COOPER PJ. Temperament and major depression in 11 to 16 years olds. *J Child Psychol Psychiatry* 1993, **34** : 1409-1423
- GREENBERG MT. The prevention of mental disorders in school-aged children : Current state of the field. *Prevention and Treatment* 2001, **4** : 1-58
- HAINS A. Comparison of cognitive-behavioral stress management techniques with adolescent boys. *J Couns dev* 1992, **70** : 600-605
- HAINS A, SZYJAKOWSKI M. A Cognitive-stress-reduction program for adolescents. *J Couns Psychol* 1990, **37** : 79-84
- HIRSHFELD DR, BIEDERMAN J, BRODY L, FARAONE SV, ROSENBAUM JF. Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology : a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 205-213
- JAY SM, ELLIOTT CH, FITZGIBBONS I, WOODY P, SIEGEL SE. A comparative study of cognitive behavior therapy versus general anesthesia for painful medical procedures in children. *Pain* 1995, **62** : 3-9
- JAYCOX LH, REIVICH KJ, GILLHAM J, SELIGMAN MEP. Prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 1994, **32** : 801-816
- KAGAN J. Psychological research on the human infant : an evaluative summary. WT Grant Foundation, New York 1982

- KAGAN J. The concept of behavioral inhibition. *In* : Extreme fear, shyness, and social phobia. Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes SCHMIDT LA, SCHULKIN J eds, Oxford University Press, New York 1999 : 3-13
- KAGAN J, NICK S, SNIDMAN N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev* 1987, **58** : 1459-1473
- KING CA, KIRSCHENBAUM DS. An experimental evaluation of a school-based program for children at risk : Wisconsin early evaluation. *J Community Psychol*, 1990, **18** : 167-177
- KIESELICA M, BAKER S, THOMAS R, REEDY S. Effects of stress inoculation training on anxiety, stress and academic performance among adolescents. *J Couns Psychol*, 1994, **41** : 335-342
- KROHNE HW. Developmental conditions of anxiety and coping : a two process model of child-rearing effects. *In* : Advances in test anxiety research. HAGTVET KA ed, (vol. 7), Swets & Zeitlinger, Lisse, 1992, 143-155
- LAFRENIERE PJ, CAPUANO F. Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization : anxious-withdrawn preschoolers case. *Dev Psychopathol* 1997, **9** : 551-564
- LAMB ME, THOMPSON RA, GARDNER W, CHARNOV EL, ESTES D. Security of infantile attachment as assessed in the « strange situation » : its study and biological interpretation. *Behav Brain Sci* 1984, **7** : 127-171
- LAST CG, HERSEN M, KAZDIN AE, FRANCIS G, GRUBB HJ. Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *Am J Psychiatry* 1987, **144** : 1580-1583
- LAST CG, HERSEN M, KAZDIN A, ORVASCHEL H, PERRIN S. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 928-934
- LEBOYER M, LÉPINE JP. L'anxiété est-elle héréditaire ? *Encephale* 1988, **XIV** : 49-52
- LIVINGSTON R, NUGENT H, RADER L, SMITH GR. Family histories of depressed and severely anxious children. *Am J Psychiatry* 1985, **142** : 1497-1499
- MARKS IM. Genetics of fear and anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1986, **149** : 406-418
- MC FARLANE AC. Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987, **26** : 764-769
- MELAMED BG. Preparation for medical procedures. *In* : Handbook of pediatric psychology and psychiatry., Vol. 2 : Disease, injury, and illness. AMMERMAN RT, CAMPO JV eds, Allyn & Bacon Inc., Boston 1998 : 16-30
- MERIKANGAS KR, WEISSMAN MM, PRUSOFF BA, JOHN K. Assortative mating, social adjustment and course of illness in primary affective disorders : psychopathology in offspring. *Psychiatry* 1988, **51** : 48-57
- MORRIS RJ, KRATOCHWILL TR. Childhood fears and phobias. *In* : The practice of child therapy. KRATOCHWILL TR, MORRIS RJ eds, Pergamon Press, New York 1991 : 76-114
- ORVASCHEL H. Early-onset psychiatric disorder in high-risk children and increased family morbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 184-188
- PARKER G, HADZI-PAVLOVIC D, GREEWALD S, WEISSMAN M. Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord* 1995, **33** : 173-180

- PATTEN SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *Can J Psychiatry* 1991, **36** : 706-711
- PEDRO-CARROLL JL, COWEN EL. The Children of Divorce Intervention Project : an investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *J Consult Clin Psychol* 1985, **53** : 603-611
- PINTO RP, HOLLANDSWORTH JG. Using videotape modelling to prepare children psychologically for surgery : influence of parents and costs versus benefits of providing preparation services. *Health Psychol* 1989, **8** : 79-95
- RENDE RD. Longitudinal relations between temperament traits and behavioral syndromes in middle childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 287-290
- ROBINSON CJ. Personality-event interaction models of depression. *Eur J Psychiatry* 1995, **9** : 367-378
- ROSENBAUM JF, BIEDERMAN J, GERSTEN M, HIRSHFELD DR, MEMINGER SR et coll. Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia : a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 463-470
- ROSENBAUM JF, BIEDERMAN J, BOLDUC EA, HIRSHFELD DR, FARAONE SV, KAGAN J. Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood onset anxiety in inhibited children. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 475-481
- ROSENBAUM JF, BIEDERMAN J, BOLDUC-MURPHY EA, FARAONE SV, CHALOFF J et coll. Behavioral inhibition in childhood : a risk factor for anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1993, **1** : 2-16
- SANDLER IN, RAMSAY TB. Dimensional analysis of children's stressful life events. *Am J Community Psychol* 1980, **8** : 285-302
- SELIGMAN MEP, OVERMAIER JB. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol* 1967, **63** : 28
- SILVERMAN WK, NELLES WB. The anxiety disorders interview schedule for children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 772-778
- SHORT J. Evaluation of substance use prevention and mental health promotion program for children of divorce. *J Divorce Remarriage* 1998, **28** : 139-155
- TERR LC. Psychic trauma in children : observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 1981, **138** : 14-19
- THAPAR A, MC GUFFIN P. Are anxiety symptoms in childhood heritable ? *J Child Psychol Psychiatry* 1995, **36** : 439-447
- TURNER SM, BEIDEL DC, COSTELLO A. Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 229-235
- VAN IJZENDOORN MH, KROONENBERG PM. Cross-cultural patterns of attachment : a meta-analysis of the strange situation. *Child Devel* 1988, **59** : 147-156
- VILA G, PORCHE LM, MOUREN-SIMÉONI MC. L'enfant victime d'agression. État de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Masson, Paris 1999
- WARNER V, MUFSON L, WEISSMAN MM. Offspring at high and low risk for depression and anxiety : mechanisms of psychiatric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 786-796

WARREN SL, HUSTON L, EGELAND B, SROUFE LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 637-644

WEISSMAN MM, LECKMAN JF, MERIKANGAS KR, GAMMON GD, PRUSOFF BA. Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale Family Study. *Arch Gen Psychiatry* 1984, **41** : 845-852

WEISSMAN MM, FENDRICH M, WARNER V, WICKRAMARATNE P. Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 640-648

WILLIAMS PD, HANSON S, KARLIN R, RIDDER L, LIEBERGEN A et coll. Outcomes of a nursing intervention for siblings of chronically ill children : a pilot study. *J Soc Pediatr Nurs* 1997, **2** : 127-137

YULE W. Posttraumatic stress disorder. In : International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. OLLENDICK TH, KING NJ, YULE W eds, Plenum Press, New York 1994 : 223-240

YULE W, WILLIAMS R. Post-traumatic stress reactions in children. *J Trauma Stress* 1990, **3** : 279-295

3

Prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes

La consommation excessive d'alcool même de façon occasionnelle, peut avoir des effets sociaux, médicaux et personnels néfastes. Comme le confirment les données de prévalence au cours d'une vie ou sur une année, l'alcool est un produit plus consommé et plus valorisé que le tabac, mais il est également un produit plus redouté en raison des accidents et de la violence dont il peut être la cause. Interviennent aussi les facteurs individuels de sensibilité aux effets de l'alcool, comme le sexe ou la corpulence du sujet. Le début de l'alcoolisation est mal connu, car il est rarement perçu comme un rite d'initiation, et le processus d'alcoolisation semble plus complexe et moins « linéaire » que celui du tabagisme. Enfin, de longues périodes d'abstinence peuvent être suivies de consommations occasionnelles et massives « à risque », et les facteurs associés sont le plus souvent liés à la psychopathologie du sujet et/ou de sa famille.

Processus d'alcoolisation

On parle de la consommation occasionnelle, modérée et importante d'alcool, mais aussi de l'intoxication (*binge drinking*) qui peut être à l'origine d'accidents, de violence, de sexualité non protégée... La première consommation peut être très précoce et l'initiation souvent familiale. Une attention particulière est portée à l'impact de l'alcoolisation familiale sur les enfants (FAS : *foetal alcohol symptoms*, violence envers les enfants, enfants comme observateurs de la violence familiale, enfants de parents alcoolodépendants). À la différence du tabac, l'alcool est souvent inclus dans une approche plus globale des conduites à risque de l'adolescent.

Selon Scheier et coll. (1997), il existe plusieurs schémas d'alcoolisation : celui des adolescents « normalement socialisés » et celui des adolescents « à problèmes », caractérisé par une implication plus rapide vers l'alcoolisation excessive. Ces adolescents « à problèmes » font plus souvent partie des « bandes », où la consommation d'alcool est stimulée. Selon ces mêmes auteurs, s'il existe des influences sociales, elles ont été largement surestimées au regard des facteurs intrapsychiques. Pourtant ces facteurs sont importants à

connaître pour expliquer le début de l'alcoolisation ainsi que le passage de la consommation occasionnelle vers la consommation problématique. Ces problèmes psychologiques sont souvent associés à une diminution des compétences, en particulier des compétences scolaires.

Les indicateurs de risque sont multiples et souvent cumulatifs. Une « combinaison type » des facteurs permettant d'expliquer la consommation n'ayant pu être mise en évidence, l'utilité des analyses peut sembler limitée pour ceux qui ont à mettre en place les actions de prévention (Schor, 1996). Toutefois, parmi les indicateurs les plus significatifs, on cite les troubles scolaires précoces et les faibles attentes scolaires des parents et du sujet (Crum et coll., 1998).

Actions de prévention

Les actions de prévention concernent plutôt les risques que la consommation elle-même. Ainsi, elles visent à :

- limiter les risques liés à l'ivresse, en particulier les accidents de la route (*drinking and driving*) (Assailly, 1998), mais aussi les conduites sexuelles à risque (Bailey et coll., 1999) ;
- aider à être conscient de sa propre consommation d'alcool et à avoir une consommation responsable (Gleason Milgram, 1996). Dans cette perspective il ne s'agit donc pas d'interdire la consommation, ce qui paraît impossible, mais de permettre un choix, dont celui de l'abstinence, dans des conditions spécifiques ;
- traiter l'alcoolisation juvénile (Graham, 1996 ; Werch et coll., 1996).

Les actions de prévention des risques d'accidents liés à la conduite en état d'ivresse (*drinking-driving behaviour*) ont été particulièrement développées (Assailly, 1998). Parmi les actions menées, citons la restriction de la disponibilité de l'alcool, l'information par les médias, la formation des professionnels de la nuit (barmen par exemple) à l'identification des signes précoces d'ivresse, l'alcoolémie « zéro » pour les jeunes conducteurs, l'autocontrôle, le couvre-feu, le raccompagnement, le conducteur désigné, l'information des services de bus et de taxis. Certaines actions suscitent la présence des femmes, censées limiter la consommation excessive d'alcool (Norman et coll., 1998).

Un autre type d'actions concerne l'initiation à la consommation d'alcool. Comme pour le tabac, les actions de prévention ont été pendant longtemps limitées à la diffusion d'informations plus ou moins dramatisantes, plus ou moins moralisatrices. Les effets physiques et sociaux néfastes de la consommation excessive d'alcool ont été largement repris, mais on a aussi utilisé des informations sur les attitudes (bonnes et mauvaises) face à l'alcool, les croyances (vraies et fausses), les normes sociales (Schor, 1996). Ultérieurement, les programmes de prévention, majoritairement mis en œuvre en milieu scolaire, ont inclus des informations sur l'ensemble des drogues et les actions

ont été orientées vers le « renforcement des compétences sociales générales ». La famille a rarement été incluse dans ce type d'actions (Schor, 1996).

Peu d'actions portent sur la prévention de toute consommation d'alcool, car la consommation modérée est considérée comme un critère d'intégration sociale. En effet, les jeunes qui boivent modérément, même s'ils sont enfants de parents alcoolodépendants, seraient mieux adaptés socialement que ceux qui adoptent un comportement « extrême », c'est-à-dire sont gros buveurs ou abstinentes (Serrins et coll., 1995). Selon Feldman et coll. (1999) il faut rendre les *substance abuse role models* moins attractifs et travailler sur l'image sociale de l'alcool et de ceux qui en abusent. L'augmentation de la consommation parmi les enfants de classes moyennes montre que cette image est plutôt séduisante, donc potentiellement favorisante. Toutefois, des mesures économiques telles que diminuer l'accès à l'alcool en augmentant son prix ou en limitant l'âge légal (Graham, 1996) sont préconisées.

Facteurs d'efficacité des programmes

De même que pour les autres substances psychoactives, le moment et le lieu de l'action de prévention, les acteurs, le type d'intervention constituent d'importants facteurs d'efficacité.

Moment et lieu de l'action

La majorité des actions ont eu lieu auprès de jeunes de 10 à 18 ans (Foxcroft et coll., 1997). Mais à cet âge, les jeunes sont déjà initiés à l'alcool ; l'échec des actions est expliqué par le fait qu'elles arrivent trop tard. Certains auteurs (Haydock, 1998) proposent des interventions très précoces, dès l'école élémentaire, mais sans que l'évaluation ait été faite.

Dans la majorité des cas l'intervention a lieu dans l'école (Foxcroft et coll., 1997). Mais, pour des programmes destinés aux groupes à haut risque, comme les enfants de parents alcoolodépendants par exemple, l'école ne donne pas suffisamment de garanties de confidentialité (Serrins et coll., 1995). D'autres lieux devraient être promus (associations, clubs...) (Gleason Milgram, 1996). La télévision et les médias en général peuvent être considérés comme un canal d'information performant (Assailly, 1998), car ils permettent de modifier les normes sociales (Norman et coll., 1998).

Acteurs de prévention

Les infirmières scolaires seraient des vecteurs positifs d'une action de prévention individuelle de consommation excessive (Werch et coll., 1996). Mais il existe un écart énorme entre les acquis scientifiques et la formation des professionnels (Serrins et coll., 1995). En effet, les acteurs de prévention sont

informés en moyenne 5 à 7 ans après que les chercheurs ont établi des connaissances dans ce champ.

Les professionnels de santé ont un rôle à jouer, en particulier au moment d'un accident ou d'une tentative de suicide (c'est-à-dire aux urgences hospitalières), mais aussi dans une consultation de routine. Il conviendrait de poser systématiquement aux adolescents la question de la consommation d'alcool (Graham, 1996), afin de leur offrir l'opportunité de discuter sur ce problème ou de les diriger vers des structures appropriées.

Plusieurs études montrent que les professionnels de santé, mais aussi de l'éducation, n'ont pas toujours des idées claires et bien étayées sur les dangers de l'alcoolisation. Ainsi, Abel et coll. (1998) montrent qu'il existe une grande variabilité dans l'opinion qu'ont les médecins sur la consommation occasionnelle, modérée et importante. La perception de la dangerosité de l'alcoolisation juvénile est aussi très variable selon le type de professionnels (Sosale et coll., 1999).

La famille est un important vecteur de prévention, et améliorer les relations intra-familiales est aussi un des moyens privilégiés à promouvoir (Schor, 1996). Les relations fortes avec un adulte durant l'enfance ou le fait d'avoir une famille de petite taille à cohésion élevée sont des facteurs de protection importants. Sur les données d'une enquête aux États-Unis auprès de jeunes de 14 à 19 ans et de leur parents, Beck et coll. (1999) étudient le rôle de la connaissance qu'ont les parents de la consommation de leurs enfants dans la prévention. Ces auteurs observent que, dans les familles où les parents exercent une surveillance, sans interdiction, sur les activités des enfants, moins d'adolescents consomment de l'alcool. La famille doit donc être « réellement » impliquée (Loveland-Cherry et coll., 1996), c'est-à-dire au-delà de la participation aux devoirs, comme il est pratiqué actuellement dans les actions de prévention scolaires. Graham (1996) propose aussi d'informer les parents sur l'apprentissage du « bon boire » à la maison.

Parmi les pratiques professionnelles à revoir, l'acceptation par les adultes que les jeunes sont matures et responsables et qu'on peut donc discuter avec eux est un point essentiel (Gleason Milgram, 1996).

Mode d'intervention

Parmi les actions orientées vers la prévention des risques d'accidents liés à l'alcoolisation excessive, la formation des professionnels de nuit à l'identification des signes précoces d'ivresse semble actuellement la plus porteuse d'espoir (Assailly, 1998). D'autres mesures concrètes, comme l'alcoolémie « zéro » pour les jeunes, l'augmentation des prix de l'alcool dans les bars ou l'organisation du raccompagnement, se montrent efficaces. En revanche, les campagnes médiatiques ainsi que l'autocontrôle avant la prise du véhicule n'ont pas donné les résultats escomptés.

Une analyse des actions de prévention primaire évaluées (Foxcroft et coll., 1997) ne permet pas de conclure à l'évidente efficacité d'un programme particulier. En effet, il existe trop peu d'études évaluatives et, parmi celles qui existent, les résultats sont peu concordants ou peu convaincants. Cette analyse montre que des actions ayant la même philosophie sous-jacente, comme l'approche multidimensionnelle de la prévention appelée *Life skill training*, peuvent avoir des effets différents (positifs, nuls, négatifs). Il est donc difficile de conclure à l'effet positif du programme, alors que d'autres facteurs peuvent être en cause, comme la personnalité de l'acteur de prévention et ses capacités à faire passer le message.

Partant du constat que, malgré les nombreuses actions, la consommation d'alcool reste élevée, Gleason Milgram (1996) propose de mieux articuler les actions entre elles et de partir de l'expérience réelle des jeunes. Cet auteur encourage les discussions sur la signification des comportements et sur les comportements alternatifs, et propose de faire confiance aux jeunes et à leur capacité de décision, non seulement à propos de l'alcool mais, à propos de tous les champs de leur vie quotidienne. Il estime aussi qu'il ne faut pas proposer de programme préétabli, mais se baser sur ce que les jeunes savent et vivent.

Les actions devraient être « *gender-specific* » (Wall et coll., 1998), car les modes et les motifs de boire ne sont pas identiques pour les filles, qui veulent « assurer » tout court, et les garçons, qui veulent « assurer sexuellement ». Ces attentes vis-à-vis de l'alcool doivent être corrigées si on veut modifier la consommation d'alcool.

Les actions menées auprès de groupes à risque s'avèrent plus efficaces que les actions auprès de publics hétérogènes. Ainsi, des interventions ciblées sur des élèves à haut risque de « décrochage scolaire », tel le « *semester-long interpersonal relations class* » rapporté par Crum et coll. (1998), ont montré une bonne efficacité.

Les interventions brèves et collectives sont à favoriser. Selon Black et Coster (1996), les jeunes redoutent les interventions qui s'étalent sur une trop longue période ou qui incluent, dès le départ, une prise en charge individuelle. Par conséquent, ces auteurs proposent de procéder par étapes. On démarre, par exemple, avec une brochure contenant des informations générales, puis, ultérieurement, quand les adolescents ont pris conscience de leurs problèmes avec l'alcool, des contacts individuels avec un intervenant en santé sont proposées.

Dans une perspective plus globale de la prévention des consommations de substances psychoactives, des programmes comme le *Life skill training* ont été mis en place pour apprendre aux jeunes à communiquer, à résoudre les conflits interpersonnels et à faire face aux difficultés de la vie quotidienne (Hansen, 1992). Citons les programmes de gestion du stress qui apprennent à faire face à des situations psychologiquement difficiles par des techniques de relaxation ou des jeux de rôle, ou les programmes sur l'estime de soi qui ont pour but

d'accroître la croyance dans sa propre valeur par des techniques de discussions ou de sketches.

Dans ce domaine de prévention, rien ne permet d'affirmer que la précocité des programmes augmente leur efficacité (Resnicow et Botvin, 1993). Comme l'âge du début de consommation est différent selon les produits, les actions de prévention doivent commencer à des âges différents selon les produits (Dewit et coll., 1997). L'âge optimum reconnu se situe entre 12 et 14 ans (grades 6-8) et 10 à 60 sessions sont nécessaires. Le meilleur programme (*Life skills training*) comporte 15 sessions la première année, 10 la seconde et 8 la troisième (Dusenbury et coll., 1997). Pour les raisons déjà évoquées, l'école est le lieu le plus adapté (Dusenbury et coll., 1997).

Actions de prévention en France

Il existe un énorme contraste entre les articles portant sur les actions de prévention dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Royaume-Uni, Scandinavie) et les documents en langue française, par ailleurs peu nombreux et rarement publiés dans des revues scientifiques. Des efforts réels ont été entrepris pour mieux formaliser les actions (Bachman et Karsenti, 1996), mais le manque de bases scientifiques de ces actions et l'absence d'évaluation restent les deux points noirs.

En France, les actions de prévention ne sont qu'exceptionnellement basées sur des données scientifiques (la majorité des projets d'action ne comportent pas de bibliographie, par exemple) ou sur la situation réelle des jeunes (Corbiveau, 1994), et ce malgré les nombreuses études publiées concernant la consommation des jeunes (Choquet et Ledoux, 1994 ; Baudier et coll., 1997 ; Ballion, 1999 ; de Peretti et Leselbaum, 1999). Ainsi, il existe un profond clivage entre les équipes de recherche qui produisent des données socio-épidémiologiques et les acteurs et décideurs de l'éducation pour la santé qui mettent en place les actions de prévention. Ce clivage a tendance à s'accroître en raison de la fragmentation à la fois des recherches et des processus décisionnels. Diverses institutions fournissent des résultats d'enquêtes, et ce de façon souvent peu cohérente. Par ailleurs, les décisions prises au niveau national ne sont pas toujours adaptées aux perceptions et sensibilités locales.

La plupart des actions partent de constats « impressionnistes » et qualitatifs s'appuyant sur des faits divers, des opinions, des craintes... À titre d'exemple, on peut citer la liste des constats précédant la mise en place des « Points d'accueil et d'écoute » par le Ministère de la Santé et de la Solidarité, et dont certains, comme « l'émergence d'un phénomène inédit d'angoisse » ou « les ruptures familiales et sociales chez les adolescents et les jeunes majeurs », ne reflètent que peu la réalité mesurée par les enquêtes. En effet, les enquêtes montrent que le phénomène d'angoisse est en faible augmentation et que les

jeunes habitent de plus en plus longtemps chez leurs parents, signe d'une prise en charge familiale des problèmes de chômage juvénile.

La diversité des acteurs va orienter, de façon indépendante, la diversité des actions : les enseignants vont plutôt promouvoir les actions d'information, les professionnels de santé les actions d'écoute, les travailleurs sociaux le travail auprès des jeunes exclus, les représentants de l'ordre vont montrer les produits, sans que la mise en commun ou la capitalisation des actions soit systématiquement envisagée.

De plus, la plupart des actions proposées partent de l'hypothèse sous-jacente que les individus (jeunes, parents) sont incompetents (Bouchet, 1998) et qu'il faut leur apprendre comment faire. Cette méconnaissance des compétences (les savoirs, savoir-faire, savoir-être des individus et de leur famille), même si elles ne correspondent pas à ce qu'il « convient » de faire, est source de tension et peut mener à une surdité des populations cibles. Il arrive que le point de départ d'une action de prévention en matière de toxicomanie soit très idéologique : par exemple l'interdiction juridique de la drogue est parfois le seul argument avancé pour justifier l'action (Despin, 1994).

L'expression « programme de prévention » suscite une aversion de beaucoup d'acteurs ; on lui préfère « action de prévention ». Mais derrière la différence des mots se profilent des différences de mise en œuvre. En effet, à partir des articles français sur ce thème, souvent vagues quant à l'objectif (diminuer la consommation), vagues quant aux moyens (emploi de termes tels que « mise en place d'un réseau », « formation », « sensibilisation », « lieux d'écoute »), il est difficile d'avoir une idée exacte de l'action menée. Quant aux évaluations, elles sont souvent absentes ou, ici encore, « impressionnistes ». Le contenu des documents, à l'adresse des intervenants, qui accompagnent les actions (de formation, de sensibilisation) est souvent très flou, peu étayé, parfois incompréhensible pour un acteur « moyen ».

L'évaluation est rarement prévue au départ des actions, rarement mise en place après, ou se limite à des indicateurs peu pertinents (taux de participation des jeunes, par exemple) ou imprécis (« les jeunes sont de plus en plus partenaires », « amélioration de la communication »...). L'évaluation qualitative prime sur l'évaluation quantitative (Jacob et coll., 1999). L'évaluation externe, c'est-à-dire faite par un organisme qui n'est pas partie prenante de l'action, est exceptionnelle.

En France, comme ailleurs, on est passé d'une prévention de toute consommation de produits psychoactifs vers une prévention des risques liés à la consommation abusive, mais force est de constater que la place des produits a parfois complètement disparu, au bénéfice d'une approche préventive plus globale des « conduites à risque » (suicide, accidents, absentéisme, violence...). Alors que les auteurs étrangers, dans un souci pragmatique, proposent d'ancrer les actions de prévention aux processus de consommation tels qu'ils se présentent dans leurs diversités chez les adolescents.

Les actions de prévention sont centrées sur une approche globale, favorisant la prévention d'une dépendance et non la consommation d'un produit. Ce virage par rapport aux politiques antérieures n'est pas sans poser des problèmes pratiques. D'abord, les jeunes sont rarement dépendants aux produits (Arènes et coll., 1998) et peuvent donc estimer que la prévention des dépendances ne les concerne pas dans le présent. Ensuite, le modèle de consommation diffère d'un produit à l'autre (Espad, 2000), car chaque produit a une valeur sociale et culturelle spécifique, rendant ainsi le discours « global » sans effet.

Il est intéressant de noter que les préconisations de certains auteurs français vont à l'encontre de ce que montrent les études, la plupart anglo-saxonnes. Ainsi, parmi les stratégies de prévention proposées (Menetrey, 1997) figurent l'information par le dialogue, la clarification des valeurs, alors que, comme il a été déjà mentionné, les études publiées dans les revues internationales sont critiques sur ces méthodes. Certains auteurs (Girard, 1997) préconisent d'individualiser les actions en prévention primaire, alors que les évaluations publiées concluent que les approches collectives sont supérieures aux approches individuelles en matière de prévention et la mise à l'écart des parents, alors que les études montrent l'intérêt de leur participation. Bien que des études évaluatives publiées mettent en garde contre les interventions de la police dans les établissements scolaires, ce mode d'intervention est encore très répandu en France.

Si on étudie de près l'évaluation de douze actions menées en France en milieu scolaire (Bachman et Karsenti, 1996), on note de multiples contradictions entre les pratiques de prévention et les conclusions des études évaluatives publiées dans les revues internationales. Ainsi, sur les douze actions : deux seulement ont une forte implication des élèves, pourtant jugée essentielle ; sept abordent les aspects psychologiques, émotionnels, affectifs et comportementaux, pourtant jugés indispensables ; une seule comporte des références bibliographiques justifiant le mode d'action ; aucune n'a été expertisée. Toutefois, toujours selon cette même analyse (Bachman et Karsenti, 1996), les actions de prévention menées comportent des aspects universellement reconnus comme très favorables à la qualité et à l'efficacité des actions, à savoir : un fort ancrage communautaire (multiples partenariats) ; une forte implication des divers acteurs de l'école (pas uniquement les enseignants, mais aussi l'équipe de direction, le conseiller principal d'éducation ou CPE), apportant des garanties sur le bon déroulement de l'action ; le désir d'impliquer les parents ; le désir d'améliorer la vie dans l'établissement.

Dispositifs français spécialisés

En France, comme ailleurs, les actions en milieu scolaire sont nombreuses et très diversifiées. Quelques actions originales méritent d'être soulignées, actions soit en direction des populations scolaires, comme la mise en place des

Comités d'environnement social, soit en direction des jeunes non scolarisés, comme les interventions ciblées sur les jeunes en errance et la mise en place des « Points écoute jeunes ».

Comité d'environnement social et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Les Comités d'environnement social (CES) ont été instaurés en 1990 (MEN, 1990a et b) en tant que dispositif de mobilisation des ressources ayant pour objectif de détecter et de prévenir la toxicomanie dans les établissements scolaires, sans isoler cette conduite de l'ensemble des conduites déviantes (en particulier de la violence) et des difficultés des adolescents. Le champ des compétences de ce dispositif a été élargi en 1993 vers une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes (MEN, 1993). Les enquêtes de Choquet et Ledoux (1994) ont justifié cette « approche globale, car les troubles et conduites des jeunes ne peuvent être isolés de l'expérience scolaire ». Une mobilisation collective a permis de remplacer les multiples structures existantes par un dispositif unique, le ces, devenu ultérieurement Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC).

L'évaluation de ce dispositif effectuée en 1997 (Ballion, 1998) en montre les avantages (projet permettant la mobilisation des équipes et la mise en place d'actions, avec financements de la Mildt) et les inconvénients (absence d'analyse des besoins, faible capacité d'action des établissements, faible implication des acteurs, difficultés liées au partenariat). Toutefois, selon l'auteur de l'évaluation, une « dynamique d'amélioration a été enclenchée ».

En effet :

- 57 % des établissements sollicités (287 sur 500 collèges et lycées recensés comme ayant un CES) ont spontanément répondu à l'enquête, ce qui est un signe d'intérêt pour le dispositif ;
- 60 % de ces établissements ont un ces depuis plus de 2 ans, ce qui signifie qu'une pérennité s'est installée ;
- 80 % des ces comptent une équipe multidisciplinaire d'au moins 10 personnes, dont, outre le chef d'établissement obligatoirement président du CES, un CPE (88 %), des enseignants (91 %), une infirmière scolaire (86 %), une assistante sociale scolaire (85 %), un médecin scolaire (76 %), des parents (73 %), des représentants de la mairie (63 %), des représentants de la police ou la gendarmerie (56 %), des représentants d'associations de prévention (51 %) ;

la majorité des membres de l'équipe est fortement impliquée (70 % des travailleurs sociaux, 71 % des infirmières, 68 % des personnels d'éducation.

Les problèmes traités sont divers, avec en priorité et par ordre d'importance : les problèmes liés à la sexualité, la violence, la consommation de drogues illicites, le tabagisme, l'absentéisme, l'échec scolaire.

Restent les points faibles suivants :

- un manque de soutien des acteurs de la part de l'Éducation nationale (au niveau national ou local) : pour la conception des actions (78 % des acteurs ne se sentent pas soutenus), dans la mise en place du partenariat (85 %), dans la formation ou l'apport d'experts (87 %), dans l'évaluation (85 %) ;
- un partenariat insuffisant avec d'autres établissements scolaires (29 %) ainsi qu'avec les institutions (ou associations) qui prennent en charge les jeunes en grande difficulté comme les missions locales : 15 % des ces ont des représentants des missions locales ou des PAIO (points d'accueil, d'information et d'orientation), 6 % des représentants du monde économique, 24 % des représentants d'associations de soutien scolaire, 24 % des représentants d'associations sportives ;
- un manque d'implication des parents : malgré la forte présence des parents dans les ces, seulement 27 % des parents et 19 % des élèves s'y impliquent fortement.

Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques (ESPAD, 2000) montrent une augmentation importante de la consommation de tabac et de cannabis entre 1993 et 1999. Les dispositifs mis en place n'ont donc pas permis d'enrayer la progression des conduites à risque, et une évaluation globale des politiques publiques s'impose.

Dans son récent rapport, Baeumler (2002) confirme la volonté du Ministère de l'Éducation nationale de faire des CESC un dispositif privilégié de prévention, confortant ainsi l'approche globale de la santé des jeunes (incluant aussi, outre les violences, les incivilités et les pratiques à risque, qu'elles aient lieu dans ou hors de l'établissement scolaire). Il regrette la faible participation des élèves, des parents et des enseignants, et rappelle des notions essentielles telles que « partage des responsabilités », « partenariat », « formation ». La nécessité pour l'école de garder la maîtrise de l'éducation à la santé et de la prévention est un des points forts de ce rapport, tout comme le besoin d'évaluation.

Interventions auprès des jeunes en errance

Les cemea (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) constituent un réseau de formation, d'organisation et d'animation des centres de vacances qui, depuis fin 1990, s'est investi dans les réflexions et les actions sur des questions d'enfance et de jeunesse. Le festival du « Printemps de Bourges » a été l'occasion d'intervenir plusieurs années de suite auprès des jeunes en grande difficulté et une analyse qualitative de ces interventions (Chobeaux, 1994) a été réalisée. Cette manifestation draine de nombreux jeunes en errance et pourtant, point de départ de ces actions, les travailleurs sociaux et les éducateurs y sont peu présents. Le but était d'établir des liens directs avec ces jeunes dans l'espace du festival, en leur proposant une écoute, un échange sincère d'égal à égal et un soutien (santé, conduites à risque). Sans précision sur les modalités d'intervention, cette étude met en évidence les caractéristiques de la population rencontrée : population à dominante rurale ou de petites villes de province, masculine (85 %), issue de familles modestes. Tous ces

jeunes ont « une image conflictuelle du couple parental où le rôle de celui qui ne comprend rien, ni personne, est systématiquement dévolu au père ». Le départ en errance a eu lieu un jour de conflit parental, sur un fond de cumul de difficultés sociales, scolaires, relationnelles et comportementales, dont la consommation de drogues.

L'étude pointe les lacunes d'une prévention primaire sur une population plutôt rurale (pas ou peu de contacts avec les professionnels de santé, pas ou peu de contacts avec le milieu associatif) et peu investie par les politiques publiques (la « politique de la ville » concerne essentiellement les jeunes des zones urbaines dites « sensibles »), et la nécessité d'intervenir sur des signes d'alerte précoces (décrochage scolaire, fugue, conflits familiaux chroniques, consommation de toxiques).

Sans qu'une évaluation au sens strict ait été faite, cette étude montre la diversité de ce public, ses besoins d'intervention et la nécessité de démultiplier les points de rencontre avec les travailleurs sociaux pour cette population foncièrement peu sédentaire.

Points d'accueil et d'écoute jeunes

Le but des points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) est de s'inscrire dans une démarche préventive et de permettre aux jeunes une « mise en parole » de leurs difficultés auprès de personnes ressources (soignants, éducateurs, psychologues, représentants des organismes chargés de l'emploi...). La mise en place de ces dispositifs a fait l'objet de deux circulaires : la première, du Ministère du Travail et des Affaires sociales (DAS, 1996), qui cible plus particulièrement les publics marginalisés et les adolescents en rupture ; la seconde, du Ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration (DAS, 1997), qui intègre les familles et parle des jeunes démunis sur le plan social et familial et de l'engagement dans des consommations de produits (Jacob et coll., 1999).

Il existe 70 PAEJ financés par les DDASS, en plus des points d'écoute financés dans d'autres cadres (Éducation nationale, Conseil communal de la prévention de la délinquance ou CCPD, Conseil général...), dont on ne connaît pas le nombre exact. Ce qui frappe, c'est leur diversité, tant au niveau de leur financement (instances nationales, collectivités territoriales, établissements scolaires et extra-scolaires), que de leur champ d'intervention (soit généralistes voulant aborder le « mal-être des jeunes », soit plus ciblées autour de la toxicomanie, l'alcoolisme, la désinsertion sociale et scolaire), et que de leurs intervenants et modes d'intervention. Les évaluations disponibles datent toutes de 1999 et analysent, selon les cas, une (Poggi, 1999), cinq (Guénif et Mélas, 1999), dix (AREPS-IDES/ORSAS Lorraine, 1999) ou quarante (Jacob et coll., 1999) structures.

Commanditée par la Direction de l'action sociale (DAS), l'évaluation qualitative d'une structure « point écoute » développée à Toulon est rapportée par Poggi (1999). L'objectif central de cette structure est d'offrir à tous les jeunes

(de 10 à 25 ans) de la ville, ainsi qu'à leurs familles, un espace d'accueil et d'écoute, de médiation, d'information, d'orientation et d'accompagnement. Une analyse détaillée permet à l'auteur de résumer les principaux effets sur les jeunes, qui y trouvent un réconfort, se sentent considérés en tant que personnes et sont réceptifs aux conseils et aux orientations donnés par les personnes ressources, sont soutenus par rapport à leurs difficultés au sein de la famille grâce aux médiations familiales qui restaurent le dialogue parents-enfants. L'auteur conclut que ce dispositif se situe en plein cœur de la prévention primaire : restauration des parents dans leur rôle éducatif et stimulation des jeunes à s'appuyer sur les aspects positifs de leur personnalité.

Également commandité par la DAS, le rapport de Guénif et Melas (1999) présente cinq structures, toutes généralistes, et en fait une analyse transversale. Le public, connu dans 4 cas sur 5, est très diversifié et à prédominance féminine. Les auteurs décrivent ces jeunes comme présentant « à plus d'un titre une figure de marginalité ». Les structures s'accordent pour travailler sur la globalité, ce qui soulève des interrogations : Que recouvre ce concept ? Qu'apporte-t-il de nouveau ? Quelles compétences sont nécessaires pour « tout entendre » ? Que faire de la parole des jeunes ? Les auteurs évoquent la polysémie des notions d'accueil et d'écoute : écoute-orientation, où le point d'accueil joue le rôle de sas ; écoute à visée psychothérapeutique ; écoute ayant fonction de subsidiarité pour combler le manque d'écoute des autres. Bien que l'importance de la prise en compte de la dimension familiale soit reconnue, il existe une difficulté récurrente à penser le travail en direction de la famille (concurrence ressentie entre l'écouter et la famille ? attitude stigmatisante des travailleurs sociaux ? inexpérience des intervenants en la matière ?) que les équipes vivent comme une défaillance de leur dispositif. Les PAEJ sont confrontés de manière cruciale à la question de nombreuses formes de mixité, tant des publics accueillis (genre, origine sociale et nationale : « la hiérarchie sociale épouse la hiérarchie ethnique des publics ») que des identités professionnelles et sociales des intervenants (militantisme *versus* professionnalisme, ethnicisation des compétences...). Les auteurs pointent certains freins au développement des PAEJ : une logique militante et son côté contre-productif et paralysant, une logique de surexposition qui fragilise les professionnels, la difficulté à faire vivre le réseau, la confusion entre le PAEJ et la structure porteuse, l'incertitude concernant les sources de financement... Ils évoquent également certains écueils à éviter : rendre artificiellement les situations trop complexes, c'est-à-dire savoir répondre simplement à une question posée ; perdre de vue l'essentiel, qui est de réduire la souffrance des jeunes, à force de regarder du côté de l'articulation entre l'institution et les opérateurs périphériques ; devenir le lieu de facilité des adresseurs, qui ne savent comment aborder les jeunes en difficulté ; contredire la pérennité souhaitée des interventions en laissant s'installer la précarisation des intervenants.

62 L'étude AREPS-IDES/ORSAS-Lorraine (1999) établit les monographies de dix structures prises dans neuf départements et en fait l'analyse. Deux d'entre

elles ont été ouvertes pour la prévention des toxicomanies, les huit autres ont une approche généraliste. L'âge du public « jeune » varie entre 10 et 30 ans, mais la notion fluctue d'une structure à l'autre (plutôt jeunes adultes ou plutôt populations lycéennes). Dans la majorité des cas, le public est féminin, mais ici encore il existe une diversité. Notons que la moitié des structures n'a pas d'outil d'enregistrement systématique et que le mode de comptage est hétérogène (confusion entre le nombre de passages et le nombre de personnes). Les difficultés d'ordre familial et d'ordres affectif et sexuel sont les premiers motifs de consultation. Les actions sont diversifiées : accueil, écoute, service. Les adultes y interviennent comme des médiateurs (échanges, recherches de compromis, propositions d'orientation) dans les relations entre les jeunes et leur environnement (famille, police, école, santé). Aucune donnée n'existe sur les modalités d'intervention et le devenir des jeunes qui ont fréquenté les points écoute.

Dans le rapport rendu par Jacob et coll. (1999), une quarantaine de points écoute jeunes et/ou parents, tous créés dans le cadre de la circulaire de 1997, sont analysés. Les auteurs dégagent les lignes de force du dispositif, à savoir : une capacité d'action non médicalisée sur les problématiques de l'adolescence et plus particulièrement sur les perturbations de la relation parents-adolescents ; une capacité d'action auprès des personnes éloignées des institutions et services d'aide, de prévention et de soins ; la compétence à traiter des conduites à risque, quel que soit le degré d'implication des publics dans la consommation de produits psychoactifs ; la forte insertion dans une dynamique partenariale et plus généralement dans une dynamique locale, qui rend possibles les actions engagées ; une diversité des méthodes de travail qui, à partir d'un tronc commun de principes renvoyant aux conditions d'une prévention de proximité, fait ressortir plusieurs « familles » de points écoute (clinique, double écoute psychosociale, communautaire, éducative), la famille « éducative » étant celle qui, par la pratique de l'écoute active, doit faciliter l'engagement des personnes dans un processus où elles deviennent les « acteurs » de leur protection. Selon les auteurs, ce qui ressort de l'évaluation qu'ils ont conduite est que, pour la plupart des points écoute, l'expérience acquise et la confrontation au public conduisent assez vite à développer des combinaisons et orientations relatives à l'écoute (clinique/communautaire, psychosocial/éducatif, clinique/éducatif, communautaire/éducatif...). La recherche d'une forme nouvelle à l'entrecroisement de ces orientations paraît la plus intéressante.

Politique de la Mildt

Initialement, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), créée en 1982, était essentiellement orientée vers la prévention et la répression de l'usage des drogues illicites. De 1999 à 2002, elle a repositionné sa politique en matière de prévention des conduites de consommation à partir de plusieurs constats : la diversité des connaissances, des

pratiques et des messages ; la nécessité d'une approche globale de la prévention (Parquet, 1998) et des mécanismes de dépendances (Roques, 1999) ; le besoin d'une politique nationale et cohérente. Depuis 2002, une réorientation est en cours d'élaboration.

En conclusion, l'analyse des travaux publiés met en évidence la nécessité d'orienter les actions vers la prévention du passage de la consommation occasionnelle à une consommation plus régulière, vers la prévention des risques liés à une consommation excessive (comme l'ivresse), et vers la promotion du bien-être psychologique des adolescents comme moyen de prévention de toute consommation. L'apport de connaissances ne peut en aucun cas constituer le seul mode d'action. La prise en compte de l'expérience des jeunes en fonction de l'âge et du sexe et la participation active de la famille restent deux points forts à développer. La formation des acteurs (enseignants, médecins, infirmières...) est un préalable indispensable aux actions.

Si l'approche globale de la consommation de produits psychoactifs s'avère aujourd'hui une priorité en France, force est de constater que la majorité des actions de prévention ainsi que des évaluations publiées dans la littérature internationale reste centrée sur un produit particulier. Comme le processus d'initiation et de consommation ainsi que les risques associés diffèrent d'un produit à l'autre, l'approche globale constitue une démarche qu'il convient de mieux expliciter, formaliser, expérimenter et évaluer. Des recherches dans ce sens s'avèrent donc indispensables si on veut asseoir cette approche.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL EL, KRUGER ML, FRIEDL J. How do physicians define « light », « moderate » and « heavy » drinking ? *Alcohol Clin Exp Res* 1998, **22** : 979-984

ARÈNES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 97/98. Éditions CFES Vanves, 1998 : 328 p

AREPS-IDES/ORSAS-LORRAINE. Évaluation de points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport 1999 : 54 p

ASSAILLY JP. « Boire ou conduire ». Prévention chez les jeunes. *Alcoologie* 1998, **20** : 65-71

BACHMANN C, KARSENTI M. Prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Dossier thématique du Centre Alain Savary. Éditions INRP, Paris 1996 : 144 p

BAEUMLER JP. L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Rapport présenté au Premier ministre, Paris 2002 : 116 p

BAILEY SL, POLLOCK NK, MARTIN CS, LYNCH KG. Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *J Adolesc Health* 1999, **25** : 179-181

BALLION R. Les comités d'environnement social. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1998 : 130 p

BALLION R. Les conduites déviantes des lycéens. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1999 : 266 p

BAUDIER F, DRESSEN C, ARÈNES J. Baromètre santé jeunes 94. Éditions CFES Vanves, 1997 : 148 p

BECK KH, SHATTUCK T, HAYNIE D, CRUMP AD, SIMONS-MORTON BG. Associations between parent awareness, monitoring, enforcement and adolescent involvement with alcohol. *Health Educ Res* 1999, **14** : 765-775

BLACK DR, COSTER DC. Interest in a Stepped Approach Model (SAM) : identification of recruitment strategies for university alcohol programs. *Health Educ Q* 1996, **23** : 98-114

BOUCHET C. L'alcoolisation des jeunes, problèmes, perspectives. Représentations, propositions, stratégies d'acteurs. Une étude en Rhône-Alpes (CRAES), 1998 : 25 p

CHOBEAUX F. Jeunes en errance et hébergements festivaliers. Rapport Cemea, 1994 : 65 p

CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents - Enquête nationale. Éditions Inserm, Paris, 1994 : 346 p

CORBINEAU A. Description et analyse critique d'un projet de prévention des conduites d'alcoolisation auprès d'adolescents (réalisé dans un collège des Hauts de Seine en 92-93). Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris - XII – CHU St-Antoine 1994 : 27 p

CRUM RM, ENSMINGER ME, RO MJ, MCCORD J. The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism : a twenty-five-year prospective study of inner-city children. *J Stud Alcohol* 1998, **59** : 318-326

DAS (Direction de l'action sociale). Mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans. Circulaire DAS/BAG n° 96-378 du 14 juin 1996. *Bull Off Aff Soc* 1996, **28**

DAS (Direction de l'action sociale). Mise en place de points écoute jeunes et/ou parents financés sur le chapitre 47-15 (article 20). Circulaire DAS/DSF1 n° 97-280 du 20 avril 1997. *Bull Off Aff Soc* 1997, **17**

DE PERETTI C, LESELBAUM N. Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions. Rapport INRP-Paris X, 1999 : 170 p

DESPIN D. Restructuration d'un projet de prévention toxicomanie. Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris - XII – CHU St-Antoine 1994 : 27 p

DEWIT DJ, OFFORD DR, WONG M. Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of the life course. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 746-758

DUSENBURY L, FALCO M, LAKE A. A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health* 1997, **67** : 127-132

ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs). Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête Espad 1999, évolution 1993-1999. *Tendances* (OFDT) 2000, **6** : 1-6

FELDMAN L, HARVEY B, HOLOWATY P, SHORTT L. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *J Adolesc Health* 1999, **24** : 48-58

FOXCROFT DR, LISTER-SHARP D, LOWE G. Alcohol misuse prevention for young people : a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997, **92** : 531-537

GIRARD M. Consommation et abus de drogues chez les adolescents : guide pratique à l'usage du personnel scolaire. *Prisme* 1997, **7** : 544-568

GLEASON MILGRAM G. Responsible decision making regarding alcohol : a re-emerging prevention/education strategy for the 1990s. *J Drug Educ* 1996, **26** : 357-365

GRAHAM P. Alcohol and the young. *Arch Dis Child* 1996, **75** : 361-363

GUENIF N, MELAS L. Maux à mots adolescents, les points d'accueil et d'écoute jeunes à l'épreuve de l'usage : maturité ou mirage. Évaluation des points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport « Interférences » pour la Direction de l'action sociale, 1999 : 87 p

HANSEN WB. School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res* 1992, **7** : 403-430

HAYDOCK A. Alcohol education in primary schools. *Nurs Stand* 1998, **13** : 43-46

JACOB E, JOUBERT M, TOUZE S. Évaluation des points écoute jeunes et/ou parents créés à partir de la circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997 - Rapport final. RESSCOM, 1999 : 324 p

LOVELAND-CHERRY CJ, LEECH S, LAETZ VB, DIELMAN TE. Correlates of alcohol use and misuse in fourth-grade children : psychosocial, peer, parental, and family factors. *Health Educ Q* 1996, **23** : 497-511

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social. Lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990a, **42**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des toxicomanies et des conduites à risque. Lettre du 22 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990b, **42**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Développement des Comités d'environnement social. Lettre du 25 février 1993 et circulaire n° 93-137 du 25 février 1993. *Bull Off Educ Nat* 1993, **10**

MENETREY AC. L'alcool, le tabac, des drogues légales toujours bien présentes. In : La santé des adolescents : approches, soins, prévention. Fondation de France, Payot-Lausanne, Doin-Paris, Les Presses universitaires de Montréal, 1997 : 387-395

NORMAN P, BENNETT P, LEWIS H. Understanding binge drinking among young people : an application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Educ Res* 1998, **13** : 163-169

PARQUET PJ. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Editions CFES, Vanves 1998 : 107 p

POGGI D. Le point jeunes à Toulon : un accueil multidimensionnel. Évaluation monographique. Rapport de Vérès – Consultants pour la Direction de l'action sociale, 1999 : 45 p

RESNICOW K, BOTVIN G. School-based substance use prevention programs : why do effects decay ? *Prev Med* 1993, **22** : 484-490

SCHEIER LM, BOTVIN GJ, BAKER E. Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use : a prospective analysis. *J Stud Alcohol* 1997, **58** : 652-667

SCHOR EL. Adolescent alcohol use : social determinants and the case for early family-centered prevention. Family-focused prevention of adolescent drinking. *Bull NY Acad Med* 1996, **73** : 335-356

SERRINS DS, EDMUNDSON EW, LAFLIN M. Implications for the alcohol/drug education specialist working with children of alcoholics : a review of the literature from 1988 to 1992. *J Drug Educ* 1995, **25** : 171-190

SOSALE S, FINNEGAN JR, SCHMID L, PERRY C, WOLFSON M. Adolescent alcohol use and the community health agenda : a study of leaders' perceptions in 28 small towns. *Health Educ Res* 1999, **14** : 7-14

WALL AM, HINSON RE, MCKEE SA. Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *J Stud Alcohol* 1998, **59** : 409-419

WERCH CE, CARLSON JM, PAPPAS DM, DICLEMENTE CC. Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *J Sch Health* 1996, **66** : 335-338

4

Programmes de prévention et modes d'évaluation

La littérature présentant les résultats des programmes d'éducation pour la santé est abondante et hétérogène. De nombreuses études ne montrent aucun effet des programmes, en particulier en termes de changement de comportements. Cet échec à obtenir l'effet souhaité par des programmes a conduit certains théoriciens à conclure qu'il fallait élargir le cadre de réflexion de l'éducation pour la santé, considéré comme trop étroit et donc inefficace, à celui de la « promotion de la santé », qui replace le comportement de santé de l'individu dans son contexte social et politique. C'est ainsi que des programmes ont été conçus à l'échelle de l'école, du quartier, de la ville ou de la région (Puska et coll., 1995).

Dans l'analyse de l'échec de nombreux programmes à obtenir un changement, on peut également considérer que l'approche éducative et/ou son évaluation étaient mal conçues. En effet, les approches éducatives initiales étaient souvent naïves et reposaient sur des modèles explicatifs des comportements assez frustes, voire erronés, non renseignés par les théories existantes. Ainsi, la théorie du déficit d'information comme raison du comportement à risque a été le seul fondement des premiers programmes. Quant aux méthodes d'évaluation, elles étaient inadaptées et la puissance statistique souvent insuffisante pour détecter des changements. Or, il ne faut pas confondre la conclusion « aucune différence n'a pu être observée entre ceux qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié » avec « le programme n'est pas efficace ».

L'amélioration des méthodes d'intervention éducative et des techniques d'évaluation, en particulier par les équipes de recherche nord-américaines, mais aussi scandinaves ou hollandaises, a permis de mettre en évidence certains succès (Kirby, 1999). Ceci est probablement lié aux contextes nationaux de l'organisation des structures scientifiques. Dans ces pays, il existe en général des pôles universitaires de psychologie sociale cognitive faisant suite à l'école de psychologie comportementale et des pôles universitaires de santé publique intéressés par les comportements de santé. On constate que la présence dans un pays d'une école de sciences sociales essentiellement pragmatique favorise le développement d'une recherche en éducation pour la santé.

Modes d'évaluations : quantitatif/qualitatif

Deux concepts coexistent en matière d'évaluation des interventions en éducation pour la santé ; chacun se justifie par le type d'approche utilisé dans les programmes (tableau 4.1).

Les tenants d'une première école, se référant à l'approche « épidémiologiste », mesurent l'atteinte d'objectifs préalablement fixés pour une population donnée (augmenter le taux de non-fumeurs dans un public scolaire par exemple). Ceux d'une deuxième école, se référant aux approches « communautaires », souhaitent que les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les

Tableau 4.1 : Principaux traits des évaluations en fonction du type de programme mis en œuvre

	Approche dominante des programmes	
	Traditionnelle positiviste : éducation pour la santé	Postmoderne : promotion de la santé
Actions/interventions		
Définition des objectifs	par les expérimentateurs	par la population concernée par le programme
Types d'objectifs	inciter et aider à adopter des comportements favorables à la santé	provoquer des changements organisationnels (mouvement social et/ou citoyen) et environnementaux favorables à la santé
Conception	par les experts/expérimentateurs à partir de théories explicatives	par la population concernée par le programme
Évaluations		
Objectifs	mesure des effets du programme : amélioration des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements de santé	examen du processus de déroulement du programme : suivi et vécu des étapes
Approche dominante	quantitative : mesure d'indicateurs	qualitative : analyse des phénomènes et des ressentis vécus par la population
Méthodologie	protocole expérimental : groupe(s) de comparaison et tirage au sort (situation idéale)	interviews individuelles et réunions de groupes avec les intervenants et la population
Point de vue épistémologique	approche expérimentale : efficacité scientifiquement déterminée	approche développementale : efficacité démocratiquement déterminée (Tones, 2000)
Positions éthiques	acceptation de l'idée de l'expérimentation dans le domaine des sciences sociales et éducatives à la condition que les individus y consentent après avoir été informés	refus d'utiliser les individus et les groupes sociaux comme des objets d'expérimentation dans le domaine des sciences sociales et éducatives

atteindre, voire les méthodes d'évaluation, soient déterminés par la population elle-même, empêchant *ipso facto* tout protocole d'intervention ou d'évaluation préalablement défini.

La première école d'évaluateurs utilise la méthode expérimentale, qui consiste à comparer l'évolution d'une population ayant bénéficié d'un programme éducatif à celle d'une population n'en ayant pas bénéficié ou ayant bénéficié d'un programme alternatif. La seconde école d'évaluateurs propose de mettre l'accent sur l'évaluation de processus, c'est-à-dire du pilotage fin des actions réalisées, en particulier par des évaluations qualitatives permettant non pas de mesurer un changement mais de comprendre comment le programme a été appliqué, compris, vécu, accepté. Pour simplifier, on peut dire que la première école défend donc une efficacité scientifiquement déterminée à partir d'indicateurs quantitatifs, et la seconde une efficacité démocratiquement déterminée, c'est-à-dire par un jury comprenant financeurs, population, intervenants et experts (Tones, 2000).

Cette situation génère deux types de littérature. Dans un cas, les auteurs décrivent les effets de programmes spécifiques d'éducation pour la santé en adoptant les critères traditionnels de la littérature scientifique expérimentale, en particulier le plan : introduction, méthodes, résultats et discussion (IMRAD en anglais et IMRED en français) (Arwidson et Lavielle, 1998). Dans l'autre cas, les comptes-rendus d'actions sont extrêmement rares, entre autres parce que les intervenants impliqués dans les très nombreuses microactions faites dans cette philosophie ne sont pas formés ou motivés à publier ; il s'agit davantage d'une littérature de débat ou de recommandations générales pour agir ou évaluer. Les auteurs y rapportent également leur réflexion et leur analyse des problèmes techniques et éthiques liés à l'approche expérimentale (FCHP et ECHP, 2000 ; Tones, 2000). Les reproches techniques sont les suivants : chaque situation éducative étant singulière, les interventions éducatives sont peu codifiables ; le tirage au sort des groupes est difficile à faire accepter pratiquement ; l'approche qui inclut la participation de la population à la mise en place du programme (choix collectif des objectifs, des interventions, de l'évaluation) rend très difficile la conception préalable d'un protocole expérimental. Les reproches éthiques concernent l'expérimentation de protocoles éducatifs sur une population captive qui serait réduite à son insu à l'état d'objet d'expérience. Des approches alternatives sont évoquées mais n'ont pas encore fait l'objet de descriptions concrètes dans les revues traditionnelles. Ceci pourrait être dû soit à la jeunesse du champ, soit à un biais de diffusion. Un exemple est donné par la rédactrice en chef de *Qualitative health research*, qui se plaint dans un éditorial (Morse, 1998) que sa revue soit refusée par la principale base de données des sciences médicales Medline. La validité des méthodes qualitatives est en effet encore l'objet de nombreux débats et ajustements (Hamberg et coll. 1994 ; Hudelson, 1994 ; Lincoln, 1995 ; Mays et Pope, 1995 et 2000 ; Meyer, 2000), de même que l'analyse des données qu'elles génèrent (Pope et coll., 2000).

Au-delà de cette opposition entre « écoles », des champs de recouvrement existent dans les pratiques et se retrouvent dans la littérature. Tout d'abord, l'utilisation d'essais randomisés et contrôlés au cours de la phase expérimentale ne s'impose pas au-delà des programmes de recherche. Quand une approche éducative a apporté des résultats, le problème devient la diffusion de cette innovation pédagogique et son application dans de bonnes conditions (critères de qualité). Les personnes participant aux programmes expérimentaux le font souvent dans le cadre d'un consentement éclairé et les approches éducatives peuvent être vues non pas comme un contrôle social déguisé, mais comme une formation ou un service dont on choisit de bénéficier. De plus en plus, la dimension sociale des comportements de santé ou la notion de situation ou de contexte dans lesquels ces comportements s'inscrivent est largement prise en compte. Les programmes sont souvent à multiples facettes et associent le volet éducatif à un travail sur l'environnement familial des jeunes et sur l'organisation scolaire. Quant aux interventions éducatives, celles qui donnent les meilleurs résultats sont justement fondées sur la dimension à la fois personnelle et sociale des comportements, c'est-à-dire les contextes dans lesquels ils s'inscrivent, l'analyse des influences diverses et l'apprentissage des stratégies d'autonomisation. La conception des programmes ne se fait plus sans consultation préalable et/ou prétest auprès de la population destinataire par des méthodes qualitatives. Aucun programme n'est plus appliqué sans un suivi précis de son application réelle, c'est-à-dire sans évaluation du processus.

Du point de vue des interactions professionnelles, il est intéressant de constater que les tenants des deux écoles d'évaluateurs se rejoignent actuellement sur différents points. D'une part, il a été demandé à ceux qui défendent une approche ouverte de la promotion de la santé, plutôt vue comme un mouvement social que comme une pratique professionnelle, de faire la preuve de leur utilité et de leur efficacité (OMS, 1997 ; IUHPE, 1999) ; ils se tournent donc vers les équipes universitaires qui ont continué à défendre les protocoles expérimentaux et les méthodes quantitatives comme *gold standard* de l'évaluation. D'autre part, les équipes de recherche impliquées dans l'évaluation quantitative de l'éducation pour la santé ont généralement conçu et vérifié l'adéquation et la pertinence de leurs programmes par des études qualitatives faites auprès de la population ; elles ont ajouté des volets d'intervention incluant l'environnement familial, social et organisationnel de la population impliquée dans les programmes, rejoignant en cela le cadre de la promotion de la santé ; elles ont également augmenté l'exigence éthique de leurs protocoles en introduisant, par exemple, la notion de consentement éclairé des jeunes participants et de leurs parents.

Indicateurs utilisés dans les études évaluatives

Bien que tout changement favorable à la santé, prise dans son sens large, puisse être crédité au bénéfice des actions d'éducation pour la santé, leur efficacité est jugée *in fine* sur leur capacité à modifier une tendance comportementale.

Cinq catégories de mesures de changement sont trouvées dans les études évaluatives en éducation pour la santé :

- l'acquisition de connaissances ;
- la variation d'attitudes (avec gradation des réponses) ;
- la modification déclarée de comportement (avec ou sans contrôle biologique) ;
- l'acquisition d'aptitudes à réagir face à une situation ;
- la modification d'un certain nombre de caractéristiques personnelles, comme l'intention d'adopter un comportement, le sentiment d'efficacité à réagir face à une situation, l'estime de soi, quantifiables à partir d'échelles psychométriques validées.

Essais randomisés et contrôlés (RCT) en éducation pour la santé

L'efficacité d'une intervention basée sur un protocole expérimental est évaluée par la comparaison d'une population ayant bénéficié de cette intervention à une population n'en ayant pas bénéficié. Ces deux populations doivent être similaires au départ, ce qui impose la répartition au hasard des individus/groupes qui vont bénéficier de l'intervention et des individus/groupes témoins. Le tirage au sort, ou randomisation, évite les biais d'attribution du « traitement » et favorise la comparabilité des groupes avant l'intervention. Il est également essentiel de contrôler les effets ou événements collatéraux qui ont pu agir en plus ou à côté de l'intervention, et donc entrer en compétition avec l'intervention.

La mesure à partir d'un questionnaire précédant l'intervention, ou prétest, permet d'une part de vérifier la similitude des groupes constitués par tirage au sort, et d'autre part d'avoir un état initial des groupes et des individus les composant, à l'aune duquel on mesurera la variation attendue. La mesure après l'intervention, ou posttest, permet d'évaluer le différentiel de changement et de comparer les groupes par une analyse statistique.

Cet idéal expérimental (*gold standard*) est simple à atteindre quand l'intervention est brève, facilement codifiable, répétable à l'identique et quand les individus sont sélectionnés un par un. Il est beaucoup plus difficile à atteindre dans le cas d'interventions éducatives prolongées (donc rarement strictement identiques dans le temps et l'espace), et quand elles s'adressent à des groupes sociaux naturels comme les écoles.

Difficultés du tirage au sort

En milieu scolaire, on rencontre des problèmes de motivation des responsables éducatifs, à la fois dans le sens de l'acceptation de participer à la recherche mais aussi dans le refus de n'être que témoin alors que motivé. Ceci a conduit de nombreuses équipes de recherche à réaliser des essais contrôlés mais non randomisés, avec le risque que les expériences nouvelles se fassent dans des écoles plus innovantes ou spécialement motivées, donc non comparables avec les écoles témoins. Une des solutions parfois adoptées est que les écoles témoins acceptent d'être dans le groupe témoin en échange d'une intervention éducative différée.

Taille des échantillons et problème de l'unité de randomisation

Deux contraintes statistiques s'imposent à l'évaluateur. Tout d'abord il doit disposer d'une population de taille suffisante pour garantir la puissance statistique du test. Sinon, il prend un risque important de déclarer l'intervention inefficace alors qu'elle l'était en réalité (risque statistique de deuxième espèce). Ensuite, s'il répartit les individus par tirage au sort entre groupe pilote et groupe témoin, il doit effectuer des comparaisons par des mesures au niveau individuel (un individu = une mesure). En revanche, s'il répartit des groupes par tirage au sort entre pilote et témoin, il doit comparer les groupes (un groupe = une mesure). Ces deux contraintes ont rarement été respectées dans la pratique de l'évaluation de l'éducation pour la santé, surtout au début de son histoire. Les évaluations les plus anciennes concernaient de petits échantillons insuffisants pour apprécier correctement les faibles variations. Et souvent les écoles étaient réparties entre pilote et témoin, alors que les élèves étaient suivis et comparés en tant qu'individus et non pas en tant que groupe.

Les solutions progressivement apportées ont été l'augmentation du nombre d'écoles réparties entre témoins et pilotes d'une part, et la mise en œuvre de méthodes statistiques aptes à corriger la violation de l'unité de randomisation d'autre part.

Durée de l'intervention et « perdus de vue »

Plus l'intervention éducative se prolonge dans le temps, plus le nombre d'élèves quittant les établissements scolaires augmente. Il est également fréquemment évoqué que les élèves quittant les protocoles expérimentaux sont ceux qui sont le plus à risque pour les comportements mesurés (en raison de difficultés personnelles ou sociales). Pour éviter des résultats artificiels pour les programmes à long terme, les évaluateurs doivent prendre certaines précautions : comparer le taux et les caractéristiques des perdus de vue entre le groupe témoin et le groupe pilote ; rechercher le plus possible les personnes qui sortent des protocoles expérimentaux pour les interroger. Certains évaluateurs attribuent arbitrairement une valeur au posttest pour les perdus de vue,

par exemple la dernière donnée connue. Une alternative plus radicale serait l'attribution aux perdus de vue de la valeur représentant l'« échec du programme », par exemple, un fumeur au prétest reste fumeur au posttest s'il est perdu de vue.

Qualité d'application du programme

L'adaptation du programme éducatif à la fois aux élèves et aux intervenants est essentielle et doit être assurée par des tests préalables et des formations adéquates. Mais une fois ce préalable établi, l'absentéisme scolaire et la variabilité normale des intervenants font que, *in fine*, tout le monde ne reçoit pas la même intervention. Ceci a imposé aux évaluateurs de réaliser une évaluation de processus, ou contrôle de qualité, permettant de savoir si le programme a été bien appliqué d'une part, et de quantifier le volume du programme suivi par chaque élève d'autre part. Ainsi, les évaluateurs ont pu parfois constater l'inadaptation du programme, ou sa mauvaise application. De plus, ils ont pu calculer des « effets/dose », et comparer les élèves ayant peu participé au programme à ceux y ayant beaucoup participé.

Exemples de RCT réalisés à grande échelle

À titre d'exemples, quelques études évaluatives réalisées à grande échelle sont présentées ci-après. Elles ont été choisies sur les critères suivants : être effectivement un essai randomisé et contrôlé, réalisé en milieu scolaire, portant sur une cohorte d'au moins 1 500 élèves, et publié depuis 1989 (tableau 4.II). Certaines études ne répondant pas tout à fait à ces critères sont évoquées en raison de leur intérêt particulier.

Les résultats observés sont exprimés en termes de modifications des indicateurs de connaissances (score), d'attitudes (score ou pourcentage dans l'échantillon), de comportement (pourcentage dans l'échantillon) : la taille de l'effet du programme est définie comme la différence de moyennes entre le groupe expérimental et le groupe témoin ou de comparaison. La taille de l'effet est souvent exprimée en unités de déviation standard. Cette expression étant difficile à appréhender, les auteurs la complètent parfois par une estimation de la variation relative en pourcentage.

Programmes éducatifs pour la prévention de l'usage de substances psychoactives

Certains programmes abordent l'ensemble des consommations de substances psychoactives, d'autres concernent uniquement l'usage du tabac. Il est également fréquent de voir la consommation de substances, telles que l'alcool et la marijuana, abordée dans les programmes de prévention du sida et des autres

MST, leur consommation étant considérée comme un facteur de prise de risque sexuel.

Walter (1989) rapporte les résultats du suivi d'une cohorte de 3 388 élèves de huitième (*grade 4*) dans 37 écoles de deux districts de la région de New York ayant des caractéristiques démographiques et socio-économiques distinctes (le Bronx et le Westchester County) et ayant participé au programme KYB (*Know your body*) mis en place pour la prévention des maladies cardiovasculaires et de

Tableau 4.11 : Principaux résultats de programmes éducatifs pour la prévention de l'usage de substances psychoactives, évalués sur de grands effectifs en milieu scolaire en utilisant un protocole expérimental

Intitulé	Lieu	Cohorte initiale	Éléments du programme	Principaux résultats
¹ KYB	États-Unis	3 388 élèves de 8 ^e 37 écoles	Leçons régulières pendant 5/6 années scolaires Éducation des parents Suivi clinique des élèves	À 5 ans, baisse du taux de cholestérol À 6 ans, réduction significative de la fréquence d'initiation au tabac
² DARE	États-Unis et Canada	9 317 élèves 214 écoles	17 séances (une par semaine) réalisées par des policiers formés	Pas d'effet significatif sur l'usage déclaré de « alcool/tabac/marijuana » Diminution significative de l'usage du tabac traité séparément
³ LST	États-Unis	5 954 élèves de 5 ^e 56 écoles	Interventions étalées sur 3 années : 15 séances en 5 ^e , 10 en 4 ^e et 5 en 3 ^e .	À 3 ans : réduction significative de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis pour les élèves ayant bénéficié d'au moins 60 % du programme À 6 ans : maintien des effets
⁴ CATCH	États-Unis	6 527 élèves 96 écoles	4 sessions de 50 minutes	Aucun effet spécifique sur la prévalence de l'usage du tabac
⁵ non intitulé	Norvège	4 215 élèves de 5 ^e 99 écoles	8 leçons dans le temps scolaire Formation des enseignants Implication des parents	À 6 mois : diminution de la progression du tabagisme, y compris parmi les élèves les plus à risque
⁶ SI-SI ^{DM}	Pays-Bas	4 060 élèves de 4 ^e et 3 ^e 52 écoles	5 sessions de 45 minutes, réparties sur 5 semaines activités dirigées par des pairs 3 séances de rappel à distance	À 12 et 18 mois : diminution de la progression du tabagisme Pas d'effet sur les fumeurs
⁷ HSSP	États-Unis	8388 élèves de CE 2 40 districts scolaires	65 leçons de 30 à 50 minutes réparties sur 8 années scolaires (jusqu'en 2 ^{ndes}) Information et support au sevrage de la 3 ^e à la terminale	En terminale et deux ans plus tard : aucun effet du programme sur l'usage quotidien du tabac

¹ *Know your body* : Walter, 1989 ; ² *Drug abuse resistance education* : Ennett et coll., 1994 ; ³ *Life skills training* : Botvin et coll., 1995 ; ⁴ *Child and adolescent trial for cardiovascular health* : Elder et coll., 1996 ; ⁵ non intitulé : Jøsendal et coll., 1998 ; ⁶ *Social influence – Social influence plus decision making* : Dijkstra et coll., 1999 ; ⁷ *Hutchinson smoking prevention project* : Peterson et coll., 2000.

certains cancers. Les objectifs de ce programme sont d'agir sur les facteurs de risque tels que l'hypercholestérolémie, l'hypertension, l'exposition à la fumée de cigarette, l'obésité et la sédentarité, en ciblant essentiellement trois comportements : l'alimentation, la pratique de l'exercice physique et l'usage du tabac. La conception du programme s'inspire du modèle théorique PRECEDE (*Predisposing, enabling and reinforcing factors*). Les éléments majeurs du programme sont les interventions éducatives par les enseignants, l'éducation des parents et la mesure à l'école des niveaux de facteurs de risque des enfants. Après cinq ans d'intervention : les taux plasmatiques de cholestérol total ont baissé significativement dans les groupes pilotes (- 5,1 % *versus* groupe témoin dans le Westchester et - 2,9 % dans le Bronx) ; l'accroissement différentiel des connaissances entre groupe pilote et groupe témoin est de 22,6 % dans le Westchester et de 18,8 % dans le Bronx. Dans le Westchester, après six ans, 3,5 % des élèves du groupe pilote sont « biochimiquement » classés comme fumeurs *versus* 13,1 % dans le groupe témoin. Les auteurs soulignent le manque de données intermédiaires relatives aux processus eux-mêmes qui auraient pu leur permettre d'identifier les composantes les plus déterminantes de l'efficacité du programme.

Le programme de prévention de l'usage de drogues le plus répandu aux États-Unis, intitulé DARE (*Drug abuse resistance education*), a été créé par la police de Los Angeles en 1983 conjointement avec l'ensemble des écoles de cette ville. Ce programme consiste en 17 leçons de 45 à 60 minutes (une par semaine) données par des officiers de police en uniforme ayant reçu une formation approfondie de 80 heures. Son contenu est fondé sur la reconnaissance de la pression à consommer de la drogue et donne les compétences pour y résister. Ennett et coll. (1994) ont réalisé une méta-analyse de huit études évaluatives de DARE ayant utilisé une méthodologie rigoureuse (sur 18 études repérées). Les huit études analysées représentent en tout 9 317 élèves dans 214 écoles. Pour les paramètres mesurés, les auteurs calculent un effet moyen pondéré d'après les résultats à court terme (posttest immédiat). Les effets sont significatifs pour les gains de connaissance et l'amélioration des compétences sociales, non significatifs pour l'usage déclaré de drogues (regroupant alcool, tabac et marijuana), mais significatifs pour l'usage du tabac traité séparément. En référence à l'étude de Tobler (1986 et 1992a et b), les effets du programme DARE mesurés par cette méta-analyse sont inférieurs à ceux des programmes classés « interactifs ». Une étude de Hansen et McNeal (1997) sur les effets du programme DARE conclut que celui-ci ne cible pas les vrais déterminants de l'usage de substances.

Aux États-Unis, dans l'État de New York, Botvin et coll. (1995) ont mis en place et évalué le programme de prévention de l'usage du tabac, de l'alcool et de la marijuana intitulé LST (*Life skills training*), basé essentiellement sur l'enseignement de compétences personnelles et sociales à résister aux pressions de consommation. L'étude évaluative porte sur une cohorte de départ de 5 954 élèves de cinquième dans 56 écoles (dont 22 témoins), que les auteurs

ont suivis jusqu'en terminale (cohorte finale à six ans : 3 597 élèves). Trois modalités d'intervention ont été appliquées :

- 30 séances réparties en trois ans (15 séances en cinquième, 10 séances de rappel en quatrième, 5 séances de rappel en troisième), avec formation d'une journée des intervenants et vérification de la fidélité au programme ;
- même nombre de séances mais avec vidéo d'autoformation envoyée aux intervenants et pas de suivi de la fidélité au programme ;
- programme scolaire conventionnel.

Ces auteurs ont constaté une baisse de la consommation déclarée de tabac, d'alcool et de marijuana dans les groupes ayant bénéficié d'une intervention, maximale pour les groupes qui ont le plus participé au programme. Ils ont trouvé 21 % de consommateurs d'alcool et de tabac dans le groupe pilote par rapport à 29 % dans le groupe témoin. À six ans, parmi les élèves ayant suivi au moins 60 % du programme (groupe « haute fidélité »), 2 % seulement avaient consommé à la fois de l'alcool, du tabac et de la marijuana dans la semaine précédente, contre 6 % des élèves dans le groupe témoin. Les auteurs pensent que les effets constatés à long terme peuvent être attribués à l'étalement dans le temps de la période d'intervention et à l'accent mis sur l'acquisition de compétences personnelles et sociales à résister aux pressions de consommation. Toutefois, ils précisent que des recherches sur les facteurs d'efficacité des programmes doivent être entreprises pour déterminer l'efficacité relative des différentes approches éducatives/préventives.

Méta-analyses d'évaluations de programmes d'éducation pour la santé

Dans le but d'établir le type d'efficacité des programmes et les déterminants de cette efficacité, quelques auteurs ont réalisé des méta-analyses d'études évaluatives incluses sur des critères conceptuels et/ou méthodologiques.

Tobler a publié une des premières méta-analyses, réalisée sur 143 programmes de prévention de l'usage des substances psychoactives, en milieu scolaire ou communautaire (Tobler, 1986 et 1992a), puis une nouvelle analyse d'un sous-groupe de 91 de ces programmes (Tobler, 1992b) contenant des données sur la consommation déclarée. L'auteur étudie les composantes des stratégies qui se sont montrées efficaces selon le stade de développement des adolescents et l'étiologie des consommations de substances. Il a catégorisé les programmes en : « non interactifs », construits sur l'apport de connaissances et le travail sur les attitudes et « interactifs », basés sur l'influence sociale et l'acquisition de compétences génériques. Une étude actualisée du même auteur (Tobler, 1997), portant sur 120 programmes développés en milieu scolaire de 1978 à 1990 et rapportant des résultats en consommation déclarée, conclut à une meilleure efficacité des programmes interactifs, sans que les programmes travaillant sur des compétences génériques soient supérieurs à ceux travaillant

uniquement sur l'influence sociale. Les programmes qui abordent plusieurs produits psychoactifs donnent de moins bons résultats en termes de prévention du tabagisme que les programmes centrés sur le tabac. Certains programmes ayant montré leur efficacité sur des petites cohortes étaient moins probants quand ils étaient déployés à grande échelle.

Bangert-Drowns (1988) a analysé une sélection de 33 études (sur 125 repérées) publiées entre 1968 et 1986 et évaluant des programmes développés en milieu scolaire aux États-Unis ou au Canada, abordant l'alcool et/ou les drogues illicites, en excluant les programmes abordant uniquement le tabac. Il a confirmé l'effet important des programmes sur l'acquisition de connaissances et sur les changements d'attitudes, mais faible sur les changements de comportements.

Hansen (1992) a examiné 45 publications, non plus dans la perspective de quantifier un effet moyen des programmes, mais dans celle de rechercher les pistes d'intervention les plus prometteuses. Il a donc analysé les contenus des programmes et a classé les différents modules en 12 thèmes (tableau 4.III). Cette classification a d'ailleurs été reprise dans l'étude de Lister-Sharp et coll. (1999). L'auteur a ensuite regroupé les programmes en 6 catégories : information et clarification des valeurs, éducation affective, influence sociale, programmes globaux, alternatives et programmes incomplets. L'analyse par catégorie des effets des programmes sur les comportements liés au tabac, à l'alcool ou à la marijuana a donné les résultats suivants : les programmes globaux avaient les meilleurs scores avec 72 % ayant des résultats positifs et 28 % des résultats neutres. Les programmes fondés sur l'influence sociale avaient des résultats positifs dans 63 % des cas, neutres dans 26 % et négatifs dans 11 % des cas. Étant donné que les programmes globaux incluent des modules sur l'influence sociale, l'auteur considère cette piste comme la plus solide. Cependant, les écarts de puissance statistique entre les différentes catégories de programmes restent un obstacle à des conclusions définitives.

Bruvold (1993) a réalisé une méta-analyse de 84 programmes développés en milieu scolaire pour la prévention du tabagisme chez les adolescents. Ces programmes, dont les résultats ont été publiés dans les années 1970 et 1980, ont tous un groupe de comparaison ou de contrôle. L'auteur a regroupé les programmes selon la classification (tableau 4.IV) établie par Battjes (1985). Il a confirmé les faits déjà établis : les approches traditionnelles sont efficaces dans l'apport de connaissances et peu ou pas efficaces dans la modification des comportements, alors que les approches plus nouvelles prenant en considération les déterminants psychosociaux ont un impact sur la modification des comportements. Les changements d'attitudes sont corrélés aux changements de comportements, et non à l'acquisition de connaissances. Les programmes basés sur le renforcement social montrent la meilleure efficacité, suivis de ceux basés sur les normes sociales ou sur l'approche développementale. Tout en reconnaissant la supériorité des programmes fondés sur l'influence sociale, l'auteur admet que les programmes traditionnels sont plus facilement acceptés

Tableau 4.III : Classification des thèmes contenus dans les programmes éducatifs pour la prévention de l'usage de substances psychoactives (d'après Hansen,1992)

Information :	apport d'information biologique, légale, historique
Décision :	enseignement de stratégies pour identifier les problèmes, générer des solutions possibles, choisir entre les différentes alternatives
Engagement :	demande d'engagement à ne pas consommer de la part du participant
Clarification des valeurs :	mise en regard des valeurs personnelles et des comportements qui devraient en découler
Fixation d'objectifs :	apprentissage de la fixation d'auto-objectifs et du suivi de leur réalisation
Gestion du stress :	apprentissage de la gestion du stress par l'action ou par la relaxation
Estime de soi :	développement d'images positives sur soi, gestion des idées négatives
Résistance :	repérage des pressions sociales et développement de l'affirmation de soi
Compétences générales :	apprentissage de compétences sociales comme la communication et la gestion des conflits interpersonnels
Normes :	correction des normes imaginaires en informant sur les prévalences réelles des consommations de psychotropes par les jeunes
Assistance :	écoute et conseil
Alternatives :	développement d'activités autres

par la communauté éducative et peuvent être mis en œuvre sans formation importante.

Exemples d'études évaluatives françaises en milieu scolaire

En France, certaines évaluations d'actions de communication et de prévention enquêtent sur de grands effectifs. Les études évaluatives des interventions en milieu scolaire portent plutôt sur des actions très localisées et utilisent des méthodologies très diverses.

Tableau 4.IV : Classification des approches éducatives utilisées dans les programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives (d'après Battjes, 1985).

Approche rationnelle :	fournir de l'information sur les effets et les conséquences (cours, jeux de questions réponses, montrer des substances)
Approche développementale :	accroître l'estime de soi, augmenter l'autonomie, apprendre à prendre des décisions, relations avec les autres (cours, discussion, résolution de problèmes en groupe, jeu de rôle)
Approche sur les normes sociales :	accroître l'autonomie, accroître l'estime de soi, réduire l'ennui (développement d'activités alternatives, programmes sociaux collectifs, tutorat, développement d'activités de loisirs)
Renforcement social :	détecter les pressions sociales à consommer, apprendre à y réagir, reconnaître les effets physiques et sociaux immédiats des produits (discussion, répétition, jeu de rôle, entraînement)

Morisot et Chabaud (1994) ont évalué une action d'éducation pour la prévention de l'alcoolisation réalisée dans trois lycées de Niort. L'intervention consistait en 3 rencontres éducatives d'environ 2 heures chacune, une en classe de seconde, une en première et une en terminale. La première séance était consacrée à une discussion sur les risques de la consommation festive (risques routiers en particulier) et la seconde séance aux motivations à la consommation et à l'influence du groupe dans la consommation. La troisième séance portait sur les stratégies à développer dans certaines situations dans lesquelles des décisions étaient à prendre quant à la consommation d'alcool. Les évaluateurs ont tiré au sort deux groupes de lycéens, avec 333 élèves dans le groupe pilote et 607 dans le groupe témoin. Il y a eu un questionnaire prétest et posttest (avec des mesures intermédiaires). Après l'intervention éducative, les élèves du groupe pilote étaient moins nombreux à consommer une boisson alcoolisée forte une fois par semaine que ceux du groupe témoin (18,1 % *versus* 12,5 % en terminale) et étaient significativement moins nombreux à avoir entre 3 et 10 ivresses par an.

Choquet et Lagadic (1999) ont évalué un programme de prévention des toxicomanies mené depuis 1992 par la municipalité de Saint-Herblain dans les collèges de la ville. Les évaluateurs ont donc choisi une commune similaire, Rézé, afin de disposer d'un groupe témoin (évaluation de type « ici-ailleurs », posttest sans prétest). L'intervention auprès des élèves a consisté à réaliser des jeux autour de la notion de capital santé pour les élèves de sixième, organiser des séances de théâtre-forum pour les élèves de quatrième, et donner une information sur l'effet des produits psychoactifs au sein des cours de biologie. Le reste du travail a consisté à provoquer une réflexion sur la prévention des toxicomanies de la part des enseignants et des parents. Il n'a pas été observé de différence entre les scores d'opinions favorables ou défavorables à l'alcool, au tabac et à la drogue dans les sites témoin et pilote. Il n'a pas été observé de différence significative entre les usages de tabac, de cannabis (trois fois et plus dans la vie), d'alcool (plusieurs fois par semaine) ou d'ivresses (au moins dix fois dans la vie). La seule différence significative concerne les filles : à Rézé, elles sont 17 % à avoir consommé au moins trois fois du cannabis alors qu'elles ne sont que 9 % à Saint-Herblain. Les filles de Rézé sont globalement plus consommatrices des autres substances, mais la différence n'est pas significative. Parmi les consommateurs occasionnels de cannabis, les jeunes de Saint-Herblain ont plus souvent l'intention de ne pas consommer dans l'avenir que ceux de Rézé (71 % *versus* 34 %).

Revue critique d'études évaluatives

Dans la littérature présentant les résultats de programmes d'éducation pour la santé, il est fréquent qu'aucun effet ne soit mis en évidence, en particulier en termes de changement de comportement (Siegel et coll., 1995 ; Boyer et coll.,

1997 ; Gillmore et coll., 1997 ; Weeks et coll., 1997 ; Resnicow et coll., 1998). De nombreuses revues d'études évaluatives tentent de faire le point sur les aspects conceptuels et méthodologiques des programmes et de leur évaluation, dans le domaine de la prévention de l'usage de substances psychoactives (Binyet et de Haller, 1993 ; Leventhal et Keeshan, 1993 ; Foxcroft et coll., 1997). Les auteurs soulignent l'extrême difficulté de rassembler en un indicateur d'efficacité unique les différents impacts des programmes, étant donné leur hétérogénéité. Certains (Foxcroft et coll., 1997) estiment que, en dehors de quelques exceptions, la mauvaise qualité des évaluations publiées empêche toute conclusion générale et qu'il est nécessaire d'attendre des évaluations de meilleure qualité. Lister-Sharp et coll. (1999) ont réalisé un important travail de synthèse sous forme de « revue de revues » et apportent sur la question des critiques très documentées, de même que des propositions.

Foxcroft et coll. (1997) se sont intéressés aux programmes de prévention de l'alcoolisation chez les jeunes. Ils ont analysé 155 rapports d'évaluation et en ont retenu 48 (présentant les évaluations de 33 programmes). Seules 10 évaluations obéissaient aux critères suivants : tirage au sort ou équivalence des groupes témoins et expérimentaux, fourniture des résultats du prétest et du posttest, et présentation de l'ensemble des résultats. Parmi les programmes évalués à court terme (= 1 an), 16 montraient quelques résultats positifs, 11 étaient inefficaces et 6 avaient des effets inverses. Sur les programmes évalués à moyen terme (de 1 à 3 ans), 5 avaient des effets positifs, 5 n'avaient aucun effet et 2 avaient des effets inverses. Sur les deux programmes évalués à long terme, un (déjà mentionné dans les exemples de RCT) a des résultats positifs à 6 ans (Botvin et coll., 1995) pour l'autre ; les données à 5 ans ne montrent aucun effet durable (Ellickson et coll., 1993).

Lister-Sharp et coll. (1999) ont analysé les revues existantes sur l'efficacité des interventions d'éducation/promotion de la santé en milieu scolaire (environ 200 depuis le milieu des années 1960), puis effectué une sélection sur des critères de qualité méthodologique. Dans le domaine de l'usage de substances psychoactives, sur 82 revues, les 9 qui satisfont aux critères couvrent 146 études dont 50 sont analysées par plus d'un auteur. Moins de la moitié des programmes ont un impact positif sur les attitudes. D'après plusieurs des auteurs de revues, l'implication de pairs a un impact favorable sur les attitudes, du moins à court terme. Seulement 4 programmes (alcool) impliquent les familles, et 3 d'entre eux ont un impact positif sur les comportements à court terme. Les effets positifs à long terme sont rares.

Le manque de reconnaissance et/ou de diffusion auprès des acteurs des programmes favorablement évalués est souvent évoqué. Aux États-Unis, Dusenbury et coll. (1997) ont établi que sur 47 programmes de prévention de l'usage de drogues disponibles et utilisés, seuls 10 ont fait l'objet d'évaluations scientifiquement rigoureuses et 8 ont donné des résultats intéressants. Il reste à accomplir un important travail de diffusion pour les programmes qui ont fait leurs preuves.

En conclusion, il est clair que certains programmes d'éducation pour la santé ont un effet sur les comportements défavorables à la santé, dans le domaine de la consommation de substances psychoactives. Pour la plupart des auteurs, cet effet est modeste mais peut néanmoins contribuer à un meilleur état de santé de la population (Kirby, 1995). De plus, les programmes semblent pouvoir être améliorés par une meilleure combinaison des modules existants, ce qui permettrait d'augmenter leur efficacité.

Les concepteurs des programmes ont compris que les comportements naissent de l'interaction entre soi-même et les autres et non pas d'un savoir abstrait : il s'agit donc d'équiper les jeunes de capacités à réagir dans des situations concrètes, précisément décrites. Des groupes de discussion (notamment des *focus groups*) permettent de comprendre la position des jeunes, et également de tester le matériel éducatif proposé. Par ailleurs, les évaluateurs des programmes utilisent de plus en plus une méthodologie rigoureuse : augmentation de la taille des cohortes et du nombre d'unités de randomisation pour accroître la puissance des tests de comparaison ; ajustement de l'analyse au fait que la randomisation se fait par groupes sociaux et l'analyse par individus ; prise en compte du phénomène des perdus de vue ; analyse de la validité des déclarations. D'autre part, compte tenu de l'évolution des méthodes en éducation pour la santé intégrant les notions d'*enabling* et d'*empowerment*, de nouveaux indicateurs devront être définis et utilisés pour évaluer l'acquisition des compétences personnelles et la capacité d'action des jeunes vis-à-vis de leur santé.

BIBLIOGRAPHIE

- ARWIDSON P, LAVIELLE C. La structure IMRED (introduction, méthodes, résultats, discussion) convient également aux rapports d'action d'éducation pour la santé. *Santé Publique* 1998, **10** : 171-174
- BANGERT-DROWNS RL. The effects of school-based substance abuse education - meta-analysis. *J Drug Educ* 1988, **18** : 243-264
- BATTJES RJ. Prevention of adolescent drug abuse. *Int J Addict* 1985, **20** : 1113-1134
- BINYET S, DE HALLER R. Efficacité de la prévention du tabagisme chez les jeunes : revue critique de la littérature. *Sox Praventivmed* 1993, **38** : 366-378
- BOTVIN GJ, BAKER E, DUSENBURY L, BOTVIN EM, DIAZ T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995, **273** : 1106-1112
- BOYER CB, SHAFER MA, TSCHANN JM. Evaluation of a knowledge- and cognitive-behavioral skills-building intervention to prevent STDs and HIV infection in high school students. *Adolescence* 1997, **32** : 25-42
- BRUVOLD WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993, **83** : 872-880

CHOQUET M, LAGADIC C. Évaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie. Inserm U472 pour OFDT, 1999 : 109 p

DIJKSTRA M, MESTERS I, DE VRIES H, VAN BREUKELEN G, PARCEL GS. Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Educ Res* 1999, **14** : 791-802

DUSENBURY L, FALCO M, LAKE A. A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health* 1997, **67** : 127-132

ELDER JP, PERRY CL, STONE EJ, JOHNSON CC, YANG M et coll. Tobacco use measurement, prediction, and intervention in elementary schools in four states : the CATCH study. *Prev Med* 1996, **25** : 486-494

ELLICKSON PL, BELL RM, MCGUIGAN K. Preventing adolescent drug use : long-term results of a junior high program. *Am J Public Health* 1993, **83** : 856-861

ENNETT ST, TOBLER NS, RINGWALT CL, FLEWELLING RL. How effective is drug abuse resistance education ? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *Am J Public Health* 1994, **84** : 1394-1401

FCHP, ECHP (Finnish Centre for Health Promotion, Estonian Centre for Health Education and Promotion). Best practices. A selection of papers on quality and effectiveness in health promotion presented at the 4th European IUHPE Conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion, May 16-19, 1999, Helsinki, Finland and Tallin, Estonia. IUHPE, 2000

FOX-CROFT DR, LISTER-SHARP D, LOWE G. Alcohol misuse prevention for young people : a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997, **92** : 531-537

GILLMORE MR, MORRISON DM, RICHEY CA, BALASSONE ML, GUTIERREZ L, FARRIS M. Effects of a skill-based intervention to encourage condom use among high risk heterosexually active adolescents. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : S22-S43

HAMBERG K, JOHANSSON E, LINDGREN G, WESTMAN G. Scientific rigour in qualitative research - examples from a study of women's health in family practice. *Fam Pract* 1994, **11** : 176-181

HANSEN WB. School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res* 1992, **7** : 403-430

HANSEN WB, MCNEAL RB Jr. How D.A.R.E. works : an examination of program effects on mediating variables. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 165-176

HUDELSON P. Qualitative research for health programmes. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva 1994

IUHPE (International union for health promotion and education). The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in the new Europe. A report for the European Commission, Bruxelles-Luxembourg, ESC-EC-EAEC 1999 : 166 p

JOSENDAL O, AARO LE, BERGH IH. Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. *Health Educ Res* 1998, **13** : 215-224

KIRBY D. Sex and HIV/AIDS education in schools. Have a modest but important impact on sexual behaviour. *BMJ* 1995, **311** : 403

- KIRBY D. Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *J Sch Health* 1999, **69** : 89-94
- LEVENTHAL H, KEESHAN P. Promoting health alternatives to substance abuse. In : Promoting the health of adolescents : new directions for the twenty-first century. MILLSTEIN SG, PETERSEN AC, NIGHTINGALE EO eds. Oxford University Press, New York 1993 : 260-284
- LINCOLN YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry* 1995, **1** : 275-289
- LISTER-SHARP D, CHAPMAN S, STEWART-BROWN S, SOWDEN AJ. Health promoting schools and health promotion in schools : two systematic reviews. *Health Technol Assess* 1999, **3** (whole n° 22) : 207 p
- MAYS N, POPE C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995, **311** : 109-112
- MAYS N, POPE C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000, **320** : 50-52
- MEYER J. Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 2000, **320** : 178-181
- MORISOT D, CHABAUD F. Évaluation d'une action éducative sur le risque alcool menée auprès d'adolescents scolarisés de la seconde à la terminale dans trois lycées de la ville de Niort. *Alcoologie* 1994, **16** : 217-223
- MORSE JM. « Dear Sir, I am shocked and dismayed... ». *Qual Health Res* 1998, **8** : 579
- OMS (Organisation mondiale de la santé). Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. 4^e Conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta 21-25 juillet 1997
- PETERSON AV, KEALEY KA, MANN SL, MAREK PM, SARASON IG. Hutchinson Smoking Prevention Project : long term randomized trial in school-based tobacco use prevention – Results on smoking. *J Natl Cancer Inst* 2000, **92** : 1979-1991
- POPE C, ZIEBLAND S, MAYS N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000, **320** : 114-116
- PUSKA P, TUOMILEHTO J, NISSINEN A. The North Karelia Project. 20 year results and experiences. National Public Health Institute, Helsinki 1995 : 363 p
- RESNICOW K, DAVIS M, SMITH M, BARANOWSKI T, LIN LS et coll. Results of the Teach-Well worksite wellness program. *Am J Public Health* 1998, **88** : 250-257
- SIEGEL D, DICLEMENTE RJ, DURBIN M, KRASNOVSKY F, SALIBA P. Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-preventive behaviors : effects of a school-based intervention. *AIDS Educ Prev* 1995, **7** : 534-543
- TOBLER N. Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs : quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *J Drug Issues* 1986, **16** : 537-567
- TOBLER N. Meta-analysis of adolescent drug prevention programs : final report. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD 1992a
- TOBLER NS. Drug prevention programs can work : research findings. *J Addict Dis* 1992b, **11** : 1-28

TOBLER NS. Meta-analysis of adolescent drug prevention programs : results of the 1993 meta-analysis. *NIDA Res Monogr* 1997, **170** : 5-68

TONES K. Evaluating health promotion : a tale of three errors. *Patient Educ Couns* 2000, **39** : 227-236

WALTER HJ. Primary prevention of chronic disease among children : the school-based « Know Your Body » intervention trials. *Health Educ Q* 1989, **16** : 201-214

WEEKS K, LEVY SR, GORDON AK, HANDLER A, PERHATS C, FLAY BR. Does parental involvement make a difference ? The impact of parent interactive activities on students in a school-based AIDS prevention program. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : S90-S106

II

Programmes
nationaux de santé

Introduction

Sur 150 milliards d'euros que la France consacre aujourd'hui aux dépenses de santé, 147 milliards sont dévolus aux soins et seulement 3 milliards à la prévention.

Au cours des dernières années, plusieurs plans nationaux thématiques ont été promulgués par les ministères. Ils participent à l'évolution récente de la santé publique, structurée à travers des programmes régionaux (programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, schémas régionaux d'éducation pour la santé), et s'appuient sur les recommandations de différentes instances (Haut comité de santé publique, Conférences de santé, expertises collectives, groupes consultatifs...).

L'année 2003 voit se mettre en place une nouvelle loi relative à la santé publique qui se fixe comme objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables avant 60 ans et la réduction des disparités régionales de santé. La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la France afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de sa population.

Selon le Ministre délégué à l'enseignement scolaire, la santé des jeunes doit s'inscrire dans le cadre de cette nouvelle politique.

Après la loi d'orientation sur l'éducation de 1989 qui impulsait l'éducation à la santé en milieu scolaire, le plan de relance de 1998 prévu sur plusieurs années a permis le développement des actions de prévention grâce à des dispositifs spécifiques : projets d'école (1^{er} degré), projets d'établissement (2^e degré) et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

La réduction de la prévalence de l'obésité chez l'enfant est un des objectifs du programme national nutrition-santé (PNNS) défini pour cinq ans (2001-2005) par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Des actions d'information et d'éducation nutritionnelle en direction des jeunes sont proposées en milieu scolaire. La recherche d'un environnement cohérent avec une alimentation équilibrée est un des axes stratégiques du programme. Une attention particulière est portée sur l'offre alimentaire dans la restauration scolaire.

Le plan santé mentale, présenté par le ministère chargé de la santé en 2001 est en cours d'actualisation en 2003. Ce plan d'action vise notamment à renforcer les mesures en direction des enfants et des adolescents par la prévention, le repérage précoce et la prise en charge des troubles mentaux. Des actions permettant une meilleure connaissance de la santé mentale des jeunes (enquêtes en milieu scolaire) et l'articulation entre les acteurs afin de mieux répondre aux besoins repérés sont en cours. Une attention est portée sur la

prise en charge coordonnée des jeunes en grande difficulté et aussi sur la complémentarité des différents intervenants (professionnels de la psychiatrie, du soin, de l'éducation).

La stratégie nationale contre l'alcool s'inscrit à la fois dans le plan triennal de lutte contre la toxicomanie (1999) et le plan national contre le cancer (2003). Elle vise une réduction globale de la consommation d'alcool, grâce à des actions d'éducation pour la santé en direction des jeunes sur toutes les substances psychoactives et sur la capacité à résister aux pressions du groupe.

L'existence de ces plans démontre que les thèmes abordés représentent des priorités de santé publique pour les autorités. Leurs préconisations se rejoignent sur deux points : la nécessité de favoriser une cohérence entre l'environnement des jeunes et les objectifs de santé, et l'importance de la complémentarité des intervenants.

5

Programme national nutrition santé

Le programme national nutrition-santé (PNNS) s'appuie sur les travaux réalisés notamment par le Haut comité de la santé publique (HCSP, 2000), l'expertise collective de l'Inserm sur l'obésité (Inserm, 2000), ainsi que sur les résultats de la consultation nationale menée en 2000 dans le cadre des États généraux de l'alimentation. Il a été lancé à la demande du premier ministre, par le ministre chargé de la santé le 31 janvier 2001 (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001) après une concertation pluriministérielle.

Ce programme sur cinq ans (2001-2005) se fixe comme objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un des déterminants majeurs : la nutrition. Il vise neuf objectifs prioritaires quantifiés et indissociables ainsi que divers objectifs spécifiques relatifs à des populations ou des problèmes particuliers. Il définit des principes généraux pour l'action et oriente la programmation selon six axes stratégiques avec les actions à mettre en œuvre pendant la durée du programme.

Ce programme est fondé sur une approche globale et positive de l'alimentation. Il met l'accent sur la protection de la santé conférée par une bonne alimentation, sur la dimension culturelle et la convivialité de l'alimentation ainsi que sur le plaisir alimentaire. Il intègre pleinement l'activité physique comme composante essentielle d'une nutrition satisfaisante. Le PNNS² associe des acteurs publics et privés impliqués dans les champs d'intervention retenus :

- recherche, expertise et surveillance ;
- actions de terrain en matière de promotion de la santé, prévention et soins ;
- offre alimentaire.

Le programme, créé par un arrêté du 31 mai 2001, est coordonné par un comité stratégique présidé par le ministre de la santé, dont le secrétariat est assuré par la Direction générale de la santé (DGS). Son comité de pilotage permanent se réunit sur une base mensuelle. Il comprend les représentants de sept ministères, de deux agences (Afssa, InVs), de l'Assurance maladie et de la Mutualité française, du Conseil national de l'alimentation, des organismes de

2. Le PNNS est disponible sur le site www.sante.gouv.fr, rubrique « les dossiers », « nutrition »

recherche (Inserm, Inra), des collectivités territoriales (Assemblée des départements de France et Association des maires de France), deux représentants d'associations de consommateurs, un de l'industrie agroalimentaire, trois personnalités scientifiques des champs de la santé publique, de la nutrition et de la sociologie alimentaire.

Objectifs généraux

Le programme national nutrition santé propose neuf objectifs nutritionnels prioritaires en termes de santé publique :

- augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %³ ;
- augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés⁴, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D ;
- réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux en graisse) ;
- augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres ;
- réduire l'apport d'alcool chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet apport ne devrait pas dépasser l'équivalent de 20 g d'alcool pur par jour (soit deux verres de vin de 10 cl ou deux bières de 25 cl ou 6 cl d'alcool fort). Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté vers la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, qui relève d'une prise en charge spécifique ;
- réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;
- réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes ;
- réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) chez les adultes et faire cesser l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants ;

3. Un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue). Les données disponibles en France actuellement font état de 55 % de petits consommateurs de fruits chez les hommes et 64 % chez les femmes de 45-60 ans et de respectivement 72 % et 64 % de petits consommateurs de légumes

4. On estime que 42 % des hommes et 59 % des femmes de 45-60 ans ont des apports en calcium inférieurs aux apports nutritionnels conseillés de 1992

- augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins 1/2 heure de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque des maladies chroniques, elle doit être combattue chez l'enfant.

Neuf objectifs nutritionnels relatifs à des problèmes spécifiques sont aussi proposés :

- réduire la carence en fer pendant la grossesse ;
- améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse ;
- promouvoir l'allaitement maternel ;
- améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents ;
- améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées ;
- prévenir, dépister et limiter la dénutrition des personnes âgées ;
- réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité ;
- protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire ;
- prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires.

Stratégie en direction des jeunes

Les multiples actions programmées dans les divers axes stratégiques du programme sont conçues pour créer une synergie afin d'atteindre l'ensemble de la population : les familles, au sein desquelles les conduites alimentaires se transmettent, les individus, notamment les jeunes sollicités par une offre alimentaire abondante et disposant de puissants moyens de promotion, les professionnels de santé et plus généralement les professionnels relais, en particulier ceux qui ont un rôle éducatif. Derrière la multiplicité des actions, l'accent est mis sur la cohérence indispensable des messages transmis dans le cadre du programme et des pratiques qui les accompagnent. Parmi les axes stratégiques du programme, plusieurs comportent des aspects qui concernent spécifiquement les jeunes : l'information, l'éducation et l'orientation de l'offre alimentaire.

Informer

Le guide alimentaire national « La santé vient en mangeant » a été réalisé avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et l'Institut de Veille sanitaire (InVs) (ministère de la Santé et coll., 2002a et b). Il a été lancé en septembre 2002. En mars 2003, il a été diffusé à plus de 1,2 millions

d'exemplaires. Ce guide fournit des repères de consommation clairs et précis qui donnent du signifiant à la notion floue « d'équilibre alimentaire ». Ces repères sont valables pour les enfants de plus de trois ans. S'adressant notamment aux familles, le guide concerne les jeunes. Une version a été spécifiquement conçue pour les professionnels de santé et tirée à 250 000 exemplaires.

Un guide spécifique adapté pour les enfants (et destiné à leurs parents) et une version conçue pour les adolescents paraîtront durant le dernier trimestre 2004. Ces guides seront également accompagnés d'une version spécifique pour les professionnels de santé.

D'autres actions d'information plus générales peuvent toucher les jeunes. Des campagnes médiatiques nationales sont prévues. Leur but est de sensibiliser la population sur un thème particulier et de servir ainsi de support à des activités de proximité menées par divers groupes. Il en est ainsi de la campagne nationale médiatique sur les fruits et légumes lancée fin 2001, reprise par voie radiophonique en 2002 et relancée en juin 2003, en partenariat avec la cnamts et l'Inpes. Au niveau local, elle a permis de multiples initiatives, notamment en direction des jeunes. Une campagne médiatique nationale sur le thème de l'activité physique est programmée en lien avec l'Inpes en 2004. Un logo spécifique au programme a été créé en octobre 2001. Il est depuis utilisé pour des campagnes et des documents produits par le Ministère de la Santé en lien avec les agences sanitaires. Une procédure sera mise en place en 2003 pour permettre aux acteurs institutionnels, associatifs et économiques, sur une base volontaire, d'utiliser ce logo pour des actions et messages mettant en avant la relation nutrition-santé en référence au PNNS, dans des conditions techniques et réglementaires très strictes, contrôlées a priori par les pouvoirs publics. Cela pourra notamment être le cas des actions menées en direction des jeunes. Le cahier des charges permettant d'analyser la conformité des dossiers présentés a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail réunissant acteurs économiques, associatifs et administrations concernées en 2002.

Éduquer

L'enfance et l'adolescence sont des étapes déterminantes pour l'acquisition de comportements alimentaires favorables à la santé et au développement.

L'action en milieu scolaire et extrascolaire, complémentaire du milieu familial, nécessite une cohérence entre plusieurs composantes :

- une offre alimentaire satisfaisante sur le plan nutritionnel ;
- une pédagogie qui favorise l'acquisition de comportements de consommateur exerçant son esprit critique face à la diversité de l'offre.

Un des objectifs est d'améliorer les repas scolaires tant du point de vue de leur qualité nutritionnelle que de celui de la sécurité des aliments. Pour cela, une circulaire ministérielle relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments a été publiée (MEN, 2001).

Par ailleurs, un groupe de travail réunissant des professionnels de l'éducation, des experts de la nutrition, des parents d'élèves, des spécialistes de santé publique et les administrations concernées va remettre courant 2003 un rapport sur l'intégration de la dimension nutrition dans les enseignements scolaires. Une mallette pédagogique destinée aux collèges sera conçue avec l'Inpes et éditée en 2004. Les matériels pédagogiques produits par les firmes alimentaires à destination des jeunes seront analysés pour leur conformité avec le PNNS dans le cadre de la procédure mentionnée plus haut.

La DGS soutiendra une recherche-action menée durant l'année scolaire 2003-2004 avec de nombreuses classes du cycle 3 de l'école primaire et des classes de 6^e et 5^e de collège dans toute la France par le groupe de recherche « relations enfants medias » sur « l'éducation des enfants à la nutrition par l'étude des publicités télévisuelles alimentaires ». Son objectif est de développer le jugement critique des enfants sur la publicité télévisuelle pour les aliments.

Orienter

Il s'agit de fournir aux jeunes scolarisés un environnement où l'offre alimentaire est en cohérence avec les objectifs nationaux, notamment à travers la mise en œuvre des recommandations de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments (MEN, 2001).

Une lettre co-signée par les ministres chargés de l'Éducation nationale et de la Santé a été adressée aux recteurs d'académie en mars 2002. Elle préconise le développement d'actions relatives à l'environnement de l'offre alimentaire dans les établissements scolaires afin de :

- veiller à la mise place de fontaines d'eau fraîche ;
- prendre en compte la qualité nutritionnelle des produits mis à la disposition des élèves dans les distributeurs automatiques, dans le but de limiter les boissons et produits sucrés ;
- encourager la consommation de fruits notamment par les distributeurs.

Dans le cadre de la prévention des problèmes de surpoids et d'obésité des jeunes, en cohérence avec les objectifs du PNNS, la conférence de presse du ministre délégué à l'Enseignement scolaire du 26 février 2003 annonce des mesures concrètes qui seront déclinées dans la circulaire à paraître à la rentrée 2003 sur la santé des élèves, en particulier :

- le développement au sein de l'école des actions d'éducation nutritionnelle et d'éducation au goût en s'appuyant sur les enseignements, les activités éducatives ou la vie scolaire en lien avec les familles ;
- l'utilisation systématique des outils de repérage (disque IMC et courbe de poids) lors des bilans de santé ;
- l'incitation des chefs d'établissement à mener une réflexion au sein des conseils d'administration sur la présence des distributeurs et particulièrement

sur leur contenu. Les distributeurs doivent proposer simultanément des boissons sans sucre, de l'eau, des produits frais et des aliments à faible teneur en calories ;

- l'installation de fontaines d'eau réfrigérée ;
- la conduite d'une enquête sur l'application de la circulaire relative à la restauration scolaire (MEN, 2001).

L'annonce rappelle aussi l'importance de l'activité physique ou sportive dans la prévention des problèmes de surpoids ou d'obésité.

Une recherche-action sera soutenue en 2004 par la DGS : son but sera d'étudier l'évolution de la consommation de fruits par des enfants de maternelle et des collégiens de classes de quartiers défavorisés en relation avec la mise à disposition de fruits associée à une action pédagogique. L'action menée dans quatre villes, avec le concours des municipalités sera prolongée par une intervention hors école, auprès des familles avec des associations de quartier.

Autres actions

Au sein du système de soins, des outils pour l'évaluation nutritionnelle de l'enfant seront diffusés à tous les professionnels de santé concernés en octobre 2003. Ils seront accompagnés d'un livret proposant des pistes pour l'intervention. Un module de formation continue des médecins sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité sera finalisé début 2004 et proposé aux professionnels de santé.

Un appel national à projets portant sur des études-actions concernant des modifications de comportements allant dans le sens des objectifs du PNNS et bénéficiant d'une évaluation rigoureuse a permis de sélectionner en 2002 quarante et un projets, dont plus de vingt concernaient spécifiquement les enfants dans le cadre scolaire ou non. Cet appel à projets a été renouvelé en 2003. Des outils d'évaluation nutritionnelle de l'enfant et des formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité sont proposés aux professionnels de santé depuis début 2003. Au niveau régional et local, de nombreuses actions de terrain très variées, liées au PNNS, sont soutenues et concernent les enfants et les jeunes.

Des documents relatifs à l'allaitement maternel ont bénéficié d'un soutien financier de la DGS. Une synthèse scientifique et pratique destinée aux médecins est en cours de rédaction par le comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Elle sera diffusée durant le premier semestre 2004.

L'unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) a été créée dans le cadre du PNNS. Elle regroupe des personnels du Conservatoire national des arts et métiers et de l'Institut de veille sanitaire. Cette unité et l'Afssa finalisent la méthodologie de la 2^e enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (Inca2) associée à l'enquête nationale nutrition-santé (ENNS) qui sera mise en œuvre en 2004, afin de suivre

l'évolution des indicateurs liés aux objectifs du PNNS. L'Usen élabore également une méthodologie destinée à la surveillance des pratiques d'alimentation chez l'enfant de moins de trois ans.

Bien d'autres actions ont été menées qui, si elles ne s'adressent pas directement aux enfants, contribuent à la sensibilisation, à l'information et à la transformation de leur environnement social et physique (l'actualité du programme est présentée sur internet avec le PNNS, cf. note 2).

En conclusion, le programme national nutrition santé a, en quelques mois, créé une forte dynamique sur la thématique nutrition. De nombreuses actions ont pu être menées. Elles permettent de donner de la cohérence aux interventions de nombreux acteurs de la nutrition au niveau national, qu'ils interviennent dans le champ de la santé ou en dehors. Ce programme n'isole pas la problématique de l'obésité de l'enfant, reconnue comme majeure, des autres aspects individuels, familiaux ou sociétaux relatifs à la nutrition. Les stratégies et actions concernent de multiples facettes qui influencent l'offre et les comportements alimentaires, ainsi que l'exercice physique. En complément des documents destinés au public, des outils pour les professionnels de santé sont élaborés afin de les aider dans leur fonction de conseil pour la population. Ils contribuent à donner la cohérence globale si nécessaire, dans un domaine où culture et représentations exercent un poids important comme déterminants des choix alimentaires.

BIBLIOGRAPHIE

HCSP (Haut comité de la santé publique). Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions ENSP, Rennes 2000 : 275 p

INSERM. Obésité Dépistage et prévention chez l'enfant. Expertise collective Inserm, Les éditions Inserm Paris 2000 : 325 p

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Programme national nutrition santé, 2001 (disponible sur le site www.sante.fr, cliquer sur « ministère » puis sur « les dossiers » puis « nutrition »)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, ASSURANCE MALADIE, INPES, AFSSA, INVS. La santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous. 2002a : 127 p

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, ASSURANCE MALADIE, INPES, AFSSA. La santé vient en mangeant : document d'accompagnement du guide alimentaire pour tous destiné aux professionnels de santé. 2002b : 93 p

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Circulaire MEN 2001-118 du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments. *Bulletin Officiel*, 28 juin 2001, n° spécial 9

6

Programme d'actions de santé mentale

Les études épidémiologiques montrent que, en prévalence année, 10 % des enfants et 15 % des adolescents présentent un trouble mental plus ou moins sévère et dont l'évolution reste incertaine.

En France, 370 000 enfants et adolescents ont eu, en 2001, au moins un contact avec le système public de soins spécialisés en psychiatrie ; ce chiffre ne tient pas compte des passages par le milieu associatif et médico-social, ni de la pratique libérale.

Ces données démontrent que la santé mentale des enfants et adolescents constitue un problème majeur de santé publique qui doit être, par conséquent, inscrit dans une réflexion plus globale sur la mise en œuvre d'une politique nationale de prévention. En 2000, date de la création d'un bureau de la santé mentale à la Direction générale de la santé (DGS), le Ministère chargé de la Santé a initié des travaux en concertation avec les représentants des usagers, de leurs familles et avec les professionnels, et a proposé une évolution de la politique de santé mentale.

Premier plan de santé mentale en 2001

Le plan national « Santé mentale : l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » présenté en novembre 2001 par Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé, proposait huit axes d'actions, dont sept ont un impact direct sur les jeunes :

- lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales par le développement d'une politique de communication ;
- améliorer les pratiques professionnelles par l'évaluation des stratégies thérapeutiques en santé mentale, la révision des formations des professionnels et l'incitation à une dynamique de réseau entre professionnels des champs sanitaire, médico-social et social ;
- développer les partenariats entre les acteurs concernés par la santé mentale : articulations interministérielles Santé/Éducation nationale, Santé/Justice, et avec les décideurs locaux ;

- poursuivre la mise en œuvre de programmes de prévention et d'actions spécifiques sur des pathologies, des problématiques (suicide) ou des publics ciblés (mineurs en grande difficulté, personnes en situation de précarité) ;
- amplifier le développement d'actions d'insertion sociale et professionnelle pour les enfants, adolescents et adultes en situation de handicap du fait de troubles mentaux ;
- organiser une offre de soins diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins en santé mentale, notamment dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire ;
- inciter au développement de la recherche fondamentale, épidémiologique et clinique, notamment par la mise en commun d'approches disciplinaires différentes.

Redéfinition d'un plan d'actions en 2003

Deux missions et quatre chantiers prioritaires ont été annoncés en conseil des ministres en juin 2003 pour la redéfinition d'un plan d'actions en psychiatrie et en santé mentale.

Une première mission (Jean-Louis Terra), établie en étroite concertation avec le Ministère de la Justice, doit permettre d'évaluer le dispositif actuel de prévention des suicides en milieu pénitentiaire.

Une deuxième mission doit proposer un « plan d'actions ciblées sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale » (Philippe Clery-Melin coordonateur, Viviane Kovess-Masfety, Jean-Charles Pascal).

Les quatre chantiers, dont un axe est spécifiquement consacré au renforcement du dispositif de pédopsychiatrie, sont les suivants :

- réorganiser l'offre de soins afin d'apporter une réponse globale, depuis le repérage précoce par le système de soins de première ligne des troubles anxio-dépressifs jusqu'à la prise en charge des troubles mentaux sévères, tout en promouvant le partenariat avec les décideurs et les acteurs sociaux et médico-sociaux et le développement du travail en réseau ;
- renforcer les mesures en direction des enfants et des adolescents pour la prise en charge des troubles mentaux dans cette tranche d'âge. Cela concerne la prévention primaire, ou « promotion de la santé mentale consistant en des programmes, largement diffusés, permettant de développer et de renforcer les mécanismes de défense des enfants et des adolescents face aux difficultés qu'ils rencontrent ». Ces mesures portent aussi sur la prévention secondaire, c'est-à-dire « une détection permettant la prise en charge précoce des troubles, donc une formation et une information des intervenants du monde de l'enfance, non seulement sur les problèmes sévères (autisme, psychoses précoces), mais aussi sur les problèmes plus fréquents que sont les troubles du comportement, l'anxiété, les phobies, mal connus et de ce fait souvent non traités ou de façon inadéquate. Ceci nécessite un partenariat avec la famille et les intervenants de

l'enfance ; gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, généralistes, médecins, personnels sanitaires scolaires, personnels de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports et de la Justice, ainsi qu'une coordination de l'ensemble de ces pôles avec les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile dont le renforcement constitue un objectif essentiel ». Enfin, une prise en charge adéquate des troubles présentés par les enfants et les adolescents nécessite une « amélioration de l'offre de soins des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de leur articulation avec le secteur médico-social » ;

- concernant l'évolution des pratiques professionnelles, développer une culture d'évaluation et clarifier les métiers en psychiatrie et en santé mentale ;
- développer la recherche et la formation en psychiatrie et en santé mentale autour de trois orientations essentielles : la recherche épidémiologique, la recherche clinique et évaluative et la recherche médico-économique.

Les propositions émanant de ces deux missions seront remises au ministre en septembre 2003.

Orientations gouvernementales de santé publique en 2003

L'évolution des orientations dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale s'inscrit dans une réflexion plus globale du gouvernement sur la mise en œuvre d'une politique nationale de prévention.

Ainsi le projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui sera soumis au Parlement en 2003, a notamment pour ambition de réduire la mortalité et la morbidité évitables avant 60 ans et de fixer des objectifs pluriannuels de santé, parmi lesquels la prévention en santé mentale constitue une priorité. Outre la mise en place de consultations médicales périodiques aux différents âges de la vie, des instruments de dépistage validés seront développés afin de réduire de manière significative les troubles mentaux non dépistés. De même, la violence et son impact sur la santé feront l'objet d'un plan d'actions national.

Par ailleurs, dans sa communication sur la santé des jeunes, en février 2003, le ministre délégué à l'Enseignement scolaire a rappelé que la mission confiée à l'école, en liaison étroite avec la famille, était de veiller au bien-être et à l'épanouissement physique, mental et social de l'élève, et d'assurer, tout au long de la scolarité, une éducation à la santé répondant aux enjeux actuels. Afin d'organiser les actions les plus adaptées, plusieurs mesures ont été annoncées, il s'agit de :

- permettre à tous les personnels en contact avec les élèves d'être en mesure de repérer les signes de souffrance psychique des adolescents et d'engager l'action appropriée en leur assurant une information et une formation inter-institutionnelle sur la connaissance des pathologies mentales et des ressources sanitaires permettant d'y faire face. Pour accompagner cette démarche, un

guide à destination des professionnels de l'éducation sera élaboré en partenariat avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ;

- améliorer et renforcer la collaboration entre les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale et les services de santé mentale. Dans ce but, des journées nationales de sensibilisation seront organisées, à destination des responsables régionaux et départementaux de la santé publique et de l'Éducation nationale, afin de favoriser la connaissance mutuelle de ces réseaux et la circulation des informations ;
- mettre en place des dispositifs originaux d'accueil des élèves en souffrance, permettant de les orienter vers les structures d'accompagnement ou de traitement adéquates.

Actions de santé mentale en cours

Constatant la forte sollicitation du dispositif de psychiatrie dans des champs d'intervention très variés (santé, éducation, famille, emploi, justice, police), le Ministère chargé de la santé a souhaité renforcer ses partenariats avec les autres ministères, notamment avec l'Éducation nationale et la Justice, afin de développer des actions dans différents domaines.

Actuellement, plusieurs enquêtes permettent de mieux connaître les troubles que présentent les adolescents.

Enquêtes internationales

L'enquête HBSC (*Health behavior among school aged children*), pilotée par l'OMS, permet de connaître l'état de santé ressenti des enfants scolarisés de 11, 13 et 15 ans. En France, cette enquête a d'abord été départementale (académies de Toulouse et de Nancy-Metz), puis nationale depuis 2002 (Félix Navarro, de l'université de Toulouse). Elle aborde une diversité de thèmes, dont plus particulièrement la nutrition, la symptomatologie somatique, l'hygiène, la sexualité, le bien-être scolaire, relationnel et familial.

L'enquête Espad (*European school survey project on alcohol and other drugs*) se focalise sur la consommation de substances psychoactives licites et illicites. En Europe, elle concerne les élèves de 15-16 ans. En France elle porte, en 2003, sur l'ensemble des élèves du second degré (collèges, lycées). Un questionnaire optionnel concerne les conduites violentes et les violences subies (Marie Choquet, Inserm et François Beck, OFDT). Le questionnaire français présente également des questions sur la dépressivité (échelle de Kandel), la tentative de suicide, les idées suicidaires et l'absentéisme scolaire.

Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

Dans le cadre des examens de santé réalisés par le médecin de santé scolaire auprès des élèves de maternelle (dernière année), d'école élémentaire (CM2) et de collège (classe 3^e), les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale ont souhaité organiser une exploitation des résultats auprès d'un échantillon d'élèves. Chaque année, un groupe d'âge fait l'objet de l'enquête. Ainsi, tous les trois ans, le même groupe d'âge sera étudié. En 2003-2004, ce sont les élèves de classe de 3^e qui seront concernés. Il est prévu d'introduire un volet « santé mentale » dans le protocole (échelle de qualité de vie, diagnostic de dépression et de boulimie). La coordination de l'enquête est confiée à la DREES.

Par ailleurs, une étude épidémiologique auprès des élèves des écoles primaires est en cours d'expérimentation (2003) dans l'académie de Versailles avant de devenir une enquête nationale. Elle est conduite par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Ile-de-France et le Ministère chargé de l'Éducation nationale. Elle permettra d'évaluer les principaux troubles extériorisés et intériorisés et l'accès au système de soin. Cette enquête comporte à la fois un questionnement auprès de l'enfant lui-même, auprès de son enseignant et de ses parents. Les données recueillies permettront d'identifier les principaux facteurs de risque.

Étude sur la coordination psychopédagogique autour des besoins des jeunes

Une enquête commune aux ministères de la Santé et de l'Éducation nationale est en cours d'élaboration (Marie Choquet, Inserm). Cette étude porte sur l'articulation entre établissements scolaires et centres médico-psychologiques (CMP) ou centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) pour les actions conduites dans la communauté.

Cette enquête doit permettre de mieux connaître les relations déjà engagées ainsi que les besoins, représentations et attentes réciproques des professionnels. Ces collaborations peuvent s'envisager au regard :

- d'un repérage précoce en milieu scolaire, des signes de mal être, des besoins de prise en charge thérapeutique et des difficultés d'accompagnement des familles vers une démarche de soins en santé mentale ;
- des articulations possibles avec les équipes de pédopsychiatrie pour des troubles qui s'expriment dans le champ éducatif : déficits des apprentissages, fléchissement scolaire, absentéisme et retards scolaires, démobilitation, décrochage ;
- de troubles mentaux invalidants (troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux et phobiques...) risquant d'induire des ruptures scolaires.

Un questionnaire sera adressé aux professionnels de l'Éducation nationale de la maternelle au lycée ainsi qu'aux équipes des secteurs de pédopsychiatrie et aux CMPP.

Expérimentations régionales d'indicateurs de planification

Dans le cadre de sa mission générale d'élaboration d'une politique nationale en santé mentale, la DGS a besoin de disposer d'éléments épidémiologiques portant sur la prévalence des troubles dans la population.

Différents travaux ayant montré que les besoins peuvent varier d'une région à l'autre, il convient, afin de prendre en compte ces inégalités pour l'allocation des ressources, de rechercher et de définir des critères simples permettant d'évaluer les problèmes de santé et l'utilisation des soins.

Afin de mener à bien ce projet, la DGS et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) se sont attachées à la collaboration d'une équipe de recherche (coordonnée par Viviane Kovess-Masfety, Fondation MGEN pour la santé publique), pour le choix des indicateurs, leur validation et leur généralisation à l'ensemble du pays.

Un cahier des charges permettra à chaque région de :

- valider les indicateurs à partir de données sociodémographiques disponibles en routine, permettant d'estimer le besoin de soins en santé mentale, dans des territoires géographiques relativement peu étendus (secteur, intersecteur) ;
- évaluer la prévalence des problèmes de santé mentale, leur impact, les populations à risque et l'adéquation de l'utilisation des soins en région.

L'enquête comprend un projet principal (enquête téléphonique sur un échantillon représentatif de 5 000 adultes) et des projets optionnels destinés à être mis en œuvre par les régions en fonction de leurs intérêts (enfants de 6-12 ans, adolescents de 12-18 ans, aidants naturels). Un appel à candidatures a été lancé en 2003 auprès des régions.

Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005

Les professionnels de la santé et du social à l'Éducation nationale, ainsi que les équipes éducatives, occupent naturellement, de par leurs contacts privilégiés et quotidien avec les jeunes, une place majeure dans le repérage des troubles mentaux et plus spécifiquement de la crise suicidaire.

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans et, pour l'ensemble de la population, il est à l'origine de plus de 10 000 décès par an en France, dont beaucoup pourraient être évités grâce à une politique de prévention. La stratégie nationale d'actions face au suicide mise en place pour la période 2000-2005 comporte quatre axes, conduits de façon interministérielle avec l'Éducation nationale, la Justice et de l'Intérieur :

- favoriser la prévention par le dépistage des risques suicidaires ;
- diminuer l'accès aux moyens létaux ;
- améliorer la prise en charge des suicidants et de leurs proches ;
- améliorer la connaissance épidémiologique du suicide.

Le premier axe (prévention) prend appui sur la conférence de consensus d'octobre 2000 : « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge »

(Fédération française de psychiatrie, 2000). Un référentiel de formation a été élaboré à partir de cette conférence de consensus. Il tend à favoriser le repérage des situations à risque en vue de mener des actions adaptées permettant de prévenir le passage à l'acte proprement dit.

À cette fin, des formations ont été organisées et ont permis de développer au niveau national une formation de formateurs. Ces formateurs s'engagent à organiser dans chaque région trois sessions de formation par an pendant trois ans.

Des binômes de psychiatres et de psychologues, formés au plan national, doivent mettre en place dans chaque région un réseau de personnes ressources et les sensibiliser au repérage de la crise. Ces actions de sensibilisation territoriales interdisciplinaires concernent plus particulièrement des professionnels qui sont susceptibles d'être confrontés dans le cadre de leurs fonctions quotidiennes à des personnes à risque suicidaire élevé, notamment les enseignants, urgentistes, médecins généralistes, personnels des associations à vocation sanitaire ou sociale, travailleurs sociaux et intervenants de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Action auprès des mineurs en grande difficulté

De nombreuses institutions des champs social et médico-social, éducatif, judiciaire et sanitaire sont confrontées à des difficultés importantes dans l'accompagnement ou la prise en charge des mineurs qui leur sont confiés. Difficiles à caractériser, ces jeunes ont connu de façon précoce des carences affectives et éducatives souvent lourdes, des ruptures, des échecs répétés, les conduisant à fonctionner sur le mode de l'impulsivité et de la transgression, avec variations d'humeur, intolérance à la frustration, incapacité d'attendre et de construire un projet, violence dirigée contre eux ou contre les autres.

Ces jeunes en grande souffrance psychique mettent à mal les structures et les équipes qui les accueillent, les projets qui leur sont proposés, et finissent par cristalliser tous les rejets. Les approches traditionnelles et segmentées des acteurs du champ de l'intervention socio-éducative et du champ de la santé mentale ont montré leurs limites dans la réponse aux besoins de ces publics.

Dans le souci d'une élaboration de pratiques professionnelles qui soient mieux à même de construire des réponses adaptées à ces difficultés, une concertation interministérielle est engagée depuis 1999.

En mai 2000, à l'initiative des ministères de la Justice et de l'Emploi et de la Solidarité, un séminaire de travail sur la prise en charge des mineurs en grande difficulté s'est tenu, produisant réflexions et recommandations dans le champ de la prévention, de l'urgence, de l'hospitalisation et du travail en réseau.

C'est en réponse aux demandes de professionnels des différents champs qui se sont exprimées à cette occasion - besoins de connaissance et reconnaissance

réci-proque, compréhensions des places de chacun, croisements et articulations des champs, régulations, organisations en réseau - qu'ont été définis les travaux interministériels actuels.

L'objectif est de favoriser les collaborations des acteurs et des institutions du champ éducatif, social et médico-social, sanitaire, judiciaire, de la police et de la gendarmerie pour la prise en charge des mineurs en grande difficulté.

Les ministères chargés de la santé et de la justice, notamment, se sont engagés dans la réalisation d'un document de référence, outil de guidance pour les institutions et les professionnels en responsabilité de ces mineurs. Cet outil viendra en appui aux expérimentations et collaborations locales et comportera :

- le recensement et l'analyse des cadres réglementaires et législatifs concernant chacun des champs d'intervention dans lesquels s'inscrivent les pratiques (champ social et médico-social, éducatif, sanitaire et judiciaire) ainsi que des dispositifs et organisations mis en place pour l'application des politiques, leurs acteurs et leurs métiers ;
- des apports théoriques multidisciplinaires reprenant l'état des connaissances actuelles sur cette question et susceptibles de venir en appui de l'élaboration des pratiques professionnelles dans les différents champs concernés ;
- le recensement des outils existants aux niveaux régional ou local (qu'ils soient politiques, institutionnels ou professionnels) permettant l'élaboration d'une prise en charge pluridisciplinaire, ainsi que des modalités concrètes de mise en œuvre (typologie des organisations mises en place, travail en réseau, recommandations générales sur la conduite de projets).

Ces travaux, en cours de finalisation, seront diffusés dans le courant de l'année 2003.

La description de toutes ces actions montre la nécessité qu'une attention soit portée à l'enfance et l'adolescence au cours desquelles se constituent des troubles qui, s'ils ne sont pas pris en compte, vont peser lourd sur la vie des adultes et sur celle de leur entourage.

BIBLIOGRAPHIE

Communication en conseil des ministres du ministre délégué à l'Enseignement scolaire : 26 février 2003. Consultable sur le site internet : www.education.gouv.fr

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. Conférence de consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, octobre 2000

Lettre de mission du Professeur Jean-Louis Terra : 23 janvier 2003

Lettre de mission du Docteur Philippe Clery-Melin : 10 février 2003

106 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ : Plan « Santé mentale : l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover », novembre 2001 : 56 p

7

Stratégie nationale d'action « alcool »

L'alcool est responsable de 45 000 décès par an, 16 000 sont dus à des cancers, 8 200 à des affections digestives, 7 600 à des maladies cardiovasculaires, 7 700 à des accidents et traumatismes. Au total, l'alcool contribue à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins. La mortalité a baissé régulièrement compte tenu de la baisse continue de la consommation d'alcool en France depuis 50 ans. Elle reste très inégalitaire en termes de catégories sociales et de répartition régionale (Direction générale de la santé, 2001).

La prévention de l'alcoolisme est inscrite dans les objectifs du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté par le gouvernement en juin 1999, et du plan national de lutte contre le cancer de mars 2003. En outre, la mise en œuvre d'une stratégie de lutte contre l'alcoolisme pour les années 2002-2004 a débuté, afin d'intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à l'alcool (Direction générale de la santé, 2003).

Objectifs d'une politique de santé publique en matière d'alcool

Les objectifs sont :

- réduire la consommation d'alcool pour réduire l'ensemble des risques à long terme liés à l'usage d'alcool (cancers et maladies cardiovasculaires notamment) ;
- réduire la mortalité, la morbidité et les handicaps résultant des accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool ;
- prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance liée à l'alcool ;
- développer l'accessibilité de modes de prise en charge efficaces pour les personnes en difficulté avec l'alcool sur le plan social (désinsertion, violences familiales) et médical (dépendance, pathologies liées à l'alcool) ;
- promouvoir la recherche, en particulier améliorer la qualité et la précision du dispositif de suivi des usages et des consommations et de leur retentissement épidémiologique.

La stratégie adoptée propose de cibler l'ensemble de la population à travers ses différents types d'usage. En effet, compte tenu de la large diffusion de la consommation d'alcool avec des niveaux élevés dans la population, on doit considérer la baisse de la consommation d'alcool comme un objectif pour l'ensemble de la population et pas seulement pour les gros buveurs. Différents usages coexistent au sein de la population en fonction des générations, des origines sociales, des régions (types d'alcools consommés, occasions de boire, quantités absorbées). Il s'agit alors de s'adresser à toute la population sur la base de repères quantitatifs qui font l'objet d'un consensus international en prenant en compte les manières de boire.

Les principes généraux de cette politique sont les suivants :

- agir de façon intense et continue ;
- adopter une approche combinée des conduites de consommation des substances addictives chaque fois que cela est efficace, notamment pour la prévention ;
- combiner dans chaque programme l'information actualisée, la communication, les approches éducatives, les interventions individuelles et une action globale et vigoureuse sur le contexte ;
- agir prioritairement dans les groupes sociaux ou les zones géographiques dont les indicateurs sanitaires liés à l'alcool sont les plus mauvais.

Les grands axes du programme sont au nombre de sept :

- intensifier et diversifier la communication publique pour diffuser des normes de consommation basse ;
- réduire les comportements à risque et les accidents de la circulation liés aux consommations festives, notamment à travers l'information, la communication, le partenariat, le contrôle et la répression de la conduite sous influence de l'alcool ;
- mettre en place chez les adolescents une éducation portant simultanément sur toutes les substances psychoactives ;
- développer un contexte favorable à une consommation faible à travers une communication vers les élus et les leaders d'opinion, et à travers la réglementation ;
- repérer l'usage nocif en médecine générale pour motiver et aider les buveurs à réduire leur consommation ;
- améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des techniques de traitement et la prévention des rechutes dans la prise en charge des malades de l'alcool ;
- accentuer la prise en compte de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Concernant les adolescents, le programme préconise une éducation pour la santé en groupe portant simultanément sur toutes les substances psychoactives à travers une information sur les effets et les risques des produits, des actions visant à renforcer la capacité de résister à la pression du groupe et à faciliter les demandes d'aide.

Le programme d'information « Savoir plus, risquer moins » mis en place par la Mildt en 1999 s'inscrit dans une approche globale, avec des modes d'intervention appropriés. Il doit être appliqué dès le collège pour tenir compte de la problématique des consommations précoces et doit être répété au cours du cursus scolaire compte tenu de la diversification et de l'intensification des consommations vers 16-17 ans.

Le constat fait par les experts regroupés par l'Inserm (Inserm, 2001) amène à rechercher, dans la lignée de ce qui a été entrepris par la Mildt, une amélioration de la qualité des interventions, qui tienne compte des acquis de la recherche en prévention.

L'élaboration de recommandations pour les outils et de cahier des charges de nouveaux modes d'intervention devra être poursuivie afin d'intégrer à l'approche globale les éléments issus de la recherche en prévention, en particulier quant à l'articulation entre conduites et produits ; les programmes qui en seront issus ou qui s'inscriront dans cette méthodologie devront être testés et soigneusement évalués avec des méthodes rigoureuses quant à leurs effets chez les jeunes.

La précocité des usages et les polyconsommations constituent des facteurs de gravité. Ces usages sont souvent considérés comme s'intégrant dans un tableau plus général de conduites à risque (problèmes sociaux, absentéisme scolaire, bagarres, petite délinquance...). Les services en charge des jeunes en difficulté n'y prêtent pas une attention spécifique tandis que les structures spécialisées, tournées vers les personnes dépendantes plus âgées et plus désinsérées, sont peu adaptées à ce public. Les structures socio-éducatives comme les structures spécialisées ou les médecins généralistes doivent porter une attention à ces situations de polyconsommation en s'attachant à les identifier, à les évaluer et à les prendre en charge, en recourant au besoin à des services spécialisés.

BIBLIOGRAPHIE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. Stratégie d'action alcool, novembre 2001 : 34 p

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. Rapport de la commission d'orientation sur le cancer, janvier 2003 : 336 p

INSERM. Alcool. Effets sur la santé. Expertise collective Inserm. Les éditions Inserm, Paris 2001 : 358 p

8

Éducation pour la santé dans le système scolaire français

Les politiques nationales définissant les orientations des systèmes scolaires relient maintenant étroitement l'éducation pour la santé à la promotion de la santé. Pour les établissements scolaires, cette approche repose sur une combinaison de mesures et de responsabilités dans différents registres :

- le curriculum (les contenus d'enseignement) ;
- l'environnement (physique, organisationnel et psychosocial, intégrant les valeurs et les aspects relationnels) ;
- les services de santé ;
- les partenariats (avec les parents, les communautés, le secteur de santé) ;
- le fonctionnement de l'école.

Dans une revue de programmes de promotion de la santé réalisés dans l'enseignement primaire, St Leger (1999) fait le constat suivant :

- l'amélioration de la santé augmente les capacités d'apprentissage des enfants et la réussite scolaire ;
- l'environnement physique a un impact sur la santé, le bien-être et la capacité à apprécier la vie ;
- l'environnement scolaire social, bien que difficile à mesurer, a des répercussions sur la santé et sur les conduites à risque durant l'adolescence et les apprentissages scolaires ;
- les méthodes actives et interactives d'éducation pour la santé, ainsi que le développement des compétences psychosociales, apparaissent efficaces.

Les facteurs d'efficacité sont la formation des enseignants, l'existence de partenariats avec les parents et les communautés locales ainsi que la mise à disposition d'outils qui impliquent les élèves dans des activités de pensée et d'action indépendantes. La collaboration intersectorielle facilite l'aspect global et multidimensionnel des programmes et en améliore les gains. Un constat voisin est effectué par Kann et coll. (1995) qui notent, à propos de la réduction des comportements à risque, que l'efficacité est fonction de la formation des enseignants, de la fidélité au programme enseigné, de l'allocation de temps, de la qualité des outils pédagogiques, de l'implication des familles, du soutien de la communauté et de l'administration, de la coordination entre les différentes composantes du projet, de la globalité de l'approche et même de la qualité de l'évaluation.

Le recueil effectué par St Leger (1999) montre l'importance de l'amélioration des compétences psychosociales et de l'environnement social. Elle souligne les interactions entre les apprentissages scolaires et la démarche de promotion de la santé qui constitue de ce fait un paradigme susceptible d'intéresser les acteurs du système éducatif. Les programmes centrés sur la promotion de la santé mentale semblent prometteurs (Hosman, 1999). Pour cet auteur, ils ont montré des effets en termes de bien-être psychologique, de meilleur ajustement psychologique et de diminution des difficultés d'apprentissage scolaire, des problèmes de comportement et des agressions. Dans cette perspective, l'accent est mis sur la personne et ses environnements sociaux et sur le développement des facteurs psychologiques et sociaux de la santé. Les facteurs psychologiques comprennent les facteurs de santé émotionnelle (estime de soi, conscience de soi, attention à soi, liens affectifs précoces positifs, sentiment de sécurité, développement émotionnel) et les compétences psychologiques (résolution de problèmes, gestion du stress, capacité à faire face à l'adversité, adaptabilité, compétences sociales). Les facteurs sociaux favorables sont la qualité des relations interpersonnelles, les soutiens sociaux, l'appartenance à des réseaux, la participation sociale, la responsabilité, la tolérance, le degré et les possibilités d'autonomisation, l'intégration des minorités...

Orientations françaises : « l'éducation à la santé »

En France, les professionnels de la santé utilisent plutôt l'expression « éducation pour la santé », et ceux du système éducatif « éducation à la santé », par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement. Selon eux, l'emploi de la préposition « à » veut mettre l'accent sur la dimension éducative de cette mission.

L'implication du système éducatif français dans des préoccupations sanitaires n'est pas récente. Au-delà des approches les plus anciennes, hygiénistes, moralistes et prescriptives, a émergé progressivement, depuis une vingtaine d'années, une approche plus centrée sur les élèves, plus sensible au dialogue, à l'écoute, au respect des élèves, au repérage de ceux qui sont les plus en difficulté et témoignant d'une préoccupation d'insertion des élèves porteurs de handicaps.

La politique du Ministère chargé de l'Éducation nationale (MEN, 1989), qui place l'élève au cœur du système éducatif, a inscrit l'éducation pour la santé parmi les préoccupations de la communauté éducative.

Depuis une dizaine d'années, l'évolution vers une approche de promotion de la santé (bien que rarement nommée comme telle) apparaît plus nettement, avec en particulier la création des Comités d'environnement social (CES) puis des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). La mise

équipes, ainsi qu'avec les partenaires locaux susceptibles de concourir à l'éducation ou la promotion de la santé. On note cependant qu'en France, ce concept peine à être reconnu hors des milieux de la santé publique ; il n'est que rarement utilisé dans les textes officiels émanant des autorités éducatives, en dehors peut-être de ceux qui concernent spécifiquement les infirmières et les médecins de l'Éducation nationale.

La politique du Ministère de l'Éducation nationale en matière de santé est essentiellement encadrée par différents types d'instructions :

- les programmes officiels régissant les enseignements obligatoires (contenus, apprentissages) ;
- les textes organisant les dispositifs et les activités éducatives et promouvant une approche éducative de la santé au niveau de l'établissement et de la vie scolaire (projet d'établissement, Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté...) ;
- les textes organisant les missions des infirmières et des médecins de l'Éducation nationale ainsi que les activités de soins ou de dépistage, que nous n'envisagerons pas ici.

On pourrait également citer les textes tendant à favoriser « l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans le premier et le second degré » ou encore ceux qui réglementent les aspects relevant de la sécurité sanitaire ou nutritionnelle.

Parallèlement, des directives ponctuent l'année scolaire, dont certaines demandent aux établissements de s'associer à des événements récurrents, telles la journée du 1^{er} décembre contre le sida et la journée sans tabac, d'autres imposant des thématiques prioritaires annuelles comme la campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens pour l'année scolaire 1999-2000 (MEN, 1999a). Enfin le ministère a distribué aux établissements différents outils. Certains d'entre eux sont audiovisuels, comme la vidéocassette « Tempo Solo » diffusée en 1996 (de Peretti et Leselbaum, 1998), d'autres sous forme de guides comme les « Repères pour la prévention des conduites à risques » (MEN, 1999b).

Ces dernières années, le Ministère chargé de l'éducation nationale a précisé les nouvelles orientations nationales relatives à l'éducation pour la santé afin de renforcer le rôle de l'école dans ce domaine et pour en généraliser les pratiques. Il en a redéfini le cadre tout en l'inscrivant « dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté ». L'année 1998 a été marquée par la promulgation de plusieurs textes officiels marquant la volonté du Ministère de l'Éducation nationale de relancer et développer l'éducation à la santé dans les établissements scolaires :

- conférence de presse du 11 mars : « Plan de relance pour la santé scolaire » (MEN, 1998a) ;
- circulaire du 1^{er} juillet (98-108) : « Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (MEN, 1998b) ;

- circulaire du 19 novembre (98-234) : « Éducation à la sexualité et prévention du sida » (MEN, 1998c) ;
- circulaire du 24 novembre (98-237) : « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège » (MEN, 1998d).

Plus récemment, la circulaire du 2 mai 2002 fixe le cadre général de la « politique de santé en faveur des élèves » (MEN, 2002b). Cette circulaire propose d'installer un observatoire de l'enfance et de l'adolescence auprès du Directeur de l'enseignement scolaire. Elle articule le projet académique de santé des élèves et le plan académique de formation tout en renforçant, à l'échelon régional, le cadre partenarial entre le système éducatif et le système de santé (programmes régionaux de santé, schémas régionaux d'éducation pour la santé). Elle promeut également le partenariat local, notamment avec le secteur de la santé mentale pour une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des élèves. Parallèlement, elle incite à l'amélioration du suivi des anomalies détectées lors des examens de santé en lien avec les acteurs impliqués. Dans le champ de l'éducation à la santé, tout en rappelant la nécessité d'associer étroitement les familles, cette circulaire renforce le statut de l'éducation à la sexualité (en application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception). Enfin, elle conforte le CESC ainsi que le projet santé de l'établissement.

Circulaires de 1998 : ancrage de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement

Dans le cadre des programmes obligatoires, l'éducation pour la santé a longtemps été appréhendée dans sa dimension physiologique, de manière progressive, essentiellement dans le cadre des enseignements de biologie ou de sciences de la vie et de la Terre. L'éducation physique et sportive constitue une autre discipline traditionnellement associée à la santé, de par l'activité physique générée et l'entraînement à l'endurance.

Conformément aux recommandations du Haut comité de la santé publique (HCSP, 1997), qui souligne l'importance de l'éducation à la vie et la nécessaire précocité des actions d'éducation à la santé, et à celles du rapport Geveaux (1995), qui préconise de renforcer la responsabilité de l'école pour « aider et préparer les jeunes à prendre en charge leur santé », les circulaires de 1998 engagent « tous » les acteurs de l'école à s'impliquer dans l'éducation à la santé. Le ministère insiste sur la précocité de cette démarche éducative et aussi sur le principe de progressivité : « L'éducation à la santé se déroule tout au long de la scolarité. » Il demande la cohérence de l'éducation à la santé avec le projet d'école, ou le projet d'établissement, dans lequel l'éducation à la santé doit trouver sa place, en liaison avec le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

114 Les écoles maternelles et élémentaires sont également invitées à participer au renforcement et au développement de l'éducation à la santé. Cependant, le

cadre de l'éducation à la santé dans l'enseignement primaire est moins précisément défini que pour les collèges (notamment en ce qui concerne les horaires), comme l'observe le rapport « Alcool et santé » de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale (Assemblée nationale, 1998).

Le ministère a fixé le cadre éthique dans lequel il entend situer l'éducation à la santé, appelant un cadre éducatif global soucieux de « l'amélioration des conditions de vie et de travail de chacun » et s'accompagnant « d'un esprit d'écoute, de respect et de disponibilité des adultes vis-à-vis des élèves... » Il rappelle que « à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement... » (circulaire 98-108).

La circulaire 98-237 décrit, pour chaque cycle et pour chaque discipline, les compétences qui constituent les objectifs de l'éducation à la santé dans les domaines de la connaissance et de la maîtrise du corps, de la sexualité et de la reproduction, de l'environnement et enfin de la vie sociale. Parallèlement, elle indique aussi les compétences personnelles et relationnelles transversales, de l'ordre du savoir-être, qui doivent être développées tout au long de la scolarité : image de soi, autonomie et initiative personnelle, relations aux autres et solidarité, esprit critique, responsabilité. Cette circulaire explicite en annexe les objectifs visés par l'éducation à la santé dans le premier et le second degré. À l'école primaire comme au collège, les compétences qui doivent être développées concernent différents registres et impliquent plusieurs disciplines : découverte du monde, éducation physique et sportive, éducation civique, sciences et technologie, puis arts plastiques et lettres, dans une perspective transversale.

La nouveauté de cette circulaire est d'ancrer l'éducation pour la santé dans plusieurs disciplines (essentiellement, mais pas seulement, l'éducation civique, les sciences de la vie et de la terre et l'éducation physique et sportive), et non plus seulement la biologie. Elle instaure un lien fort entre l'éducation civique et l'éducation pour la santé et situe la place de celle-ci au sein des programmes. Elle met l'accent sur les objectifs définis en termes d'acquisition de compétences, de savoir-faire et de savoir-être. De plus, au-delà des programmes, elle demande aux collèges de programmer des activités éducatives sur la santé, inscrites dans le projet d'établissement, et donc pour une durée pluriannuelle.

En effet, la circulaire 98-237 élargit et structure le cadre de l'éducation à la santé dans les collèges en instaurant, « à côté des enseignements et en relation avec eux », des « rencontres éducatives sur la santé », dont l'horaire global doit être compris, en moyenne, entre 30 et 40 heures durant la scolarité au collège. Ces rencontres éducatives doivent comporter des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité, en plus des enseignements et des activités complémentaires (circulaire 98-234). L'organisation de ces rencontres est

laissée à l'initiative de chaque collègue, ainsi invité à programmer ces rencontres éducatives dans le projet d'établissement.

Du primaire au collège, la circulaire 98-237 organise pour chaque cycle la progressivité des apprentissages et des questions relatives à la santé, du niveau le plus simple et le plus concret vers des aspects de plus en plus précis et complexes.

Connaissance et maîtrise du corps

Dans le primaire, la connaissance du corps et de ses grandes fonctions concerne surtout la nutrition et la motricité, avec des apprentissages relatifs à la connaissance de ses capacités physiques, de ses ressources et de ses limites, à la gestion des efforts et à la reconnaissance et la gestion des risques. Les rythmes de vie et les règles d'hygiène doivent être abordés dès le cycle 1, puis de nouveau traités dans les cycles 2 et 3.

Au collège, les aspects relatifs à la motricité (en introduisant des notions d'ergonomie posturale) et à la nutrition (y compris les consommations nocives) sont de nouveau envisagés, de même que leurs effets potentiels sur la santé. D'autres fonctions sont abordées, telles la respiration et les différentes modalités de défense contre les infections.

Environnement et santé

Dès le cycle 1, l'enseignement primaire appréhende la question du lien entre l'environnement, la sécurité et la santé en insistant en premier lieu sur la sécurité domestique et routière chez les plus petits (au cycle 1), puis sur les nuisances et les responsabilités personnelles et collectives à l'égard de l'environnement (cycle 3). Ce thème de l'environnement est de nouveau travaillé au collège sous divers aspects (protection de l'environnement, responsabilité humaine, incidence des pratiques d'élevage sur la santé, risques naturels et technologiques).

Vie sociale et santé

Dans le primaire, l'enseignement envisage les principes de la vie en société, des règles de vie dans la classe et l'école et les responsabilités individuelles et collectives à l'égard des droits de l'Homme et de la santé. La question de la consommation est associée à cet apprentissage de la vie sociale et l'éveil de l'esprit critique face aux messages publicitaires est favorisé, de même qu'un premier niveau de réflexion sur les produits de consommation. Enfin, en cycle 3, un apprentissage de quelques attitudes fondamentales face à l'urgence doit avoir lieu : alerte et gestes de premiers secours.

Au collège, certains thèmes sont approfondis, tels la sécurité, la prévention des accidents et de la violence, le système de solidarité, l'étude des messages médiatiques en matière de santé, alors que d'autres aspects plus spécifiques sont proposés aux élèves sous forme de discussions (protection contre les

infections, dont les maladies sexuellement transmissibles, transfusion sanguine, greffes).

Sexualité et reproduction

La reproduction est envisagée essentiellement dans le cadre des enseignements de biologie (découverte du monde, sciences et technologie dans le primaire puis sciences de la vie et de la terre au collège). Cet aspect doit être abordé dès le cycle 1 du primaire comme une des grandes fonctions du monde vivant. La reproduction humaine et la sexualité sont de nouveau envisagées au cycle 3 du primaire puis en sixième dans le cadre d'une approche comparative des divers modes de reproduction animale.

La circulaire 98-234 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida demande la mise en œuvre d'une éducation à la sexualité dans les collèges, en priorité pour les classes de quatrième et de troisième.

« L'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la/leur sexualité dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. » En complément des enseignements relatifs à la reproduction, la transmission de la vie, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, il est institué des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité d'une durée annuelle minimale de 2 heures. Organisées de préférence en petits groupes, ces séquences envisagent les dimensions affectives, psychologiques et sociales de la sexualité. Elles sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de personnes volontaires et formées. Cette circulaire a d'emblée été accompagnée par la constitution d'un réseau de formateurs au sein de chaque académie.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001) renforce le champ de l'éducation à la sexualité en demandant aux écoles, aux collèges et aux lycées de réaliser chaque année 3 séances obligatoires « par groupe d'âge homogène ». Les textes de cadrage de ces dispositions a été publié en 2003 (MEN, 2003).

Pour les lycées

Les instructions relatives aux contenus des programmes des lycées n'ont pas été modifiées par les circulaires de 1998. Toutefois, la loi du 4 juillet 2001 (MEN, 2003) étend l'obligation d'éducation à la sexualité aux lycées.

En lycée d'enseignement général et technologique, les questions relatives à la santé sont abordées dans les enseignements de sciences de la vie et de la terre, sciences sanitaires et sociales et en d'éducation physique et sportive pour les filières des sciences médico-sociales. Concernant l'éducation physique et sportive, les objectifs disciplinaires ont été réaménagés depuis quelques années. L'enseignement de cette discipline doit permettre aux élèves de développer leurs ressources physiques et motrices, d'accéder à la culture que représente la

pratique des activités physiques et d'intégrer les connaissances et les savoirs permettant l'entretien de leurs potentialités et l'organisation de leur vie physique aux différents âges de l'existence (Cogérino et coll., 1998).

En outre, les nouveaux programmes des lycées (rentrée 1999) ont introduit un nouvel enseignement : l'éducation civique, juridique et sociale (ECJS) qui entend favoriser l'apprentissage actif de la citoyenneté. La méthode pédagogique privilégiée est le débat argumenté, fondé sur la réalisation de dossiers documentaires relatifs à diverses dimensions de la vie sociale. Tout comme l'ECJS, les travaux personnels encadrés (TPE) constituent une nouvelle opportunité d'implication active, interactive et durable des lycéens dans des thématiques en lien avec la santé. Il pourrait d'ailleurs être fort instructif d'évaluer l'intérêt des jeunes pour les sujets de santé en examinant la fréquence de tels choix, tant en ECJS que pour les TPE.

En lycée professionnel, l'ECJS a été introduite plus récemment pour les classes de BEP et de BAC PRO (rentrée 2001). Il existe également un cadre disciplinaire favorable à l'éducation pour la santé dans la mesure où les élèves de CAP et BEP bénéficient d'un enseignement de vie sociale et professionnelle, à raison d'une heure hebdomadaire. Par ailleurs, le projet d'établissement et le comité d'éducation à la santé et la citoyenneté organisent dans chaque établissement les activités éducatives relatives à la santé, en fonction des besoins locaux ou de directives nationales.

Cadre de la prévention à l'échelon des établissements : projet d'établissement et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

La circulaire de juillet 1998 (MEN, 1998b) redéfinit la politique de prévention que le ministère veut promouvoir au niveau des établissements. Cette circulaire établit les principes fondamentaux de la politique éducative des établissements en matière de prévention et instaure les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), dans le prolongement des anciens Comités d'environnement social (ces) mis en place en 1990 (MEN, 1990a et b) et renforcés en 1993 (MEN, 1993). L'évaluation des CES (Ballion, 1998) avait indiqué leur intérêt fonctionnel pour organiser de manière cohérente des actions de prévention qui auparavant étaient dispersées, pour mobiliser les adultes et les élèves, renforcer les partenariats et améliorer le climat et les relations entre adultes et élèves.

Responsabilité et politique du système éducatif en matière de prévention

D'après la circulaire de juillet 1998, les principes de la responsabilité du système éducatif en matière de prévention peuvent être énoncés en trois points :

- les actions de prévention s'inscrivent dans un projet éducatif d'ensemble, cohérent, qui prend en compte la santé des élèves et le développement progressif de leur responsabilité citoyenne ;

- le ministère engage fortement la responsabilité de l'ensemble des personnels de l'Éducation nationale « dans ce devoir de prévention ». Il demande également que les parents soient informés des actions et associés à leur organisation ;
- le partenariat est un aspect nécessaire de cette mission : il est placé sous la responsabilité des établissements mais ne doit pas être un prétexte pour désengager l'institution scolaire de ses responsabilités.

La politique de prévention dans les établissements scolaires s'appuie sur une démarche de projet, cohérente, globale, intégrée au projet d'établissement et inscrite dans le projet académique de santé des élèves. La politique de prévention se fonde sur la cohérence de l'ensemble des discours, des actions et des comportements de chacun des acteurs de la communauté scolaire. Elle s'intègre dans une démarche éducative globale du développement du sens des responsabilités des élèves. Elle se décline, enfin, à chaque étape du projet d'établissement.

La circulaire de 1998 introduit timidement la notion de promotion de la santé comme démarche intégrée à la vie scolaire, prenant en compte l'ensemble des nombreux facteurs susceptibles d'influer sur la qualité de la vie des élèves et des adultes. Il est demandé aux adultes un esprit d'écoute, de respect et de disponibilité à l'égard des élèves, une attention aux signes pouvant traduire des difficultés et, le cas échéant, une collaboration avec les personnels concernés. Enfin, cette circulaire met l'accent sur les aspects éducatifs, la valorisation des élèves ainsi que le développement de leur autonomie et de leur sens des responsabilités.

La circulaire de 2002 (MEN, 2002b) conforte le projet santé de l'établissement, véritable instance de définition de la politique de santé de l'établissement. Son élaboration doit être concertée et tenir compte des besoins et des préoccupations des élèves. Le projet santé d'école ou d'établissement doit intégrer les différentes composantes contribuant à la santé des élèves auxquels il attribue un rôle actif.

Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Le CESC a succédé en 1998 au CES, créé dès 1990, qui avait initié une politique de prévention partenariale vis-à-vis des conduites à risque et des violences, avec les suivis nécessaires. Les missions du CESC ont été élargies ; elles se déclinent en six axes complémentaires qui organisent le projet de l'établissement pour la santé, la citoyenneté et la lutte contre l'exclusion (tableau 8.I).

Le CESC est l'instance de l'établissement scolaire qui organise la prévention des conduites à risque, dans une démarche de projet. Le CESC concerne surtout le second degré, mais il devrait aussi impliquer le primaire. La perspective est éducative et relie l'éducation pour la santé et l'éducation à la citoyenneté. Le CESC est présidé par le chef d'établissement et peut fonctionner en

assemblée plénière et/ou en commission restreinte. La participation, accompagnée, des élèves est encouragée et l'accent est mis sur une approche positive, valorisant les capacités des élèves.

Partant d'une logique centrée sur l'établissement, le CESC s'inscrit comme une des instances du maillage public de prévention, en concertation, en particulier, avec les structures de la politique de la ville impliquées dans la lutte contre l'exclusion. Les recteurs, les inspecteurs d'académie et les directeurs des services départementaux de l'Éducation nationale sont sollicités pour mettre en œuvre une politique visant à généraliser ce dispositif, en priorité dans les zones d'éducation prioritaire et dans les sites les plus exposés à la violence.

La circulaire de 2002 (MEN, 2002b) demande la généralisation des CESC, dont la couverture a atteint 70 % dans le second degré, ainsi que leur extension aux écoles.

Difficultés

Certaines difficultés d'ordre à la fois théorique et organisationnel freinent encore la pratique de l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

Mise en œuvre des programmes

Il subsiste des tensions entre les visions informative et promotionnelle de la prévention et entre les approches normatives et participatives de l'éducation à/pour la santé. Ces tensions apparaissent également dans les divers textes officiels, en raison, de la sensibilité des rédacteurs impliqués dans leur élaboration.

Ainsi, les nouveaux programmes de l'école primaire (MEN, 2002a) témoignent d'une approche prescriptive de l'éducation pour la santé, réduite à des informations relatives, pour l'essentiel, à des principes d'hygiène ou à des règles de sécurité personnelle et collective. L'accent est mis sur l'instruction civique, avec en particulier l'instauration d'un débat hebdomadaire (« vivre

Tableau 8.1 : Missions du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention
Organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement
Assurer le suivi des jeunes dans et hors de l'école (relais internes et externes)
Venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être
Renforcer les liens avec les familles
Apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés

ensemble », « vie collective ») visant à promouvoir l'apprentissage de compétences sociales dans le cadre des contraintes de la vie en collectivité. La référence à l'éducation à la santé y est particulièrement ténue et l'articulation avec la circulaire de 1998 (MEN, 1998d) n'est pas explicitée. On peut d'ailleurs se demander si les auteurs des circulaires « santé » ont été consultés.

À propos du second degré, Cogérino et coll. (1998) ont montré les écarts et les tensions entre les discours et les pratiques des acteurs : « Pour les enseignants d'éducation physique et sportive, la dimension physiologique de la santé occulte particulièrement la dimension psychologique ; le rôle préventif de l'activité physique est restreint, réduit à la seule pratique des courses de longue durée ; pour les enseignants des sciences de la vie et de la terre interrogés, la dimension physiologique est aussi dominante ; la transmission de connaissances scientifiques est privilégiée, sans prise en compte des attentes des élèves. » Pour les auteurs, ces résistances peuvent être imputées aux représentations des enseignants de leur légitimité disciplinaire, à la mise à distance d'aspects intimes ou à la difficulté de développer des démarches pédagogiques moins sécurisantes pour les enseignants. C'est dire l'opportunité que représente le cadre des rencontres éducatives sur la santé, instaurées en 1998.

Implantation des CESC

La couverture des CES/CESC, y compris en secteur sensible, est encore imparfaite. Ce dispositif repose sur l'établissement scolaire, ce qui représente un facteur d'adaptation et de souplesse mais aussi de fragilité. En 1998, Ballion soulignait les besoins des acteurs, qui souhaitent l'investissement des autorités aux différents niveaux, pour soutenir, épauler et guider les comités qui existent, mais aussi pour aider les établissements qui n'en possèdent pas à en créer. Les attentes des établissements concernent essentiellement la définition claire des priorités et des critères d'évaluation de la pertinence des actions engagées. Les équipes souhaitent également avoir des possibilités d'échanges sur leurs expériences respectives.

Ballion soulignait également le manque fréquent de communication interne aboutissant à un manque de visibilité du dispositif. Il observait que les élèves ne sont pas systématiquement impliqués dans les ces. Il notait que ceux-ci impliquent, outre la mutation des pratiques, un accroissement des tâches, qui incombe le plus souvent aux chefs d'établissement (Ballion, 1998).

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'administration de l'Éducation nationale (IGAEN) (Lagardère et coll., 1999) ont observé que les initiatives des établissements scolaires, quoique riches et foisonnantes, sont souvent fragiles, ponctuelles et fugaces, car trop liées à l'engagement personnel de quelques acteurs. Les inspecteurs regrettent qu'elles ne soient que rarement évaluées et qu'elles ne donnent pas lieu à des échanges d'expériences. En ce sens, les assises régionales des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté annoncées dans la circulaire de 2002 (MEN, 2002b) constituent une opportunité attendue.

Le rapport Baeumler (2002) confirme la pertinence du dispositif et son importance dans la construction des politiques préventives au sein des établissements scolaires. Toutefois, il souligne encore trois difficultés principales :

- la mise en cohérence des politiques de prévention émanant des différents dispositifs co-existant au sein des établissements ;
- la faible implication des élèves, des parents et souvent des enseignants, ainsi que des difficultés avec les partenaires de l'Éducation nationale ;
- l'inscription insuffisante du CESC dans les politiques éducatives locales.

Partenariat

Le recours au partenariat est fréquent dans le domaine de l'éducation/promotion de la santé tant au niveau des établissements scolaires (Berger et Leselbaum, 2002 ; Merini et de Peretti, 2002) que des instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) (Berger et coll., 2000). Il s'agit là d'une dimension importante de l'éducation/promotion de la santé, mais qui suppose une culture réelle du partenariat, tel que Merini (1999) le définit : « Le minimum d'action négocié visant la résolution d'un problème commun en complémentarité ». Cette définition met en exergue la communauté des objectifs des partenaires et les négociations nécessaires pour clarifier les processus de collaboration. Les partenariats sont sollicités tant en interne, pour constituer et faire vivre le CESC, qu'en externe, avec les partenaires de l'Éducation nationale. Le partenariat abouti est facteur de changement, et donc probablement de risque, surtout si les attentes ou les modes de régulation n'ont pas été préalablement négociés. On a vu aussi l'inertie fréquente (la crainte ?) face à la nécessité proclamée d'associer effectivement à ces démarches les élèves et aussi les parents.

Par ailleurs, le partenariat avec le milieu de la santé publique implique une reconnaissance réciproque. À cet égard, on remarque que l'appel à projets régionalisés de 1996 destiné à financer des études et actions de communication et de promotion de la santé, notamment dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, n'avait financé qu'une structure dépendant du Ministère de l'Éducation nationale, un rectorat (Schapman, 1997). On peut se demander si l'appel d'offre a été diffusé dans les milieux de l'Éducation nationale (IUFM, universités...).

Toutefois, la circulaire de 2002 (MEN, 2002b) tend à renforcer le partenariat entre les systèmes éducatif et de santé, en particulier dans les champs du recours et de l'accès aux soins, de la prévention des souffrances psychiques et de l'éducation pour la santé. Elle insiste sur la nécessité de l'implication des autorités éducatives régionales et départementales dans les instances régionales d'élaboration des programmes régionaux de santé (PRS), d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS) ainsi que des schémas régionaux d'éducation pour la santé. Elle propose enfin

conventions signées par les recteurs et les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales.

En conclusion, les autorités éducatives françaises ont fait le choix d'un modèle qui recherche la cohérence entre le projet éducatif des établissements et leur projet de santé et qui associe divers aspects de la prise en considération de la personne de l'élève et de sa santé. Privilégier cette option signifie favoriser la synergie entre la mission éducative des établissements scolaires et la mission de promotion de la santé, compte tenu des interactions importantes entre santé, scolarisation, éducation et insertion sociale. Bien des avancées ont eu lieu au cours des dernières années. Le cadre institutionnel de l'éducation à la santé a été nettement défini et amélioré. Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et les rencontres éducatives imposent une démarche de projet qui envisage différentes dimensions : la classe, l'établissement et l'environnement (avec, en premier lieu, les familles). Par ailleurs, les directives les plus récentes semblent manifester une volonté de structurer l'éducation à la santé autour des thèmes de l'éducation à la sexualité, l'éducation alimentaire et la prévention des conduites à risque. Différents niveaux de soutien et de guidance sont maintenant nécessaires au développement et à l'animation de ce cadre : les établissements ont besoin d'aides diversifiées pour remplir leurs nouvelles missions (cohérences des diverses directives, incitations, formations, échanges de pratiques, aides méthodologiques à l'action et à l'évaluation, outils...). Des supports ont été développés, mais beaucoup reste à faire.

De nombreuses difficultés et questions persistent. La volonté durable et manifeste des pouvoirs publics de promouvoir cette mission dans le système éducatif est indispensable pour soutenir son développement. À la fin des années 1980, on a vu au Royaume-Uni la fragilité du statut accordé à l'éducation pour la santé, dès lors que s'opère un retour aux missions princeps de l'école. En France également, les nouveaux programmes de l'école primaire sont très discrets quant à la question de l'éducation à la santé. De même, on ne peut qu'être troublé par l'absence de référence aux rencontres éducatives dans les circulaires les plus récentes. En outre, bien que de nombreux acteurs de l'éducation pour la santé souhaitent privilégier une approche positive de la santé, la tension est forte qui pousse vers une approche thématique normative ou purement informative des seules dimensions physiques de ce paradigme. Les identités et les logiques professionnelles tendent à réduire la prise en compte de la santé. De même, il n'est pas toujours facile de prendre en considération les dimensions fonctionnelles et relationnelles des communautés scolaires.

La formation initiale et continue des différentes catégories d'acteurs impliquées dans l'éducation et la promotion de la santé représente un enjeu majeur de leur développement. Deschamps (1998) insiste sur l'intérêt de l'interdisciplinarité de ces formations pour une meilleure compréhension réciproque des

identités professionnelles et pour favoriser une approche convergente. À notre sens, l'ensemble des professionnels devrait être considéré pour renforcer et stabiliser l'assise de cette mission dans le système éducatif : décideurs, conseillers pédagogiques et inspecteurs de l'Éducation nationale qui ont un rôle moteur dans le primaire, chefs d'établissement, enseignants, médecins, infirmières et assistantes sociales de l'Éducation nationale...

Les partenariats internes et externes aux établissements scolaires représentent une dimension importante de l'éducation et la promotion de la santé, à condition que la communauté des objectifs soit définie et les processus de collaboration clarifiés.

Enfin la problématique des évaluations nécessite une réflexion et un investissement approfondis. À cet égard, les insuffisances sont nombreuses, y compris dans la littérature scientifique. Sans envisager ici la question de l'évaluation des effets, somme toute la plus simple, nous voudrions plaider pour une approche ouverte, pluridisciplinaire, multiple et non exclusive, qui contribue au diagnostic, à la régulation, au jugement et introduise de la réflexion et de la communication (Berger, 1988). Il s'agit donc d'articuler différents regards, différentes approches quantitatives et qualitatives, internes et externes, des processus et des effets (qu'ils soient attendus ou non), pour aider à élucider le sens des dynamiques créées dans un domaine complexe, l'éducation et la promotion de la santé, où il n'existe pas d'étalon standard.

BIBLIOGRAPHIE

ASSEMBLÉE NATIONALE. Rapport d'information de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales présenté par Hélène Mignon. n° 983, Paris 1998 : 81 p

BAEUMLER JP. L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, Rapport présenté au Premier ministre, Paris 2002 : 116 p

BALLION R. Les Comités d'environnement social. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques ehess-cnrs pour OFDT, 1998 : 130 p

BERGER G. L'évaluation en travail social. Presses Universitaires de Nancy, 1988 : 213 p

BERGER D, COGERINO G, JOURDAN D, MARZIN P, MOTTA D et coll. Éducation à la santé - État des lieux des formations proposées par les Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). Communication aux XXII^{es} journées internationales sur la communication, l'éducation et la culture scientifique et industrielle, Chamonix, mars 2000

BERGER G, LESELBAUM N. La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation. Documents actes et rapports pour l'éducation, CRDP du Languedoc-Roussillon, 2002

COGERINO G, MARZIN P, MECHIN N. Prévention santé : pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et Formation* 1998, 28 : 9-28

DE PERETTI C, LESELBAUM N. Évaluation de l'accueil de la cassette « Tempo solo ». Premières réactions des équipes éducatives. Rapport d'étude non publié, INRP, Paris X Nanterre, 1998 : 54 p

DESCHAMPS JP. Entretien. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 102-112

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Santé des enfants, santé des jeunes. Les éditions ensp, Rennes 1997 : 158 p

GEVEAUX JM. L'éducation pour la santé des jeunes. Rapport au Premier ministre, 1995 : 73 p

HOSMAN C. Political challenges 2 : Mental health. In : The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe - Part two : evidence book. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999 : 29-41

KANN L, COLLINS JL, PATEMAN BC, SMALL ML, ROSS JG, KOLBE LJ. The School Health Policies and Programs Study (shpps) : rationale for a nationwide status report on school health programs. *J Sch Health* 1995, **65** : 291-294

LAGARDERE ML, DIDIER-COURBIN P, LAGARRIGUE C, SALZBERG L, AUERBACH A et coll. Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves. Inspections générales des affaires sociales et de l'administration de l'Éducation nationale, rapport n° 1999-025, 1999 : 138 p

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Loi d'orientation de l'Éducation nationale du 10 juillet 1989. *Bull Off Educ Nat* 1989, Spécial **4**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social. Lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990a, **42**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Prévention des toxicomanies et des conduites à risque. Lettre du 22 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990b, **42**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Développement des Comités d'environnement social. Lettre du 25 février 1993 et circulaire n° 93-137 du 25 février 1993. *Bull Off Educ Nat* 1993, **10**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Plan de relance pour la santé scolaire. Conférence de presse de Madame la ministre déléguée, chargée de l'Enseignement scolaire, 11 mars 1998a

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998b, **28**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Éducation à la sexualité et prévention du sida. Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998c, **46**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998d, **45**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens – année 1999-2000. Circulaire n° 99-135 du 20 septembre 1999. *Bull Off Educ Nat* 1999a, **33**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Repères pour la prévention des conduites à risques. *Bull Off Educ Nat* 1999b, HS **9**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Programmes de l'école primaire. *Bull Off Educ Nat* 2002a, HS **1**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Politique de santé en faveur des élèves. *Bull Off Educ Nat* 2002b, **18**

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. *Bull Off Educ Nat* 2003, **9**

MERINI C. La formation en partenariat, de la modélisation à une application. Les éditions L'Harmattan eds, Paris 1999 : 223 p

MERINI C, DE PERETTI C. Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? *Santé publique* 2002, **14** (2) : 147-164

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. *Journal Officiel* du 7 juillet 2001

SCHAPMAN S. Fonds d'intervention en santé publique. Appel à projets régionalisé 1996. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997, **21** : 8-12

ST LEGER LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - A review of the claims and evidence. *Health Educ Res* 1999, **14** : 51-69

III

Propositions d'actions pour la santé des jeunes

Introduction

L'accroissement rapide de la fraction de la population en excès de poids est devenu un problème de santé publique majeur. Il exige des réponses adaptées et urgentes, qui ne peuvent se limiter au dépistage précoce, même si ce dernier est indispensable. La prévention doit se situer en amont et prendre en compte l'évolution des conditions de vie de l'enfant. A défaut d'une action déterminée et rapide, nous serons confrontés au développement d'un ensemble de handicaps fonctionnels et de pathologies organiques et finalement à une réduction de grande ampleur de l'autonomie et de la liberté des personnes atteintes.

L'association sédentarité / suralimentation n'a pas été assez prise en compte dans son impact sur la santé. La « civilisation mécanique » dépose les enfants à la porte des écoles et favorise les heures passées quotidiennement devant des écrans de télévision ou des jeux vidéo. Dans le même temps, la diversité et l'abondance d'une offre alimentaire industrialisée dont la qualité sanitaire est indiscutable réduit l'influence des routines familiales qui installaient une alimentation régulière et relativement structurée dans sa composition du fait de sa simplicité artisanale. L'explosion qualitative et quantitative de l'offre a modifié le conditionnement à des rythmes réguliers et à un contenu nécessaire et équilibré. Cette fausse liberté s'oppose à l'acquisition des comportements souhaitables. L'apprentissage des rythmes alimentaires est incompatible avec l'apport irrégulier de sucres à absorption rapide, un petit déjeuner équilibré est suffisant pour assurer les apports nécessaires jusqu'au déjeuner. L'encadrement de l'alimentation servie dans les cantines scolaires, la présence et la consommation de fruits et de légumes de qualité, la promotion d'une alimentation équilibrée, constituent cette base indispensable à l'adoption de mesures spécifiques susceptibles de s'opposer efficacement à la dérive observée.

L'environnement éducatif doit être en accord avec le contenu de l'enseignement délivré. Développer l'apprentissage d'une alimentation équilibrée quantitativement et temporellement et dans le même temps mettre à la disposition des élèves une offre alimentaire dans des distributeurs ou à l'occasion de collations régulières représente une incohérence et la négation de ce que l'on enseigne. Laisser s'installer une telle offre dans les établissements scolaires est potentiellement dangereux pour le développement de l'obésité.

Chacun s'accorde pour reconnaître les bienfaits de l'activité physique au cours de la vie scolaire et la nécessité d'améliorer sa coordination avec l'activité de l'enfant et de l'adolescent en dehors de l'école. Cette mesure est particulièrement importante au moment de la transition entre la maternelle et le cours préparatoire et la notion d'activité physique ne doit pas être comprise dans un

sens limité de « pratique sportive ». Il s'agit d'un concept plus étendu, intégrant toutes les activités sortant l'enfant de la sédentarité, qu'il s'agisse de danse, de jeux, ou d'activités sportives. Il faut développer une aptitude au dépistage des enfants dont la sédentarité est un indicateur de risque. Une méthode d'observation objective de la réalité de l'activité physique d'une classe peut permettre d'identifier les enfants en situation d'hypoactivité. Si un enfant est anormalement sédentaire, il faut comprendre pourquoi et savoir reconnaître le défaut d'intégration dans le groupe qui peut réduire la participation aux activités des autres, ou le déficit d'organisation des activités physiques, faute d'installations ou d'intérêt pour le problème.

L'école doit créer les conditions d'une bonne santé physique et également d'une bonne santé mentale des enfants et des adolescents, l'une et l'autre étant d'ailleurs intimement liées. La formation des personnels de l'éducation nationale sur la compréhension du développement normal de l'enfant de même que sur les troubles pouvant survenir durant l'enfance devrait aider, dans la pratique quotidienne, à une meilleure appréhension de l'enfant dans sa globalité et à la prise en considération de son équilibre psychique.

Le développement de compétences psychosociales et d'attitudes d'estime de soi chez l'enfant doit lui permettre de répondre avec efficacité aux épreuves de la vie quotidienne génératrices de stress et d'acquérir ainsi les aptitudes indispensables à la promotion de sa santé. Les programmes conçus pour l'ensemble des élèves, à priori en bonne santé, contribuent ainsi à une meilleure intégration sociale. Force est de constater que peu de programmes sont développés en France et que leur évaluation reste à faire.

Les démarches en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents ne peuvent être opérantes que si une attention est apportée à la cohérence de l'environnement dans lequel elles s'inscrivent. Ainsi, les programmes de développement des compétences psychosociales doivent aller de pair avec une attitude pédagogique globale positive des adultes qui favorise l'estime de soi chez les enfants pas seulement lors des séances consacrées au programme. Cette cohérence suppose que tous les adultes qui ont en charge les jeunes se sentent intégrés à un projet commun dans lequel chacun a une part de responsabilité et un rôle reconnu, complémentaire à celui des autres.

Il faut reconnaître l'absence, en France, d'une politique structurée en éducation pour la santé. Le développement d'une recherche universitaire de qualité qui aurait vocation à concevoir, mettre en œuvre, valider, évaluer et valoriser un ensemble cohérent de projets représente un enjeu majeur en santé publique. Dans le champ de la santé mentale et particulièrement dans les programmes qui visent le renforcement des compétences psychosociales, il apparaît nécessaire de définir des indicateurs d'évaluation adaptés. Réaliser un programme ambitieux sur la prévention universelle en santé mentale dès l'école maternelle et élémentaire dans le contexte socio-culturel français devrait être une perspective prometteuse.

9

Promotion de la santé physique

La prévention de l'obésité doit prendre en compte l'évolution des conditions de vie des enfants, marquées par une plus grande sédentarité et l'accès à une offre alimentaire industrialisée abondante. L'éducation à une alimentation équilibrée, constituent la base indispensable à l'adoption de mesures spécifiques susceptibles de s'opposer efficacement à la dérive observée. Aussi, l'environnement éducatif doit être cohérent avec le souci de favoriser une alimentation équilibrée quantitativement et temporellement.

Par ailleurs, il est nécessaire de développer l'activité physique au cours de la vie scolaire et d'améliorer sa coordination avec l'activité de l'enfant et de l'adolescent en dehors de l'école. La notion d'activité physique ne doit pas être comprise dans un sens limité de « pratique sportive ». Il s'agit d'un concept plus étendu, intégrant toutes les activités sortant l'enfant de la sédentarité, qu'il s'agisse de danse, de jeux ou d'activités sportives. Cette démarche doit aussi aller de pair avec le dépistage précoce des enfants en situation d'hypoactivité.

Ainsi, la prévention de l'obésité est envisagée à travers trois types d'actions à réaliser par la communauté éducative et par les décideurs locaux :

- l'éducation nutritionnelle des enfants ;
- une offre alimentaire cohérente dans l'environnement des jeunes ;
- le développement de l'activité physique à l'école et dans la ville.

Les propositions sont des exemples de mesures minimales qui peuvent s'intégrer dans un programme plus large de promotion de la santé à l'échelle d'une classe, d'un établissement scolaire, d'une ville, voire au niveau d'une réglementation nationale.

Développer l'éducation nutritionnelle dès le plus jeune âge

L'éducation nutritionnelle s'intègre aisément dans les programmes dès l'école maternelle avec notamment, la familiarisation des enfants avec les fruits et les légumes. Une telle action peut répondre à la fois aux orientations des programmes scolaires et aux objectifs du Programme national nutrition santé : augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %.

Il est important de développer l'éducation nutritionnelle à l'école en lien étroit avec les familles en tenant compte de l'environnement social et des multiples incitations quotidiennes à la consommation. L'éducation au goût peut se faire dans le cadre d'animations diverses, notamment d'ateliers de découverte.

L'éducation nutritionnelle trouve sa place dans le programme officiel de l'école maternelle qui mentionne la découverte du corps et la sensibilité aux problèmes d'hygiène et de santé⁵. En fin d'école maternelle, l'enfant doit être capable de décrire, comparer et classer les perceptions élémentaires (tactiles, gustatives, auditives et visuelles) et de les rattacher aux organes des sens qui leur correspondent. Il doit être capable de retrouver l'ordre et les étapes du développement d'un animal ou d'un végétal, de connaître et d'appliquer les règles d'hygiène du corps (lavage des mains...), des locaux (rangement, propreté), de l'alimentation (régularité des repas, composition des menus).

Par ailleurs, certaines activités des nouveaux programmes d'enseignement des sciences concernent la thématique nutrition.

Ces actions ne peuvent avoir un impact réel que si un contrôle rigoureux est effectué sur les messages publicitaires concernant les produits alimentaires destinés aux enfants.

Exemple d'action : familiariser les enfants avec les fruits et légumes à l'école maternelle

Il est possible de favoriser la familiarisation et l'appréciation gustative des fruits et légumes par les enfants des classes maternelles à travers de multiples activités : reconnaissance des fruits, épluchage et lavage, confection de recettes, visites de marchés, décoration...(annexe, fiche 1). Pour habituer les enfants à la nécessité de manger des fruits et légumes chaque jour, les jours de la semaine peuvent être associés à un fruit ou à un légume en fonction des saisons et de leur disponibilité. La création d'un jardin potager permet de sensibiliser les enfants à la production des fruits et légumes et à la découverte du monde végétal.

La pédagogie repose sur la pratique et la connaissance des enfants. La disponibilité des fruits ou légumes est un préalable. La pratique très répandue d'apporter à l'école des aliments souvent utilisés en collation peut être, dans le cadre de discussions avec les parents, orientée vers la collecte de certains types de fruits. Il est possible d'organiser un approvisionnement en fruits au moins une fois par semaine par les producteurs locaux selon des modalités à négocier avec la mairie.

132 5. Ministère de l'Éducation nationale. « Qu'apprend-on à l'école maternelle. Les nouveaux programmes ». CNDP-XO éditions, 2002 :159 p

Une discussion initiale avec l'équipe pédagogique, incluant les personnels de la municipalité, permettra de préciser les fruits et légumes susceptibles d'être proposés de façon régulière. Il faudra tenir compte notamment de la saison, de la zone géographique et des prix, du travail supplémentaire créé : épluchage, déchets, ustensiles nécessaires, risques de taches...

En résumé, le groupe de travail recommande à la communauté éducative de développer des actions de familiarisation des enfants de maternelle avec les fruits et légumes en valorisant leur qualité gustative. Ces actions devraient se poursuivre les années suivantes en s'intégrant dans les programmes scolaires.

Exemple d'action : développer les classes à projet artistique et culturel « goût et art culinaire »

L'école est un lieu privilégié pour ouvrir l'enfant à des techniques et à des formes d'expression qui touchent à sa sensibilité quotidienne. Derrière l'alimentation, il y a des histoires, des pratiques, du travail, des identités, des hommes et des femmes : une culture qui concilie savoirs et saveurs. C'est pourquoi, le Ministère chargé de l'éducation nationale a préconisé le développement des classes du goût⁶, visant à doter les élèves d'une « culture générale alimentaire », articulée sur l'ensemble des savoirs enseignés à l'école.

De multiples activités pouvant faire l'objet de projet d'école permettent d'ouvrir les enfants aux pratiques culturelles en matière d'alimentation, ceci en articulation avec l'acquisition des compétences disciplinaires et l'éveil scientifique et technologique (annexe, fiche 2). Par exemple, les projets suivants peuvent être mis en place :

- « On mange bien à l'école » cette action vise à favoriser à l'école le lien intergénération en tenant compte des rythmes de vie contemporains, en collaboration avec la Ligue de l'enseignement, des instituteurs à la retraite, des parents et des professionnels des métiers de bouche viennent dans les classes et les cantines partager avec les élèves des secrets de cuisine et des recettes de plats régionaux pour éveiller à ces éléments de patrimoine culturel ;
- « Une école des saveurs », le goût n'est pas simplement une question théorique, c'est surtout une expérience des sens. À cet effet, cette action permet d'organiser des journées thématiques autour du pain, des légumes ou des fruits plusieurs fois par an, en coordination avec les filières professionnelles. À cette occasion, chaque élève peut déguster et découvrir la variété des fruits ou les différents types de légumes issus de l'agriculture. Ceci contribue, pour les élèves, à une évolution de leur culture alimentaire qui peut s'étendre à d'autres familles de produits ;

6. Lancement des classes à projet artistique et culturel (PAC) « goût et art culinaire » octobre 2001

- « Les ateliers expérimentaux du goût » mettre en œuvre le protocole pédagogique imaginé par Hervé This⁷ (Inra, Collège de France) pour faire réfléchir les élèves à quelques-uns des produits nationaux (pain, beurre, fromage) dans une double perspective gastronomique et physico-chimique. C'est « la main à la pâte » dans sa version culinaire.

Pour construire les bases de ces actions, il est possible de s'appuyer sur :

- la circulaire sur la restauration scolaire (MEN, 2001) où figure une forte incitation à développer, dans le temps du repas ou en classe, des activités sur le goût, l'histoire des plats, les types de produits, la construction des repas... ;
- la formation des formateurs en lycées hôteliers dont le rôle est prépondérant pour la transmission du patrimoine gastronomique et culinaire. Leurs élèves ont en charge de faire vivre cet héritage ;
- les pôles de ressources nationaux labellisés par le Centre national de documentation pédagogique (CNDP) ; ils assurent des stages de formation pour les enseignants et constituent des ressources pédagogiques et documentaires ;
- la création d'outils pédagogiques, essentielle pour la mise en œuvre par les enseignants de ces activités dans les classes (livres, CD-ROM, protocoles pédagogiques, fiches...). Le CNDP, les CRDP (Centre régionaux de documentation pédagogique) et les pôles de ressources sont souvent en co-édition ou en co-production avec d'autres éditeurs.

En résumé, le groupe de travail recommande de favoriser les initiatives de classes à projet artistique et culturel « goût et art culinaire » et en particulier celles orientées vers des pratiques utilisant comme supports les fruits et légumes.

Exemple d'action : sensibiliser les enfants et leurs familles à l'importance du petit déjeuner

À la lumière des études publiées, les conseils nutritionnels pouvant être prodigués afin d'obtenir un petit déjeuner dont la composition et la satiété induite soient les plus satisfaisantes possibles sont les suivants : des produits céréaliers, essentiellement du pain sous diverses formes, éventuellement des céréales pour petit déjeuner ou d'autres aliments de temps en temps pour varier (brioches, gâteau de semoule...) ; un produit laitier (lait, yaourt, fromage blanc, fromage de temps en temps) ; un fruit ou le jus d'un fruit pressé (environ 1/3 de verre) ; de l'eau selon le goût et le besoin. Ces aliments peuvent être accompagnés selon les goûts de beurre, confiture, miel, chocolat... Ces recommandations permettent ainsi d'adapter son petit déjeuner habituel, moyennant quelques aménagements selon les cas (âge, pathologie, carence, surpoids, sport). Par ailleurs, il faut rappeler que la convivialité au petit déjeuner favorise la prise alimentaire.

Pour ce premier repas faisant la transition entre la nuit et les activités sociales, les préférences vont toujours, aujourd'hui comme hier, vers des produits consommables sans longue préparation. Ce qui a changé dans le petit déjeuner, c'est surtout la présentation des aliments retenus, leur qualité sanitaire, leur praticité. Cette diversité mérite d'être exploitée sans se laisser influencer par la pléthore et les incitations à la surconsommation.

Actuellement, il est parfois difficile de faire un petit déjeuner adapté à chacun avant de quitter la maison (lever très tôt, trajet long, horaires contraignants...). Par ailleurs, une collation en cours de matinée ne remplace pas ce qui peut être proposé au petit déjeuner. Il est rare de consommer un bol de lait à 10 heures, alors qu'à 8 heures, cela semble évident. À l'heure actuelle, la couverture des besoins calciques chez les enfants et particulièrement chez les adolescents n'est pas assurée. Deux tiers des filles entre 10 et 18 ans ne consomment pas suffisamment de calcium. Les études ont montré que l'apport en calcium est quasi impossible à atteindre lorsque le petit déjeuner est escamoté. Pour les vitamines et les minéraux, la couverture est meilleure lorsque le petit déjeuner est suffisant. Les apports en lipides sont moindres, et en glucides plus importants. Dans cette même optique, il est préférable de promouvoir les repas « nobles », où sont consommés des aliments nutritionnellement importants (fruits, légumes, calcium, protéines, glucides...), plutôt que d'avoir recours à une collation en cours de matinée. De même, la mise à disposition d'un petit déjeuner à l'école doit être envisagée et organisée dans le cadre de la garderie avant l'école en fonction des conditions de vie des enfants accueillis (familles où le petit déjeuner est systématiquement omis ou lointain pour les enfants qui se lèvent tôt).

En résumé, le groupe de travail recommande de sensibiliser les enfants et leur famille à la nécessité de prendre quotidiennement un petit déjeuner équilibré. La collation organisée en cours de matinée est inutile et doit être déconseillée dans les écoles primaires (maternelles et élémentaires). La mise à disposition d'un petit déjeuner avant l'entrée en cours ne peut être envisagée qu'exceptionnellement dans le cadre de la garderie en fonction des conditions de vie des enfants accueillis.

Réglementer la distribution des boissons et aliments à l'école primaire, au collège et au lycée

Les trois quarts des jeunes âgés de 12 à 18 ans consomment des boissons sucrées et des gâteaux en dehors des repas (Arènes et coll., 1998). Compte tenu de l'importance que peut avoir ce type d'aliment par rapport à l'équilibre alimentaire des jeunes, il est intéressant de réfléchir à l'offre existante dans l'environnement des jeunes et en particulier à l'école.

L'accès à des distributeurs de boissons sucrées et de barres chocolatées dans les établissements scolaires est une incitation à la consommation pour les adolescents et représente un manque de cohérence avec les mesures prises par ailleurs. Le développement de l'esprit critique des jeunes vis-à-vis de la publicité peut difficilement se construire dans ces conditions.

Le développement de la consommation payante de boissons ou d'aliments conditionnés, notamment par la mise en place de distributeurs automatiques qui suppriment tout encadrement de cette offre, implique des intérêts économiques considérables. Dans une manœuvre très classique, les industriels concernés exigent la preuve de la nocivité de ces apports s'ajoutant à une alimentation équilibrée et structurée dans le temps. Cette exigence inverse la charge de la preuve. Il convient à l'opposé de prouver l'absence de nocivité avant de développer de telles pratiques qui pourraient se révéler irréversibles. Nous observons que l'obésité des enfants et des adolescents se développe rapidement dans les sociétés qui ont introduit massivement la disponibilité et donc la consommation permanente de boissons et aliments sucrés conditionnés industriellement pour favoriser leur distribution. Il est indispensable d'exclure cette offre supplémentaire d'aliments dans les établissements scolaires. Elle ne peut qu'être antinomique d'un projet d'éducation à une alimentation structurée dans sa composition et ses horaires.

Il est important de souligner que l'eau est la meilleure boisson pour assurer la couverture des besoins hydriques sans ajouter à la ration énergétique. Le goût pour l'eau de boisson est appris comme toute autre préférence alimentaire à la faveur d'expériences agréables. Ainsi, il se développe chez l'enfant à condition que de l'eau fraîche lui soit accessible dans de bonnes conditions. Si des boissons sucrées sont disponibles facilement et continuellement, l'enfant a peu de chances d'acquérir un goût pour l'eau comme boisson quotidienne.

Exemple d'action : assurer la distribution d'eau à l'école

Les directeurs d'école et les chefs d'établissement (avec l'aide des autorités territoriales et locales) doivent organiser efficacement la distribution d'une eau de qualité par tous les moyens possibles (fontaines, distribution d'eau de la ville...), de préférence dans des lieux agréables, ceci de la maternelle au lycée.

Par ailleurs, il est nécessaire de prévoir une réglementation de la distribution des boissons industrielles en primaire, au collège et au lycée. Les distributeurs automatiques d'aliments ou de boissons doivent être interdits.

En résumé, le groupe de travail recommande la distribution d'une eau de boisson de qualité dans les écoles et les établissements scolaires plutôt que des distributeurs de boissons et d'aliments sucrés.

Permettre le développement de l'activité physique pour tous les enfants

La réduction de l'activité physique dans les pays industrialisés est un facteur de risque majeur pour la santé de leurs populations. Les activités de loisirs épisodiques pendant les vacances ne permettent pas d'assurer une activité physique suffisante. Il conviendrait de réorienter la politique des transports (vélo en ville, marche à pied) et de développer toutes les formes ludiques d'activités physiques de proximité en tenant compte de l'évolution des pratiques des jeunes (rollers, skate, basket).

Une attention particulière doit être portée sur les dérives du sport de compétition (dopage, surmenage) et sur le risque de développement excessif d'une discipline unique, qui peuvent détourner les jeunes de la pratique sportive. En revanche, il s'agit de favoriser l'activité physique pour le loisir, le plaisir et la santé.

L'enfant a besoin de mouvement, qui est d'emblée naturel chez lui. L'école a pour mission d'offrir à chaque enfant un cadre de vie et une organisation des activités qui favorisent son autonomie et lui laissent le temps de vivre ses premières expériences tout en l'engageant à de nouvelles acquisitions (MEN, 2002). L'environnement urbain doit aussi offrir aux jeunes des espaces où l'activité physique puisse se dérouler en toute sécurité. Par ailleurs, les adolescents qui ont une pratique sportive estiment avoir une meilleure qualité de vie, aussi l'activité physique peut être un bon support pour aborder leurs comportements de santé avec eux (Arènes et coll., 1998 ; Bonnin et coll., 1999).

En maternelle, le jeu est l'activité normale de l'enfant. Il conduit à une multiplicité d'expériences sensorielles, motrices, affectives, intellectuelles... Il permet l'exploration des milieux de vie, l'action dans ou sur le monde proche, l'imitation d'autrui, l'invention de gestes nouveaux, la communication dans toutes ses dimensions, verbales ou non verbales, la concentration favorable à l'observation et à la réflexion, la découverte des richesses des univers imaginaires... Il est le point de départ de nombreuses situations didactiques proposées par l'enseignant. Il se prolonge vers des apprentissages qui, pour être plus structurés, n'en demeurent pas moins ludiques. L'action motrice est, à l'école maternelle, un support important de construction des apprentissages. C'est à cette période de l'enfance que s'élabore le répertoire moteur de base composé d'actions fondamentales : des déplacements (marcher, courir, sauter...), des équilibres (se tenir sur un pied...), des manipulations (saisir, tirer, pousser...), des lancers, des réceptions d'objets....

L'école doit offrir à l'enfant l'occasion d'élargir le champ de ses expériences dans des milieux et des espaces qui l'aident à mieux se connaître et à développer ses capacités physiques, qui l'incitent à ajuster et diversifier ses actions,

qui lui offrent une palette de sensations et d'émotions variées et qui lui procurent le plaisir d'évoluer et de jouer au sein d'un groupe.

Au cycle des apprentissages fondamentaux (CP, CE1, CE2), le domaine « Éducation physique et sportive », esquissé à l'école maternelle, se constitue à part entière en bénéficiant de la maturation accrue des élèves : les nouveaux comportements moteurs qui deviennent possibles ouvrent la voie à l'utilisation d'instruments et à des techniques plus complexes ; l'autonomie et la force d'expression des enfants sont préservées dans un cadre où leur créativité se développe avec plus de moyens et de maîtrise.

Au cycle des approfondissements (CM1-CM2), l'éducation physique et sportive vise comme dans les cycles antérieurs la structuration de la personne et la transformation de soi. Toutefois, le développement des capacités et des ressources nécessaires aux conduites motrices prend, à cet âge, une dimension nouvelle. Par ailleurs, la découverte active du patrimoine culturel que représentent les diverses activités physiques, sportives et artistiques mettant en jeu le corps contribue à doter chaque élève d'une vision des pratiques sociales correspondantes qui ne se limite pas aux quelques caricatures trop souvent tracées. L'acquisition des réflexes nécessaires à la sécurité et des compétences et connaissances susceptibles de maintenir le corps en forme est un aspect important du respect de soi et, donc, de l'éducation au sens plein du terme.

Exemple d'action : favoriser l'application du programme d'éducation physique à l'école primaire

En maternelle, l'activité physique mettant en jeu le corps est un moyen d'action, d'exploration, d'expression et de communication privilégié pour permettre un développement moteur, affectif et intellectuel harmonieux. Le répertoire moteur de base se construit. Il est composé d'actions motrices fondamentales :

- les locomotions (ou déplacements) : marcher, courir, sauter, grimper, rouler, glisser...
- les équilibres (attitudes stabilisées) et les manipulations : saisir, agiter, tirer, pousser...
- les projections et réceptions d'objets : lancer, recevoir...

Ces actions sont à la base de tous les gestes. Elles se retrouvent, seules ou en combinaison avec d'autres, sous des formes variées et avec des intentions différentes, dans toutes les activités physiques que l'on peut proposer à l'école maternelle.

Les premières actions du jeune enfant sont réalisées « pour le plaisir », et sont liées aux sensations et aux émotions ressenties. Il s'agit donc de le laisser jouer, c'est-à-dire éprouver son pouvoir sur le monde et les objets qui l'entourent.

Les situations qui sont proposées (annexe, fiche 3) doivent permettre :

- des actions de déplacement (locomotions) qui répondent bien au besoin qu'a le tout-petit de mieux connaître son corps, d'affirmer son équilibre à

peine conquis. Ces actions sont menées dans des environnements familiers, puis de plus en plus étrangers. Les espaces d'évolution variés sont progressivement délimités, notamment pour des jeux de poursuite. Pour solliciter des actions spécifiques (marcher debout, à quatre pattes, courir, sauter, monter, descendre, rouler, ramper...), l'espace peut être structuré à l'aide d'objets (blocs de mousse, bancs, gros tapis, plans inclinés, tunnels, mini-échelles...) incitant à l'action ou, au contraire, jouant le rôle d'obstacles. On peut aussi privilégier les actions de déplacement utilisant des engins à pousser, à rouler (chariots, tricycles, trottinettes...);

- des ajustements de plus en plus fins à toutes sortes d'objets et de matériels que l'on peut manipuler, pousser, tirer, transporter, démolir, lancer ;
- des jeux de doigts, des déplacements et mouvements « dansés », des jeux d'expression, des imitations de personnages, d'animaux... qui sont autant de situations très riches pour les tout-petits. On aide l'enfant à structurer ses actions et ses déplacements en les soutenant par de la musique, des chansons, des comptines.

Aux cycles des apprentissages fondamentaux et des approfondissements du CP au CM2 (annexe, fiche 4 et fiche 5), l'enseignement de l'éducation physique et sportive vise :

- le développement des capacités et des ressources nécessaires aux conduites motrices ;
- l'accès au patrimoine culturel que représentent les diverses activités physiques, sportives et artistiques, pratiques sociales de référence ;
- l'acquisition des compétences et connaissances utiles pour mieux connaître son corps, le respecter et le garder en bonne santé.

En ce sens, cet enseignement apporte une contribution originale à la transformation de soi et au développement de la personne telle qu'elle s'exprime dans les activités liées au corps. Au cours de ces cycles, ces actions motrices vont être encore perfectionnées, dans leur forme mais aussi en vitesse d'exécution, en précision, en force. De façon plus spécifique, l'éducation physique participe à l'éducation à la santé et à la sécurité. Elle contribue de façon fondamentale à la formation du citoyen, en éduquant à la responsabilité et à l'autonomie.

L'éducation physique doit permettre aux élèves de vivre des « expériences corporelles » particulières, dont les intentions poursuivies, les sensations et les émotions éprouvées sont différentes selon les types de milieux et d'espaces dans lesquels elles sont pratiquées (incertitude ou non, interaction avec d'autres ou non...). Il peut aussi être proposé de concevoir et réaliser des actions à visée artistique, esthétique ou expressive : exprimer corporellement des personnages, des images, des états, des sentiments ; communiquer aux autres des sentiments ou des émotions ; réaliser des actions acrobatiques mettant en jeu l'équilibre (recherche d'exploits) ; s'exprimer de façon libre ou en suivant différents rythmes, sur des supports sonores divers, avec ou sans engins.

En résumé, le groupe de travail recommande de mettre en pratique le programme d'éducation physique : organiser une séance d'activités corporelles chaque jour (de 30 à 45 minutes environ, selon la nature des activités, l'organisation choisie, l'intensité des actions réalisées, le moment dans l'année, les comportements des enfants...). Ces séances doivent être placées dans l'emploi du temps de manière à respecter les rythmes de l'enfant : le milieu de matinée est plutôt favorable aux activités de prise de risques, à la découverte d'une nouvelle situation ; la fin de matinée est propice aux activités plus calmes (rondes et jeux chantés, jeux déjà connus...) ; la deuxième partie de l'après-midi convient, pour les plus grands, à toutes les activités qui ne comportent pas de prises de risques excessives.

Chaque fois que c'est possible, il est judicieux de pratiquer des activités physiques en extérieur pour éprouver d'autres sensations, prendre d'autres repères.

Seule une programmation ordonnée des activités tout au long de la scolarité permet de faire des activités corporelles une véritable éducation. Elle doit prendre le plus grand soin d'adapter les situations didactiques à l'âge et au développement des enfants, en créant la dynamique qui leur permet d'aller au-delà de ce qu'ils savent faire.

Exemple d'action : assurer une heure d'activité physique quotidienne supplémentaire pour tous les enfants au CP

Si l'action motrice est, à l'école maternelle, un support important de construction des apprentissages, ce n'est plus le cas au CP, où les activités intellectuelles deviennent centrales. Afin de faciliter la transition entre l'école maternelle et le CP, l'activité physique des enfants peut être encouragée à travers des modalités proposées par l'enseignant et ne relevant pas nécessairement d'activités sportives.

Ainsi, il est possible d'animer dans l'école ou dans la cour des activités individuelles (marche rapide, cordes à sauter, marelle...) ou collectives (jeux de balles, jeux de groupes...). Ces activités doivent présenter un caractère ludique et être adaptées aux capacités et aux souhaits des enfants de façon à ce que la notion de plaisir y soit toujours associée. Par exemple, la musique peut être un bon support pour favoriser l'expression corporelle des enfants de façon agréable. Cette démarche pourrait être systématisée dans les classes de CP, afin que tous les enfants bénéficient d'une heure d'activité physique supplémentaire par jour en plus du programme d'éducation physique à l'école (annexe, fiche 6). La formation des enseignants pourrait aborder cette démarche et leur fournir des outils pédagogiques permettant d'animer facilement ces temps consacrés à l'activité physique.

En résumé, le groupe de travail recommande d'assurer une heure d'activité physique supplémentaire par jour pour tous les enfants du CP en plus du programme d'éducation physique à l'école.

Exemple d'action : inciter les municipalités à développer des dispositifs permettant l'activité physique des enfants en dehors de l'école

La prévention de l'obésité par la lutte contre la sédentarité implique l'aménagement de l'environnement urbain pour créer des espaces de jeux pour les enfants et leur donner la possibilité de circuler à pied ou en bicyclette dans la ville en toute sécurité. En effet, la ville par son fonctionnement récent et les insécurités qu'elle génère empêche la déambulation des enfants. Adapter la ville à l'activité physique des enfants est une voie de recherche à développer pour les urbanistes. Les collectivités locales ont une responsabilité car elles déterminent la fréquence des parcs et des endroits de chalandise agréable favorisant l'exercice pour les enfants comme pour les parents. Les parcs peuvent aussi proposer d'autres activités que la seule promenade : rendez-vous sportifs, randonnées, jeux pour enfants, terrains de sports. Les parcours de santé urbains peuvent aussi jouer ce rôle. La promotion de la marche nécessiterait le développement d'espaces privilégiés où l'on peut marcher et courir en sécurité. Il faudrait prévoir les infrastructures de surveillance pour les parcs et salles de sports ainsi qu'une communication pour mettre en valeur toutes les possibilités offertes. Une véritable politique urbaine de lutte contre la sédentarité et l'obésité nécessite la mise en place d'équipements permanents (pistes cyclables). La recherche d'une meilleure qualité de vie dans la ville nécessite la complémentarité des acteurs afin d'apporter des réponses dans les différents domaines de compétences concernés (annexe, fiche 7).

En résumé, le groupe de travail recommande l'aménagement de l'environnement urbain afin de favoriser l'exercice physique de tous dans des conditions de sécurité, de proximité et dans un cadre agréable.

BIBLIOGRAPHIE

ARÈNES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 97/98. Editions cfes, Vanves, 1998 : 328 p

BONNIN F, TULEU F, ARENES J. Recommandations pour l'action. Baromètre santé jeunes 97/98. Editions cfes, Vanves, 1999 : 34 p

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Circulaire MEN 2001-118 du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments. *Bulletin Officiel*, 28 juin 2001, n° spécial 9

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Bulletin officiel hors série BO n° 1 du 14 février 2002, arrêté du 25 01 2002, JO du 10 02 2002. Horaires et programmes d'enseignements de l'école primaire

10

Promotion de la santé mentale

Dans le domaine de la santé mentale, il existe des situations cliniques très diverses, qui vont du trouble mental caractérisé et sévère aux troubles plus fréquents mais beaucoup moins invalidants, à des états de souffrance mentale, parfois réactionnels à des situations difficiles qui peuvent évoluer ou non vers un trouble constitué. La psychopathologie de l'enfant est très évolutive et les troubles peuvent être fluctuants, rendant leur appréciation difficile car elle doit tenir compte du milieu et d'éventuels facteurs déclenchants. La santé mentale recouvre aussi des aspects positifs : les sentiments de bonheur, de bien-être, les ressources de la personnalité, la résilience face aux difficultés grâce à la mise en place des mécanismes d'adaptation.

Schématiquement, on distingue les troubles du développement dits envahissants (autisme), les troubles extériorisés (troubles des conduites, de l'attention, oppositionnels, hyperactivité) et intériorisés (angoisse de séparation, anxiété généralisée, phobies, troubles dépressifs), bien caractérisés, et les symptômes ne constituant pas un syndrome avéré mais qui sont le signe d'une fragilité. Pour ces différents types de troubles, les possibilités de prévention et d'éducation à la santé ne sont pas les mêmes et méritent d'être diversifiés et explicités.

Pour les troubles bien avérés, il s'agit de faciliter le diagnostic précoce afin de mettre en place une prise en charge rapide et de prévenir les handicaps secondaires dans le cadre du système de soins spécialisés.

Pour les groupes à risque (situations familiales à risque ou enfants présentant des signes de fragilité), il s'agit de développer des interventions ciblées en évitant toute stigmatisation. La collaboration de tous les intervenants de proximité et la durée de l'intervention pour qu'une relation de confiance puisse s'établir, y compris avec les parents, sont deux éléments essentiels. Les actions de prévention destinées à des groupes à risque ont montré des résultats encourageants, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles anxio-dépressifs des sujets jeunes.

Enfin, la prévention généralisée s'adresse à tous les enfants. Cette prévention sollicite les intervenants de l'enfance au sens large et l'utilisation de méthodes socio-éducatives de développement des capacités chez les enfants. Il s'agit de créer un réseau de collaborations entre tous les intervenants de l'enfance et de proposer des programmes d'éducation pour la santé validés et opérationnels

animés par des intervenants formés. Dans son rapport adopté en juin 2003⁸, l'Académie de médecine développe également ces aspects essentiels.

Les exemples d'actions proposés ici reposent sur ces deux aspects de prévention généralisée ; formation de la communauté éducative à la promotion de la santé mentale et mise en œuvre et évaluation de programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants.

Former la communauté éducative à la promotion de la santé mentale

La nature des compétences personnelles et relationnelles que l'éducation à la santé doit permettre de développer à l'école primaire, comme au collège, est inscrite dans les instructions ministérielles de 1998 relatives aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège (MEN, 1998). Cependant, l'examen des plans académiques de formation 2001-2002 des personnels de l'Éducation nationale, notamment enseignant, ne fait pas apparaître de formations permettant d'acquérir des méthodologies ou approches favorisant le développement d'une bonne image de soi, de l'esprit critique, de la responsabilité, de l'autonomie et de l'initiative personnelle. De la même manière, la compréhension des mécanismes du développement normal de l'enfant et de l'adolescent et en corollaire la connaissance des pathologies et des ressources sanitaires et sociales permettant d'y faire face sont faiblement appréhendées.

De nombreuses actions de formation se réfèrent cependant à ces concepts en ciblant leur contenu sur la prévention des conduites à risque (comprendre et gérer un adolescent et ses crises, éducation à la sexualité, prévention du suicide, prévention des toxicomanies...). Chaque formation est axée sur une thématique particulière. Elle associe souvent à l'approfondissement ou l'acquisition de connaissances par le stagiaire, un objectif complémentaire d'information des élèves.

Ces formations visent généralement à instaurer des actions transversales d'éducation à la santé avec l'appui de partenariats externes. Elles ne sont généralement pas intégrées à la pratique quotidienne des équipes éducatives, susceptible de permettre à cette communauté d'aménager son environnement pour garantir le maintien d'une bonne santé mentale des élèves.

La multiplication des formations offertes sur des thématiques de santé multiples, associant tant les médecins et infirmiers scolaires que les enseignants, a

8. Académie de médecine, rapport adopté le 24 juin 2003 sur la santé mentale de l'enfant de la maternelle à la fin de l'école élémentaire (groupes de travail sous la direction de Maurice Tubiana et Michel Arthuis)

souvent conduit ces derniers à considérer qu'il leur était demandé de devenir des spécialistes de problématiques dépassant très largement leur cadre d'exercice.

En ce sens, les orientations actuelles de la formation à l'éducation pour la santé en milieu scolaire risquent de ne pas atteindre les objectifs escomptés, c'est-à-dire l'appréhension de la globalité de l'enfant ou de l'adolescent dans son contexte environnemental et culturel.

Aussi, les efforts doivent porter sur des actions favorisant le repérage des interlocuteurs adéquats et la juste appréhension de leur champ de compétence et de leurs limites d'action afin de favoriser l'orientation précoce vers le dispositif de soins le cas échéant.

Pour ce faire, un rapprochement de l'Éducation nationale, au niveau académique des services déconcentrés du Ministère de la Santé (DRASS) en charge de l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, est indispensable.

Il y a tout intérêt à ce que les actions de formation mises en œuvre pour les personnels de l'Éducation nationale s'inscrivent dans le cadre des schémas régionaux qui doivent organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé au service de tous les acteurs de la région. En effet, en France, comme le souligne l'expertise collective de l'Inserm sur l'éducation pour la santé des jeunes (Inserm, 2001), « malgré les nombreuses études publiées, les actions de prévention menées auprès des jeunes ne sont pas suffisamment basées sur des données scientifiques ». L'appel à ce pôle régional de compétences issues des champs de la santé, des sciences de l'éducation, de la communication et de la gestion de projet, constitue donc la garantie nécessaire à la qualité scientifique des informations diffusées.

La promotion de la santé mentale en milieu scolaire revêt une grande importance fondée en premier lieu sur la connaissance des acteurs locaux de la santé mentale et l'acquisition d'attitudes favorables au maintien de l'équilibre psychique des élèves. Ainsi, la prise de conscience des enjeux liés à la promotion de la santé mentale suppose le rapprochement, au plan local, des acteurs du soin et de l'éducation. Ce rapprochement préfigurant l'indispensable travail partenarial susceptible, de la prévention, jusqu'aux logiques de réinsertion, en passant par le soin, de maintenir ou réhabiliter l'état de santé psychique des enfants et adolescents. Les actions de formation à impulser doivent désormais s'inscrire dans ce cadre multi-partenarial, à l'instar des formations territoriales pluridisciplinaires organisées pour développer la prévention du suicide (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002) et dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé mentale (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001). Il s'agit de pouvoir orienter plus précocement vers le dispositif de soins spécialisés les enfants qui en ont besoin,

aux fins notamment de diagnostic et d'établissement de stratégies thérapeutiques, en corollaire d'un suivi plus conséquent par le dispositif de soins primaires s'il s'avère nécessaire. Cela suppose la prise de conscience de l'importance du rôle des acteurs soignants et éducatifs en milieu scolaire avec les compétences respectives et les limites des différents intervenants en ce qui concerne la santé mentale des enfants et des adolescents.

En résumé, le groupe de travail recommande de proposer un module de formation en éducation à la santé aux enseignants (en formation initiale et en formation continue) en particulier en relation avec la promotion de la santé mentale.

Mettre en application des programmes de promotion de la santé mentale

Les programmes de promotion de la santé mentale portent essentiellement sur le développement ou le renforcement de facteurs de protection vis-à-vis des situations à risque et sont connus en France sous la dénomination « développement des compétences sociales ». Ces actions sont mises en place par des organismes tels que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et ont été menées dans différentes régions dans le cadre des programmes régionaux de santé. L'Inpes a tenté d'en cerner le cadre conceptuel (Inpes, 2001).

Selon l'OMS : « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Elles ont un rôle particulièrement important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large. Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et ce comportement lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociales pourrait être un élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être, les comportements étant de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé. »

Ces compétences sont au nombre de dix et présentées par deux :

- savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative, avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.

146 L'OMS encourage les programmes de développement des compétences psychosociales chez l'enfant d'âge scolaire.

Un réseau européen des écoles promotrices de santé a été créé en 1991⁹ (OMS, 1997). Ce projet, financé par les institutions européennes et l'OMS, met l'accent sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé, sur l'amélioration de l'estime de soi, des compétences et du bien-être des élèves mais également sur le bien-être des équipes éducatives et sur les liens entre l'école et la communauté. Le nombre d'écoles participant au réseau est variable d'un pays à l'autre. En France, peu d'écoles ont participé, le réseau des écoles promotrices de santé n'a pas réussi à s'implanter.

L'estime de soi est un concept-clef dans la compréhension de la santé mentale et dans la gestion des événements négatifs. C'est la valeur positive que l'on se reconnaît globalement en tant qu'individu.

On trouve parmi les qualités des enfants qui ont une bonne estime d'eux-mêmes (entre autres) : un sentiment de confiance par rapport aux adultes, un sentiment de confiance face à leurs propres capacités, une capacité à faire face à des événements nouveaux, une capacité d'affirmation personnelle et d'autonomie, une capacité d'imagination et de créativité, une capacité à régler pacifiquement des conflits sociaux.

La plupart des programmes de développement des habiletés sociales sont basés sur ces concepts et mettent en place des mécanismes supposés améliorer « les compétences » ; certains ont été évalués. Cette utilisation du concept des habiletés sociales pose plusieurs problèmes pour son adaptation dans notre pays.

D'une part, si elle s'intègre facilement avec une conception comportementale de la santé mentale, elle est plus difficile à concevoir dans une vision psychodynamique, où les obstacles au développement de l'enfant et de ses capacités à se relier au monde en général et à celui de l'école en particulier sont des conflits intra-psychiques dans lesquels les relations parentales sont essentielles. Cette remarque implique de revenir sur les objectifs de ces programmes qui ne sont en rien des objectifs cliniques ; ce sont des programmes de type éducatif, conçus pour des enfants a priori en bonne santé et qui doivent leur permettre une meilleure intégration sociale. Ces programmes ne sont pas destinés à gérer des conflits névrotiques s'exprimant par des troubles intériorisés ou extériorisés.

Cependant, la mise en place de tels programmes peut *de facto* faire apparaître des souffrances psychiques chez les enfants d'autant qu'ils favorisent l'expression de ses sentiments. Il faut donc être très clair sur la gestion ultérieure de cette éventuelle souffrance ; elle doit être assurée par des professionnels de santé mentale. Les psychologues et médecins scolaires doivent être associés à ces projets en étroite collaboration avec les intersecteurs de pédopsychiatrie vers lesquels doivent être dirigés les enfants qui expriment cette souffrance. Le

9. Les informations concernant le réseau européen des écoles promotrices de santé sont accessibles sur le site internet de l'OMS : www.euro.who.int/ENHPS

deuxième problème concerne la crainte des sectes en milieu éducatif et l'utilisation de ces programmes de développement dans des dérives sectaires ; c'est un souci très sérieux qui a fait invalider certains programmes de ce type et qu'il convient d'énoncer explicitement.

**Exemple d'action : développer et évaluer le programme
« Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle »**

Ce programme d'origine nord-américaine a été conçu pour lutter contre la violence et non spécifiquement pour promouvoir la santé mentale. Il a été adapté au système scolaire français par Jacques Fortin, professeur en sciences de l'éducation à l'université de Lille et il a été expérimenté dans de nombreux établissements scolaires de notre pays, même s'il n'a pas été généralisé (Fortin, 2001).

Ce programme a été évalué dans une étude cas-témoins au Québec (Bowen et coll., 2000) et le même type de programme l'a été dans une étude randomisée contrôlée aux États-Unis (Grossman et coll., 1997) à partir de leur but explicite : la diminution de la violence. Dans l'étude québécoise, l'utilisation d'outils d'évaluation validés (mesures des comportements des enfants en termes d'agressivité, hyperactivité, anxiété, retrait social et « prosocialité ») a montré des différences significatives entre groupe expérimental et groupe témoin. Le développement d'habiletés à résoudre pacifiquement les conflits est significativement plus important chez les enfants qui ont bénéficié du programme. Les auteurs soulignent l'importance des conditions d'application du programme et le fait que les effets sont indépendants du milieu social des enfants. L'étude américaine a montré une diminution significative et durable (6 mois) des comportements agressifs et une augmentation des conduites « prosociales » chez les enfants ayant bénéficié du programme par rapport à un groupe contrôle.

Le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » est décliné en fiches par niveau utilisables par l'enseignant et propose du matériel pédagogique en lien avec les programmes scolaires. Les parents sont informés par l'enseignant du contenu et des principes pédagogiques du programme. Ils sont invités à faciliter au sein de la famille le dialogue, l'écoute empathique réciproque, l'entraide et les solutions alternatives à la violence pour gérer les conflits.

Ce programme s'adresse à tous les enseignants des écoles maternelles et élémentaires. Il constitue un cadre pédagogique et une aide méthodologique pour aborder certaines notions encore trop peu enseignées en formation initiale, telles que la connaissance et la maîtrise des émotions et les compétences nécessaires à la gestion pacifique des conflits. Programme transversal, « Mieux vivre ensemble... » se déroule en courtes séquences hebdomadaires tout au long de l'année. D'un point de vue pédagogique, il s'appuie sur les orientations des programmes officiels de l'école primaire définis par l'arrêté du 22 février 1995 (Bulletin officiel n° 5 du 9 mars 1995). Il constitue un volet

important de la promotion de la santé telle qu'elle est présentée dans la circulaire de novembre 1998 (MEN, 1998), par son impact sur la capacité à s'épanouir harmonieusement au sein d'un groupe et à développer ce qu'on nomme « les facteurs de protection » vis-à-vis du stress et des conduites à risque (image de soi positive, pratiques solidaires...). En s'appuyant sur l'expression orale et écrite, l'éducation musicale et les arts plastiques, « Mieux vivre ensemble... » utilise tout le répertoire des apprentissages prévus dans les programmes. Les enseignants rodés à la pratique de ce répertoire poursuivent, à travers la prise de parole ou l'écrit, l'élargissement des compétences linguistiques de l'élève et la mise en application de règles grammaticales abordées par ailleurs. Il est très souhaitable que le programme puisse se dérouler dans toutes les classes d'une école afin d'obtenir le maximum de cohérence éducative ; ce n'est pas toujours possible puisque son application nécessite une adhésion qui ne peut être que volontaire.

Les objectifs généraux sont les suivants : avoir confiance en soi, savoir exprimer ses émotions et repérer celles des autres, être attentif à l'autre, aider et être solidaire, respecter les règles et les lois, savoir gérer les conflits pacifiquement.

Ces objectifs sont mis en œuvre à partir de séquences structurées qui se déroulent comme suit, les élèves étant rassemblés en cercle autour de l'enseignant pour la présentation du thème : introduction du thème de la séquence, le plus souvent par la lecture d'un texte ; travail d'expression orale à partir du support, en soulignant au passage les mots nouveaux et importants apportés par le récit (commentaire, expression d'émotions et d'opinions qu'on demandera d'argumenter) ; les règles précises et strictes de prise de parole sont rappelées en début de séquence ; des activités diversifiées font appel à des compétences variées afin d'apprivoiser le thème et de l'intégrer dans une pratique quotidienne. Enfin, tout au long de la semaine, le vocabulaire et les notions acquis peuvent être utilisés dans les différentes activités de la classe.

Il est important et souhaitable que chaque enseignant « s'approprie » le programme en proposant, adaptant, inventant de nouvelles activités. Des activités plastiques, musicales ou d'expression corporelle ne sont pas systématiquement décrites pour chaque thème, mais il est parfaitement possible d'en proposer sous une forme qui enrichit l'appropriation du thème par les élèves.

Les thèmes sont abordés en fonction des trois cycles : cycle des apprentissages premiers (annexe, fiche 8), cycle des apprentissages fondamentaux (annexe, fiche 9), cycle des approfondissements (annexe, fiche 10).

La division par cycle permet de prendre en compte le niveau de développement des élèves, mais n'a rien d'impératif dans le déroulement du programme, l'enseignant a toujours la maîtrise des thèmes abordés, selon que les enfants ont bénéficié ou non du programme durant l'année précédente. De plus, l'actualité de la classe offre l'opportunité de reprendre un thème déjà abordé ou d'anticiper une notion prévue ultérieurement.

En résumé, le groupe de travail recommande à l'Inpes d'établir une grille d'analyse permettant d'évaluer et de valider le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle ».

Exemple d'action : développer et évaluer le programme « *I can do* »

Le programme « *I can do* », également d'origine nord-américaine (Dubow et coll., 1993), a pour objectif de développer les stratégies cognitives et émotionnelles qui facilitent l'adaptation psychologique aux événements de vie stressants et réduisent le risque de troubles du comportement et d'échec scolaire. Il vise à développer une meilleure gestion des émotions face aux difficultés, dans un objectif de prévention des réactions anxio-dépressives non spécifiques. Il s'agit d'entraîner les enfants des classes primaires à développer des stratégies d'ajustement au stress ainsi qu'à développer des capacités de résilience (annexe, fiche 11). Au cours du programme, l'enfant apprend à utiliser une diversité de stratégies de *coping* (résolution de problèmes, recherche de support social...) et apprend également à aider un autre enfant qui serait confronté à des facteurs de stress. Le programme a un objectif de prévention, c'est-à-dire qu'il ne s'adresse pas uniquement aux enfants exposés au facteur de stress.

Le déroulement du programme comporte plusieurs étapes : apprentissage des principales stratégies d'ajustement et d'adaptation (résolution de problèmes, recherche de support social, stratégies visant à augmenter les affects positifs dans les situations incontrôlables) ; mise en pratique des données acquises à partir des situations stressantes les plus fréquemment rencontrées par les enfants (séparation ou divorce des parents, perte d'une personne proche, déménagement ou changement d'école, se retrouver seul à la maison, sentiment d'être différent). Notons que ce ne sont pas les situations personnelles des enfants en présence qui sont discutées, mais des exemples non personnalisés à partir d'histoires, de contes... Des informations sont aussi données aux enfants sur leurs possibilités d'aider ceux qui font l'expérience de telles situations. Les supports utilisés sont des jeux, des films vidéo, des lectures suivies de discussions, des simulations. Des feuilles d'information aux parents ainsi que des fiches d'évaluation sous forme d'un questionnaire destiné aux enfants sont prévues dans le programme.

Les évaluations de ce programme ne mettent pas en évidence de changement en ce qui concerne le support social des enfants, ni dans leurs connaissances ou leurs attitudes au regard des événements de vie négatifs. Cependant, les enfants ayant participé au programme font preuve d'un plus grand sentiment d'efficacité (*self-efficacy*) dans leurs capacités à faire face aux événements stressants et dans leurs capacités à résoudre les problèmes. Ces résultats semblent se maintenir à moyen terme. Les niveaux d'anxiété n'ont pas été évalués ni les effets d'un tel programme sur la prévention des troubles dépressifs et anxieux cliniquement significatifs. En effet, une mesure de ces effets

nécessite des tailles importantes d'échantillons d'enfants en population générale ainsi qu'un suivi sur une période longue difficiles à mettre en place malgré l'intérêt d'une telle étude.

Ce type de programmes pourrait être intéressant dans une perspective globale de lutte contre les effets du stress et de développement des ressources psychiques des enfants, bien que son efficacité demande à être évaluée de façon plus complète et dans le contexte français. Il présente l'avantage d'être facile à réaliser, avec du matériel simple et ludique adapté à l'âge des enfants.

En résumé, le groupe de travail recommande le développement et l'évaluation en milieu scolaire de ce programme à visée de gestion du stress et de développement des compétences psychosociales.

BIBLIOGRAPHIE

BOWEN F, ROUDEAU N, RAJOTTE N, BELANGER J. Évaluation d'un programme de prévention de la violence au premier cycle du primaire. *Revue des sciences de l'éducation* 2000, XXVI, 1 : 173-196

DUBOW EF, SCHMIDT D, MC BRIDE J, EDWARDS S, MERK FL. Teaching children to cope with stressful experiences : implementation and evaluation of a primary prevention program. *J Clin Child Psychol* 1993, 22 : 428-440

FORTIN J. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle, Hachette, Paris 2001 : 144 p

GROSSMAN DC, NECKERMAN HJ, KOEPESELL TD, LIU PY, ASHER KN et coll. Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school, *JAMA*, 1997, 277 : 1605-1611

INSERM (Institut national de la sante et de la recherche medicale). Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Expertise collective Inserm, Les éditions Inserm 2001 : 247p

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Document de synthèse, groupe de travail compétences psychosociales, décembre 2001

MEN (Ministère de l'Éducation nationale) Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998, 45

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Plan national d'éducation pour la santé, janvier 2001

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire DGS/SD6C/2002/271 du 29 avril 2002 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002

OMS. Les écoles promotrices de santé : un investissement pour l'éducation, la santé et la démocratie. Rapport OMS Europe 1997

11

Prévention du risque alcool

La prévention des risques liés à la consommation d'alcool chez les jeunes doit tenir compte de l'ancrage culturel des conduites d'alcoolisation liées à la fête et à la convivialité. Une cohérence est néanmoins possible à travers la réactivation d'une législation limitant les incitations à consommer de l'alcool (publicités, prix des boissons non alcooliques) et la promotion de bonnes pratiques en matière de prévention routière (conducteur abstinent) et de responsabilisation de la communauté (sensibilisation des professionnels des lieux de fêtes).

Réactiver la loi Évin

Depuis plus d'une décennie, le législateur a souhaité réglementer les modalités de publicité pour l'alcool. En France, la loi Évin du 10 janvier 1991 a posé le principe de l'interdiction de la publicité directe ou indirecte ainsi que du parrainage par des fabricants de boissons alcooliques. Cependant, les règles déterminant les possibilités de promotion de l'alcool en France ont été modifiées à de multiples reprises, du fait de l'importance des conflits d'intérêts entre ceux qui veulent développer la richesse économique associée au produit et ceux qui tentent de limiter sa valorisation par les méthodes de la publicité, notamment auprès des jeunes.

Après avoir été condamnée en 1980 par la Cour de justice des Communautés européennes de Luxembourg pour ses pratiques discriminatoires en matière de publicité pour l'alcool, la France a connu une période de non-droit pendant laquelle le seul interdit était la publicité télévisée (cet interdit était dans le cahier des charges des chaînes publiques). Lors de la création des chaînes de télévision privées en 1985, la publicité pour la bière a été autorisée par voie réglementaire sur ces chaînes. En 1987, cette autorisation spécifique a été étendue à TF1 lors de sa privatisation, provoquant une réaction de la part des médecins, des associations de lutte contre l'alcoolisme et de parlementaires. Un amendement législatif a pu alors reconstruire partiellement une législation restrictive, la principale mesure ayant été l'interdiction totale de toute publicité pour l'alcool à la télévision.

La loi Évin de 1990 comportait une redéfinition complète des modalités de publicité pour le tabac et pour l'alcool. La publicité et le parrainage étaient

totallement interdits pour le tabac, la publicité pour l'alcool était réglementée. Le projet de loi reposait sur un principe simple qui avait été proposé plusieurs années auparavant par le Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme : la publicité était interdite sur les supports qui s'imposaient à tous, notamment aux enfants (télévision, cinéma, affichage, radio). Elle demeurait autorisée dans la presse écrite s'adressant aux adultes, par publipostage et dans les manifestations telles que les foires agricoles. En outre, elle était limitée dans sa forme, seuls le nom du produit, sa présentation et les conditions de vente pouvaient être décrits dans les documents publicitaires. Au cours de débats parlementaires, ces mesures cohérentes ont été modifiées. La publicité à la radio a été rétablie avec des limitations de jours et d'heures fixées par voie réglementaire. Mais des incohérences apparaissaient dans le texte d'application : la publicité était autorisée pendant les heures d'école et interdite le mercredi mais curieusement, le week-end est demeuré dans la période autorisée, comme si les enfants n'étaient pas chez eux. La seconde modification du texte initial a été le rétablissement de l'affichage dans les zones de production. Ces dernières ne pouvant être définies sans risque d'une nouvelle condamnation par la cour du Luxembourg, le texte d'application n'a pas été publié et lors du changement de majorité parlementaire de 1993, toutes les publicités par affichage ont été rétablies, y compris dans les stades. Une autre modification de la loi a été l'ajout dans les messages publicitaires de notions concernant les modes de consommation et les zones de production, termes imprécis provoquant une abondante jurisprudence qui aurait pu être évitée.

L'objectif de santé publique doit être le rétablissement du texte initial du projet de loi de 1990. La promotion publicitaire de l'alcool y étant autorisée seulement dans les médias qui ne touchent pas directement les enfants, elle se limiterait à une description du produit vendu et non à une association à des facteurs valorisant qui n'ont rien à voir avec le produit. Il s'agit en pratique d'obtenir que l'information publicitaire soit assurée, renseignant le consommateur sur un produit en vente libre, et d'interdire la valorisation abusive de l'alcool par les méthodes des publicitaires, qui sont à l'opposé de l'éducation et de l'information.

En résumé, le groupe de travail recommande la réactivation du texte initial de la loi Évin limitant la promotion publicitaire de l'alcool ainsi que la suppression du parrainage des soirées étudiantes par les alcooliers.

Développer la prévention situationnelle des risques liés à la prise d'alcool chez les jeunes

En dehors d'une éducation pour la santé qui agit sur les causes psychosociales de l'alcoolisation chez les jeunes (mal être, déficit d'estime de soi, identification culturelle...), il est possible de développer une prévention situationnelle, c'est-à-dire dans les moments où les jeunes s'alcoolisent le plus.

Il s'agit alors de développer la prévention des risques liés à la prise d'alcool chez les jeunes lors des fêtes avec, par exemple, la proposition de bonnes pratiques susceptibles d'être adoptées au niveau des stades, des maisons de jeunes, des manifestations festives, avec les municipalités. Il s'agit avant tout de prévenir les risques liés à l'alcoolisation (accidents, violences agies ou subies, sexualité à risque). Cette prévention situationnelle consiste par exemple à favoriser l'organisation des accompagnements à domicile après les manifestations festives (soirées, matchs, concerts...).

Différentes dispositions peuvent ainsi diminuer le risque routier lié à l'alcool chez les jeunes, comme celles consistant à planifier la soirée avant que l'alcoolisation ne débute et à désigner un conducteur pour le retour, l'idéal étant l'abstinence pour le conducteur désigné. Ce type de comportement doit être valorisé et l'action des associations en ce domaine mise en valeur. Il semble également intéressant d'encourager les établissements (boîtes de nuits, bars...) à former les barmen à plus de responsabilité au cours de leur service. Il serait également important que les pouvoirs publics réfléchissent à des modifications de la tarification et de la fiscalité sur les boissons non-alcooliques afin de rendre leur prix plus attractif pour les consommateurs et les distributeurs. Dans le cadre des plans départementaux d'action de sécurité routière, il est possible de promouvoir différentes pratiques ayant pour effet la réduction du risque routier chez les jeunes, en particulier concernant l'organisation collective des déplacements. Les centres d'apprentissage de la conduite pourraient participer plus largement à l'information sur les risques de la conduite sous influence de l'alcool.

En résumé, le groupe de travail recommande la mise en place d'actions de prévention situationnelle des risques liés à la consommation d'alcool sur les lieux de fête (sécurité routière, sensibilisation des professionnels distributeurs, rencontres des jeunes et des professionnels).

12

Formation et recherche en éducation pour la santé

La structuration du milieu de la formation et la recherche constitue un enjeu majeur pour le développement de l'éducation pour la santé. En 2001, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité relevait l'insuffisance de formation des professionnels impliqués dans ce domaine. Il soulignait également l'insuffisance de la recherche française en éducation pour la santé, ainsi que l'inadéquation des modèles biomédicaux de recherche dans la perspective d'une conception globale de la santé.

Dans son rapport de 2002 sur la prévention¹⁰, l'Académie de médecine insiste sur la nécessité de développer les recherches en prévention (recherches psychosociologiques, épidémiologiques, physiopathologiques) et sur la coordination d'une recherche opérationnelle pour l'évaluation de l'efficacité des actions, la détection et la correction de leurs insuffisances.

Structurer le milieu de la recherche et de la formation en éducation pour la santé

En 2001, le plan national d'éducation pour la santé (ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001) proposait le développement d'une recherche interdisciplinaire, tant dans le champ de l'éducation pour la santé, que dans celui de l'éducation thérapeutique du patient. À cette fin, il recommandait notamment de « désigner l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique comme des champs prioritaires de recherche » et de « créer une ou des écoles doctorales dédiées à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique ».

Pour soutenir ce développement, il était préconisé la création d'un fonds de recherche, géré par un organisme chargé de définir « la politique et la stratégie de recherche, en privilégiant notamment l'aspect interdisciplinaire des projets et des équipes ».

10. Académie de médecine, rapport : Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? (groupe de travail sous la direction de Maurice Tubiana et Marcel Legrain), 2002. Site internet : www.academie-medecine.fr

Parallèlement, l'expertise collective « Éducation pour la santé des jeunes » (Inserm, 2001), partant du même constat, a recommandé de développer et structurer le milieu universitaire de la recherche en éducation pour la santé, singulièrement peu développé et reconnu en France. Le groupe d'expert a préconisé la création de chaires universitaires inter-UFR spécialisées en éducation à la santé. Il a recommandé que ces chaires soient interdisciplinaires pour coordonner les acteurs et les instances impliqués dans la recherche et la formation en éducation pour la santé, sans exclusive disciplinaire (santé, sciences de l'éducation...). L'enjeu de cette structuration est la création et la coordination d'un tissu universitaire français susceptible de concevoir, mettre en œuvre, valider, évaluer et valoriser un ensemble cohérent de recherches en éducation pour la santé. Cette recommandation n'a pas encore été suivie d'effet tangible.

L'expertise collective avait en outre proposé la création d'une agence qui aurait la mission de fédérer les équipes et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des projets de recherche dotés de moyens adaptés. Cette recommandation a été prise en compte avec la création de l'Inpes. Toutefois, les missions de l'Inpes en matière de recherche sont assez peu explicites à l'heure actuelle (« L'Institut soutient, effectue ou participe à des formations, études, recherches et évaluations en rapport avec ses missions », loi du 5 mars 2002).

En résumé, le groupe de travail réitère ses recommandations pour le développement volontariste d'une politique scientifique structurée en éducation à la santé. Un financement spécifique et des appels d'offres privilégiant des équipes pluridisciplinaires en constituent le support.

Développer des nouveaux outils d'évaluation

L'expertise collective (Inserm, 2001) avait préconisé la création et la validation d'outils d'évaluation adaptés à ce champ. En effet, les évaluations des programmes de prévention présentées dans la littérature portent essentiellement sur des résultats sanitaires, épidémiologiques, voire économiques. Les évaluations des interventions éducatives se sont longtemps centrées sur les aspects quantitatifs et les changements de savoirs, plutôt que sur les compétences et les processus qualitatifs. Le groupe d'experts avait recommandé de conjuguer les approches quantitatives et qualitatives de l'évaluation afin d'apporter un éclairage sur les besoins, les processus et les effets des programmes d'action. À cette fin, il a plaidé pour le développement d'outils d'évaluation et d'échelles adaptés au contexte français, dans une acception positive de la santé et de l'éducation à la santé (*empowerment, enabling*). Il n'est pas suffisant, ni pertinent, compte tenu des temporalités, de limiter l'évaluation à la mesure des aspects négatifs ou des aléas de santé. Dans ce

« qualité de la santé ». Dans le champ de la santé mentale, et particulièrement dans les programmes qui visent le renforcement des compétences psychosociales, on mesure la nécessité de définir des indicateurs de sentiment d'efficacité personnelle, de capacité d'action, d'ajustement, d'adaptation, de recours..., et d'échelles de compétences tant psychologiques que sociales.

En résumé, dans une même perspective de structuration de la recherche et de ses outils, le groupe de travail préconise la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire qui s'attache à adapter ou créer, valider et diffuser une batterie d'outils d'évaluation qui couvrent les différents domaines d'intervention et d'effets de l'éducation à la santé.

Evaluer l'impact des programmes sur les comportements de consommation

Les professionnels de l'industrie alimentaire déploient des moyens importants pour influencer l'alimentation des enfants et des adolescents. Face à ces pressions, le groupe de travail demande l'ouverture d'un programme spécifique de recherches en sciences sociales : il s'agit d'analyser et mettre à jour les stratégies et les interventions des acteurs économiques qui tendent à modifier les comportements alimentaires des enfants et des adolescents. Dans la même perspective, il propose d'étudier les stratégies des acteurs économiques qui incitent à la consommation de tabac et d'alcool, ou encore tendent à diminuer l'activité physique et à accroître la sédentarité.

De telles recherches seraient utilement complétées par des travaux anthropologiques sur l'alimentation dans les milieux défavorisés, qui, à l'heure actuelle, sont les plus atteints par « l'épidémie de surcharge pondérale ».

Des mesures très concrètes ont été proposées, tant sur le plan alimentaire que sur celui de l'activité physique. Le groupe de travail recommande d'en évaluer la mise en œuvre, ainsi que l'impact sur l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants. Cette dernière mesure peut se faire sur la base du cycle triennal d'études effectuées par la DESCO (Direction de l'enseignement scolaire) et la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) auprès des élèves de grande section de maternelle, de CM2 et de troisième.

Réaliser des recherches dans le champ de la prévention en santé mentale

À l'heure actuelle, comme le rappelait récemment le rapport « Santé des jeunes. Orientations et actions à promouvoir en 2002 » (Pommereau, 159

2002), la prévalence de la souffrance psychique et des troubles mentaux dans la population scolarisée n'est pas connue. Quelles sont les prévalences des dépressions et des troubles anxieux, ou encore des troubles du comportement manifestant des troubles de l'humeur ou de la personnalité ? De telles données seraient pourtant nécessaires pour envisager, et organiser, leur repérage ainsi que les interventions de prévention précoce en santé mentale, qu'elles soient universelles, sélectives ou indiquées.

Du fait de ses missions et de son organisation (un seul enseignant pour une classe), l'école primaire relève très naturellement d'approches éducatives généralistes. La revue de Greenberg et coll. (2001) montre un avantage sensible des approches précoces (dès l'école primaire). Les approches de prévention universelle sont susceptibles d'avoir un impact sur les problèmes émotionnels et de comportement des enfants. Les évaluations des programmes *I can do* (Dubow et coll., 1998) ont montré que les jeunes participant à ces programmes témoignaient d'un plus grand sentiment d'efficacité dans leurs capacités à résoudre des problèmes et à faire face aux événements stressants.

En France, des séquences de développement des compétences psychosociales sont mises en œuvre dans un certain nombre d'écoles. Il paraît maintenant urgent de capitaliser les enseignements de ces expériences et d'en évaluer les acquis. Il faudrait réaliser une évaluation quantitative et qualitative des programmes de développement des compétences psychosociales mis en place en écoles primaires. Cette évaluation devrait prendre en compte l'implantation effective des programmes (nombre de séances, contenus, compétences visées, durée des programmes annuels ou pluriannuels, adhésion et coopération des enseignants, information et implication des parents, cohérence avec le projet d'école, voire avec le « programme caché » de l'école...). Il y a probablement beaucoup à en apprendre : quels en sont les effets sur la socialisation, la scolarité, la structuration de la personnalité ? Il est en effet nécessaire d'élucider leurs apports respectifs pour y intéresser tant les acteurs du système éducatif, que ceux du secteur sanitaire ainsi que les parents.

À partir de ces enseignements, et compte tenu des apports de la littérature (Greenberg et coll., 2001), il faudra réfléchir à l'opportunité de réaliser un programme ambitieux, soutenu et durable de recherches sur la prévention universelle à l'école maternelle et élémentaire (voire jusqu'au début du collège) en matière de santé mentale, dans le contexte socioculturel de la France. Il semble qu'il y ait un réel besoin de développer des connaissances dans ce domaine (*US public health service*, 2000). Mais cela ne pourra pas se faire sans une attitude volontariste et sans moyens pour explorer efficacement et durablement cette piste prometteuse. Par ailleurs, le groupe de travail rappelle la nécessité d'impliquer activement les familles, tant pour des raisons éthiques que sur la base d'arguments d'efficacité.

Enfin, dans une perspective de réduction des inégalités en matière de santé, on peut aussi proposer de développer de telles recherches en ciblant préférentiellement les élèves des zones d'éducation prioritaire.

En résumé, le groupe de travail recommande d'étudier les conditions propices au développement et à l'évaluation de programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire.

BIBLIOGRAPHIE

DUBOW EF, SCHMIDT D, MC BRIDE J, EDWARDS S, MERK FL. Teaching children to cope with stressful experiences : implementation and evaluation of a primary prevention program. *J Clin Child Psychol* 1993, **22** : 428-440

GREENBERG MT, DOMITROVICH C, BUMBARGER B. The prevention of mental disorders in school-aged children : current state of the field. *Prevention and treatment*, 2001, **4** : 1-52

INSERM. Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Expertise collective Inserm, les éditions Inserm, Paris 2001 : 247 p

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Plan national d'éducation pour la santé, janvier 2001

POMMERAU X. Santé des jeunes. Orientations et actions à promouvoir en 2002. Rapport, avril 2002 : 33 p

US PUBLIC HEALTH SERVICE. Report of the surgeon general's conference on children's mental health : a national action agenda. Department of health and human services, Washington 2000

Annexes

Récapitulatif des actions proposées, des populations cibles et des décideurs concernés

Actions proposées	Populations cibles	Décideurs concernés
Familiariser les enfants avec les fruits et légumes à l'école maternelle	Enfants école maternelle	Municipalités
Développer les classes à projet artistique et culturel « goût et art culinaire »	Enfants école primaire	Instituteurs
Sensibiliser les enfants et leur famille à l'importance du petit déjeuner	Enfants et parents école maternelle et primaire	Municipalités, associations de parents
Réglementer la distribution de boissons et aliments à l'école	Enfants école primaire, collège, lycée	Directeurs d'écoles, chefs d'établissement
Favoriser l'application du programme d'éducation physique à l'école	École primaire	Directeurs d'écoles, instituteurs
Assurer une heure d'activité physique quotidienne supplémentaire pour tous les enfants au CP	Enfants CP	Ministère chargé de l'éducation Ministère chargé de la santé
Inciter les municipalités à développer les dispositifs permettant l'activité physique des enfants en dehors de l'école	Enfants, adolescents	Municipalités
Former la communauté éducative à la promotion de la santé mentale	Enseignants et futurs enseignants	IUFM, ENSP
Mettre en application des programmes de promotion de la santé mentale	Enfants école primaire, collège, lycée	Ministère chargé de l'éducation Ministère chargé de la santé
Développer et évaluer le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » en France	Enfants école primaire	Ministère chargé de l'éducation Instituteurs, chercheurs
Développer et évaluer le programme « <i>I can do</i> »	Enfants école primaire	Ministère chargé de l'éducation Instituteurs, chercheurs
Réactiver la loi Évin	Enfants, adolescents	Ministères
Développer la prévention situationnelle des risques liés à la prise d'alcool chez les jeunes	Adolescents	Ministères Jeunesse, Sports
Structurer le milieu de la recherche et de la formation en éducation pour la santé	Enfants, adolescents	Inpes
Développer de nouveaux outils d'évaluation en éducation pour la santé	Enfants, adolescents	Inpes
Évaluer l'impact des programmes sur les comportements de consommation	Enfants, adolescents	Ministères santé, recherche, chercheurs, Inpes
Réaliser des recherches sur la prévention en santé mentale	Enfants, adolescents	Ministères santé, recherche, chercheurs

Fiche 1. Protocole d'action : éducation nutritionnelle à l'école maternelle

Objectif	Familiariser les enfants avec les fruits et légumes, notamment crus, et favoriser l'appréciation gustative de ces aliments
Orientation globale des liens à promouvoir	<p>Restauration scolaire, collations et apprentissages scolaires : concrétiser le plus possible les éléments de savoirs et les pratiques</p> <p>École et familles : limiter les incohérences entre pratiques et savoirs scolaires et pratiques familiales¹¹, faciliter une écoute à domicile des apprentissages de l'enfant, valoriser certains savoir-faire familiaux</p> <p>École et activités périscolaires, en cohérence interactive avec tous les lieux de vie de l'enfant (garderie, centres de loisirs...) : contribuer à l'atteinte de l'objectif notamment par le suivi d'activités de maraîchage</p> <p>Le lien peut être formalisé par un contrat éducatif local (commune, éducation, nationale, jeunesse)</p>
Intervenants	<p>Directeur d'école : assure le lien avec l'équipe municipale, oriente les interventions de ce personnel</p> <p>Enseignants : chargés de l'animation pédagogique globale</p> <p>Personnel ATSEM (agent territorial spécialisé dans les écoles maternelles)</p> <p>Animateurs de la garderie, du centre de loisir</p> <p>Familles : information et implication pour aider dans l'animation de certaines séquences</p> <p>Équipe municipale : lien avec les producteurs locaux de fruits et légumes/ les marchés d'intérêt régional</p> <p>Médecins de la pmi, infirmières scolaires, peuvent venir en appui, notamment dans le lien avec les familles</p>
Moyens et outils	<p>Quelques suggestions : pommes, bananes, clémentines, figues, radis, concombres, carottes, tomates, choux-fleur, céleris... ; pour certaines circonstances particulières, la cuisson peut être prévue : purée de potiron, compote de poire. Les surgelés pourront aussi être découverts</p> <p>La pratique peut, au mieux, associer les parents : participation, sous la supervision de l'enseignant, aux séquences d'exploration sensorielle, à la confection de certaines recettes à base de fruits et de légumes, à des sorties de découverte pratique au marché. La fête de fin d'année peut être un catalyseur de certaines réalisations : recettes, préparation d'étals pour des jeux gustatifs, de reconnaissance, d'intrus, déguisements utilisant fruits et légumes comme support de créativité</p>
Durée	<p>Le programme se déroule durant l'année scolaire</p> <p>Un relais avec des activités de renforcement à l'année n + 1 doit être intégré dans le projet d'école</p>
Evaluation	<p>Observation de l'évolution des attirances des enfants, par exemple sur des tables de découvertes (proposant diverses variétés d'aliments dont des fruits et légumes)</p> <p>Observation au moment du repas scolaire de l'évolution de la quantité de fruits et légumes laissée dans les assiettes</p>
Activité complémentaire « Jardin potager »	Selon disponibilité de terrain, de temps, de personnel

11. Les résultats de l'enquête Inca2 montrent que jusqu'à l'âge de 10 ans, les repas pris en restauration scolaire ont en moyenne une qualité nutritionnelle supérieure à ce qui est proposé à domicile

Fiche 1. Suite

Objectif	Accompagner la croissance de légumes Découvrir l'origine des aliments, accompagner le cycle de la nature, découvrir les étapes de maturation de la graine au légume (ou fruit). Appréhender la notion du temps de la croissance, de la maturation. Découvrir les éléments nécessaires à la croissance. Appréhender la notion de sécurité au travail L'activité doit se dérouler à la garderie ou au centre de loisirs afin d'éviter que le moment de la maturité, de la cueillette et de la consommation ne survienne durant une période de fermeture de l'école
Intervenants	Idem fiche 1 La mairie peut mettre à disposition un jardinier pour certaines séquences
Matériel	Carré de terre (selon disponibilité), ustensiles de jardinage à la taille d'enfants de maternelle
Déroulement	Par petits groupes de 5-7 enfants, étapes et soins prodigués aux plantations (préparation de la terre, semis, désherbage, arrosage, utilisation d'engrais, cueillette) sont décrits et réalisés par les enfants

Fiche 2. Protocole d'action : « goût et art culinaire »

Objectifs	<p>Ouvrir les élèves aux pratiques culturelles et représentations sociales liées à l'acte alimentaire, à ces dimensions essentielles de l'alimentation, complémentaires de la satisfaction des besoins physiologiques</p> <p>Favoriser une pédagogie active qui réconcilie l'art, la culture, la technique, la technologie et la science</p>
Modalités de l'action	<p>« On mange bien à l'école » : projet intergénérationnel</p> <p>« Une école des saveurs » : journées thématiques</p> <p>« Les ateliers expérimentaux du goût » : découverte de produits nationaux</p>
Intervenants internes et externes	<p>Le directeur d'école, les enseignants, les personnels de santé, les personnels de la communauté éducative, les familles, la municipalité, les sociétés de restauration collective, les artisans, les producteurs, les détaillants, les restaurateurs, les apprentis, le secteur de l'agroalimentaire, les spécialistes de la restauration scolaire rattachés à la Ligue de l'enseignement, l'Institut français de formation et de recherche sur les arts culinaires, l'Institut français pour la nutrition, l'Institut national de la recherche agronomique...</p>
Déroulement de l'activité	<p>Pour chaque sens, chaque enfant doit décrire ce qu'il ressent et trouver les mots pour qualifier ses sensations vis-à-vis de différents fruits (toucher, vue, goût, odorat)</p>
Séquences pédagogiques	<p>Cuisiner fruits et légumes en maternelle (dès la petite section, soit 3 ans) : faire pour le plaisir, développer ses capacités sensorielles, faire pour partager, pour offrir, collaborer à une réalisation collective, pour l'éducation à l'hygiène, pour l'éducation à la sécurité</p> <p>Compétences disciplinaires : entrer dans le monde de l'écrit par la manipulation, l'action, les sens. Il s'agit de nommer, utiliser des ustensiles, des ingrédients, des images, le codage, découvrir un écrit formalisé à travers la recette...</p> <p>Eveil scientifique et technologique : découvrir des ustensiles, des machines, leur fonctionnement, découvrir les états de la matière, observer des transformations simples par la cuisson</p> <p>Langage oral : enrichir le vocabulaire en nommant ingrédients, ustensiles, actions, termes spatio-temporels, adjectifs qualificatifs, structurer des phrases simples</p>
Évaluation	<p>Estimer l'évolution de la connaissance et de l'acceptation de la diversité alimentaire, notamment au travers de la consommation de fruits et de légumes : consommation réelle en situation (collation, repas de la restauration scolaire), quantités de restes...</p> <p>Compétences acquises en fin de cycle au travers des enseignements. Estimation de l'évolution des attitudes et des consommations des enfants à domicile (par des questionnaires adaptés proposés aux familles)</p>

Fiche 3. Protocole d'action : promouvoir le développement d'activité physique à l'école maternelle

Objectifs	<p>Permettre le développement moteur, affectif et intellectuel</p> <p>Favoriser la construction des actions motrices fondamentales</p> <p>Acquérir les compétences et connaissances utiles pour mieux connaître son corps, le respecter et le garder en bonne santé</p> <p>Permettre la prise de contact avec différentes activités</p> <p>Contribuer à orienter les efforts des enfants et à leur donner du sens</p>
Population cible	Élèves de maternelle petite et moyenne section
Lieu de l'action	École et cour de l'école
Durée	<p>Une séance d'activités corporelles chaque jour durant 30 à 45 minutes en milieu de matinée et en fin d'après-midi</p> <p>Récréation : 15 à 30 minutes</p>
Responsable du projet	<p>Au niveau national : Ministère de l'Éducation nationale</p> <p>Au niveau local : le directeur d'école</p>
Acteurs de l'action	Enseignants
Modalités de l'action	<p>Actions réalisées pour le plaisir, lié aux sensations et aux émotions ressenties en laissant jouer l'enfant</p> <p>Faire découvrir aux enfants différentes activités motrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> actions de déplacement (locomotions) qui répondent au besoin du tout petit de mieux connaître son corps et d'affirmer son équilibre équilibre : tenir sur un pied manipulations : saisir, tirer, pousser déplacements et mouvements dansés, jeux d'expression, réception d'objets <p>Lier ces activités avec une activité d'éveil sur l'apport énergétique (alimentation, régularité des repas, composition des menus) et la dépense énergétique (bouger) ; faire comprendre à l'enfant la nécessité de respecter l'intimité de chacun, l'intégrité de son corps et de celui des autres</p> <p>Apprendre et faire comprendre à l'enfant la notion de risque calculé</p> <p>Lui donner le goût d'évoluer et de jouer au sein du groupe</p>
Outils	<p>Document de cadrage de l'action pour les enseignants : Bulletin officiel du Ministère de l'Éducation nationale sur les horaires et programmes n° 1 hors série du 14 février 2002</p> <p>Instruments de jeu de la vie quotidienne : blocs de mousse, bancs, gros tapis, plans inclinés, tunnels, chariots, tricycles, cubes en mousse, ballons, cordes à sauter, balles...</p>
Bilan de l'action	Pour chaque enfant, évaluer le niveau de compétences spécifiques liées à chaque action
Estimation grossière des coûts	<p>Faible coût d'investissement</p> <p>Faible coût de fonctionnement</p>
Evaluation	Évaluer comment l'enfant est capable de s'engager dans une action, contrôler ses émotions, prendre des repères, se conduire dans le groupe en fonction des règles établies

Fiche 4. Protocole d'action : promouvoir le développement d'activité physique au cycle des apprentissages fondamentaux (CP-CE1)

Objectif	<p>Permettre le développement moteur, affectif et intellectuel</p> <p>Développer les capacités et ressources nécessaires aux conduites motrices</p> <p>Accès aux diverses activités physiques, sportives et artistiques</p> <p>Acquisition des compétences et connaissances utiles pour mieux connaître son corps, le respecter, le garder en bonne santé</p> <p>Apprendre à l'élève à mieux se connaître, mieux connaître les autres, dominer ses émotions, mettre en œuvre les codes et prendre des repères</p> <p>Contribuer à orienter les efforts des enfants et à leur donner du sens</p>
Population cible	Élèves de grande section de maternelle, CP et CE1
Lieu de l'action	École et cour de l'école
Durée	<p>Une séance d'activités corporelles chaque jour durant 30 à 45 minutes en milieu de matinée et en fin d'après-midi</p> <p>Récréation : 15 à 30 minutes</p>
Responsable du projet	<p>Au niveau national : Ministère de l'Éducation nationale</p> <p>Au niveau local : le directeur d'école</p>
Acteurs de l'action	Enseignants
Modalités de l'action	<p>Faire découvrir aux enfants différentes activités motrices : déplacements (courir, sauter, marcher), équilibre (tenir sur un pied), manipulations (saisir, tirer, pousser, lancer, réception d'objets)</p> <p>Lier cette activité avec une activité d'éveil sur l'apport énergétique (alimentation, régularité des repas, composition des menus) et la dépense énergétique (bouger) ; faire comprendre à l'enfant la nécessité de respecter l'intégrité de son corps et de celui des autres</p> <p>Apprendre et faire comprendre à l'enfant la notion de risque calculé Lui donner le goût d'évoluer et de jouer au sein du groupe</p>
Outils	<p>Document de cadrage de l'action pour les enseignants : Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation nationale sur les horaires et programmes n° 1 hors série du 14 février 2002</p> <p>Instruments de jeu de la vie quotidienne, cordes à sauter, balles...</p>
Bilan de l'action	Évaluer le niveau de compétences spécifiques liées à chaque action
Estimation grossière des coûts	<p>Faible coût d'investissement</p> <p>Faible coût de fonctionnement</p>
Evaluation	Évolution du niveau des compétences de chaque enfant

Fiche 5. Protocole d'action : promouvoir le développement d'activité physique au cycle des approfondissements (CE2, CM1 et CM2)

Objectif	<p>L'enseignement de l'éducation physique et sportive vise, au cycle des approfondissements :</p> <p>Le développement des capacités et des ressources nécessaires aux conduites motrices</p> <p>L'accès au patrimoine culturel que représentent les diverses activités physiques, sportives et artistiques, pratiques sociales de référence</p> <p>L'acquisition des compétences et connaissances utiles pour mieux connaître son corps, le respecter et le garder en forme</p> <p>L'éducation à la santé par la découverte du fonctionnement du corps en privilégiant les conditions de maintien du corps en bonne santé</p> <p>Les mouvements corporels (fonctionnement des articulations et des muscles)</p> <p>Une première approche des fonctions de nutrition (digestion, respiration et circulation)</p> <p>La reproduction des humains et l'éducation à la sexualité</p> <p>Les actions bénéfiques ou nocives de nos comportements (notamment dans l'alimentation)</p> <p>Des principes simples de secourisme</p>
Population cible	Élèves de CE2 à CM2
Lieu de l'action	École et cour de l'école
Durée	3 heures d'éducation physique et sportive par semaine
Responsable du projet	<p>Au niveau national : Ministère de l'Éducation nationale</p> <p>Au niveau local : directeur d'école</p>
Acteurs de l'action	Enseignants
Modalités de l'action	<p>Activités athlétiques : courses de vitesse, courses d'endurance, sauts en longueur, lancers</p> <p>Activités de natation : nager longtemps</p> <p>Activités d'orientation : escalade, activités nautiques, activités de roule et de glisse, équitation...</p> <p>Activités collectives : jeux de lutte, jeux de raquettes, jeux collectifs (traditionnels ou sportifs)</p> <p>Activités à visée artistique, esthétique ou expressive : gymnastique artistique, gymnastique rythmique, activités de cirque, natation synchronisée...</p> <p>Programmation des activités</p> <p>Trois heures hebdomadaires réparties au minimum sur deux jours distincts par semaine. La pratique journalière, quand elle est réalisable dans des conditions acceptables, doit être recherchée chaque fois que c'est possible</p>
Outils	<p>Document de cadrage de l'action pour les enseignants : Bulletin officiel du Ministère de l'Éducation Nationale sur les horaires et programmes n° 1 hors série du 14 février 2002</p> <p>Instruments de jeu de la vie quotidienne : cordes à sauter, balles, bicyclette, roller...</p>
Bilan de l'action	Evaluer le niveau de compétences spécifiques liées à chaque action
Estimation grossière des coûts	<p>Faible coût d'investissement</p> <p>Faible coût de fonctionnement</p>
Évaluation	Compétences acquises par les élèves

Fiche 6. Protocole d'action : assurer une heure d'activité physique supplémentaire pour les enfants du CP

Objectif	Encourager l'activité physique des enfants
Population cible	Élèves de CP
Lieu de l'action	École et cour de l'école
Durée	Année scolaire
Responsable du projet	Au niveau national : Ministère de l'Éducation nationale Au niveau local : le directeur d'école
Acteurs de l'action	Enseignants Professeur d'éducation physique
Modalités de l'action	Faire découvrir aux enfants différentes activités motrices qui ne relèvent pas d'une activité sportive : activités individuelles (marche rapide, footing, cordes à sauter, marelles...) ou collectives (jeux de balles, jeux de groupes...) Lier ces activités avec une activité d'éveil sur l'apport énergétique (alimentation, régularité des repas, composition des menus) et la dépense énergétique (bouger) ; expliquer cet équilibre Demander aux enfants de faire des propositions concernant leur propre activité physique en dehors de l'école (seuls, avec les parents, la fratrie, les amis...) ; mettre en valeur les initiatives qui vont réduire le temps passé devant la télévision
Outils	Document de cadrage de l'action pour les enseignants : Bulletin officiel du Ministère de l'Éducation nationale sur les horaires et programmes n° 1 hors série du 14 février 2002 Instruments de jeu de la vie quotidienne, cordes à sauter, balles...
Bilan de l'action	Bilan sur le déploiement de l'action dans les différents établissements au niveau national, régional, appréciation des chefs d'établissement sur la mise en place de l'action
Estimation grossière des coûts	Faible coût d'investissement Faible coût de fonctionnement
Évaluation	En termes de recherche : évolution de l'obésité par rapport à groupes témoins

Fiche 7. Protocole d'action : promouvoir l'activité physique en dehors de l'école

Objectif	Encourager l'activité physique des enfants et adolescents
Population cible	Enfants et adolescents
Lieu de l'action	Espaces urbains, associations sportives, centres aérés, équipements municipaux
Durée	Vacances scolaires, jours sans classe, après l'école
Responsables du projet	Ministère Jeunesse et sports Élus locaux Responsables associatifs
Acteurs de l'action	Les parents Les jeunes Animateurs sportifs Animateurs associatifs
Modalités de l'action	Développer des espaces urbains de proximité où l'activité physique est agréable et sécurisée Favoriser l'accès de tous aux équipements sportifs Développer l'offre d'activités physiques en clubs et associations
Outils	Aménager des parcs, espaces verts, pistes cyclables, terrains de jeux Créer des coupons sports (accès des plus démunis aux activités sportives) Organiser des sorties et des rendez-vous sportifs et ludiques Créer une communication incitant à l'activité physique
Bilan de l'action	Evaluer le développement de l'offre d'espaces et d'équipements favorisant l'activité physique
Estimation grossière des coûts	Investissement pour l'aménagement et/ou l'amélioration des espaces Fonctionnement pour l'animation et l'organisation des manifestations, l'entretien des espaces, la communication
Évaluation	Estimer l'activité physique (en durée hebdomadaire par exemple) de la population ciblée en fonction de l'offre d'espaces et d'équipements

Fiche 8. Programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle », fiche séquence « Les sentiments » pour l'école maternelle et le CP¹²

Cycle 1 : École maternelle, CP	Fiche 1 : les sentiments
Objectifs	Repérer les sentiments très fréquemment éprouvés Savoir nommer les émotions et les sentiments éprouvés
Introduction au thème	<p>Sélectionner un livre qui met en évidence plusieurs sentiments aisément reconnaissables par les enfants : joie, tristesse, peur, colère... par exemple, « Le Nakakoué » de C. Ponti (L'Ecole des loisirs, 1977) :</p> <p>« Un matin, alors qu'il se promenait, Zouc trouva une forêt sur sa prairie préférée. Hier, il n'y avait rien, et ce matin, il y avait des arbres partout. Zouc toucha un tronc. Il était mou, rugueux et froid. Ce n'était pas un tronc, mais la patte d'un monstre. Le monstre hurle : un Nakakoué ! Quelle horreur ! Hurlent les autres... »</p> <p>La lecture s'accompagne de mimiques et de gestes qui illustrent et facilitent le repérage et l'identification des sentiments. Expliquer qu'un sentiment ou une émotion correspond à ce qu'on ressent dans diverses occasions, comme recevoir un cadeau, perdre au jeu, voir partir son meilleur ami...</p>
Expression orale	<p>Demander aux élèves de nommer les sentiments éprouvés par les personnages, d'exprimer sur leur visage les émotions repérées et de dire ce qui a motivé ces sentiments et ces émotions.</p> <p>Pour les plus grands, écrire au tableau, dans un premier temps, les sentiments repérés et sous chacun d'eux, les situations qui les favorisent. Dans un second temps, les enfants nommeront les autres sentiments qu'ils connaissent et préciseront les situations qui les favorisent.</p>
Expression corporelle	<p>Nommer un sentiment que des enfants volontaires vont mimer</p> <p>Commentaire : veiller à ce que le maximum d'élèves puisse s'exprimer. Cette première activité est l'occasion de rappeler les règles du programme : écoute, interdiction de critiquer et de se moquer des camarades.</p>
« Comment ça va ce matin ? »	<p>Dessiner sur des cartons, en autant d'exemplaires qu'il y a d'élèves, des pictogrammes représentant des sentiments que les enfants vont devoir identifier.</p> <p>Chaque matin, les élèves choisissent le pictogramme qui traduit les sentiments qu'ils éprouvent à cet instant. Vous-même, choisissez un pictogramme. Quand vous demandez : « Comment ça va ce matin ? », chacun à son tour lève son pictogramme et le montre aux autres. Les élèves et vous-même pouvez ou non commenter ce choix.</p> <p>Il est très intéressant de repérer ainsi les enfants qui se disent souvent tristes ; vous avez plus de légitimité à leur demander ce qui les rend tristes et à en parler avec leurs parents. Un élève qui se dit en colère sera laissé tranquille pendant un moment, le temps qu'il se sente mieux, avant qu'il réintègre lui-même le groupe.</p>
« Les animaux »	<p>Demander aux élèves d'associer le nom d'un animal à un sentiment. Quel est l'animal qui fait peur ? Quel est l'animal qui montre souvent de la peur, celui qu'on associe à la gaieté ou à la colère, celui qui semble triste ?</p>

12. Les fiches 8, 9 et 10 sont tirées de l'ouvrage de FORTIN J. « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle », Hachette, Paris, 2001 : 144p

Fiche 8. Suite

« Reporter »

À partir de vidéos, ou de diapos prises dans la classe, demander aux enfants d'observer les visages, les mimiques, les gestes qui expriment des sentiments. Cette activité permet de commencer à nuancer les sentiments et à enrichir le vocabulaire en reprenant les mots proposés par les élèves eux-mêmes en fonction des situations. Par exemple, les enfants vont peu à peu distinguer tristesse et ennui ou fatigue, joie et excitation, colère et brutalité...

Si on ne dispose pas de caméra ou d'appareil photo, on recherchera des illustrations photographiques dans les livres, permettant le même repérage des sentiments à partir des gestes et des mimiques.

Fiche 9. Programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle », fiche séquence « Les sentiments » pour le cycle 2

Cycle 2 : CE1 – CE2	Fiche 14 : les sentiments
Objectifs	Repérer différents sentiments Acquérir le vocabulaire nécessaire à l'expression des sentiments Associer les sentiments et les situations qui les favorisent
Introduction au thème	Réunir les élèves en cercle et lire un texte présentant une certaine diversité de sentiments (joie, tristesse, peur, colère...). Par exemple : « Maudit perroquet » de M.A. Murail, dans « Les meilleurs contes d'Astrapi » (Centurion Astrapi, 1990) ou « L'autruche » dans « Contes pour enfants sages » de J. Prévert (Gallimard, 1963, Folio Cadet, 1998) et en marquant bien les intonations correspondant aux différents sentiments, puis reprendre par séquences en laissant les élèves exprimer les sentiments repérés. Par exemple, dans le texte de Prévert, les enfants peuvent repérer, selon leur âge, les expressions et les phrases suivantes : « en colère », « tu m'agaces », « je n'aime pas beaucoup ta mère », « tout le monde a ri, mais moi j'avais envie de pleurer ».
Expression orale	Ce que je ressens quand on me fait un cadeau, on me menace d'une punition, une porte claque dans mon dos, mon meilleur ami est malade, je réussis un devoir. Les élèves peuvent s'exprimer oralement ou mimer le sentiment qu'ils éprouvent.
Expression corporelle	Un élève volontaire choisit et mime un sentiment que les autres doivent deviner. Le premier qui identifie correctement ce sentiment mime à son tour un autre sentiment.
Education et expression artistique	Le mime précédent peut être remplacé par la présentation de portraits choisis dans les magazines. Les enfants sont alors invités à exprimer le sentiment ou l'émotion qu'ils prêtent au personnage. Repérer et exprimer les émotions et les sentiments suscités par les couleurs (couleurs froides et couleurs chaudes). Par exemple, comparer le port de La Ciotat représenté par Braque et celui de Collioure par Derain. Dessiner la figure de quelqu'un de joyeux, triste, en colère, qui a peur... La peindre en tenant compte des émotions qu'apportent les couleurs. Pictogrammes : en première année de cycle 2, dessiner sur une feuille de papier (format 10,5 x 13,5) des pictogrammes correspondant aux sentiments les plus fréquents (joie, tristesse, colère, peur...). Les pictogrammes seront photocopiés en autant d'exemplaires qu'il y a d'élèves, et collés sur des cartons. Les enfants choisissent chaque matin le pictogramme correspondant le mieux à ce qu'ils ressentent, et le placent sur leur table. Rapidement, chaque élève indique à haute voix son état d'humeur. Il a la possibilité de changer de pictogramme au cours de la journée. L'enseignant participe à cette activité en choisissant et en montrant le pictogramme correspondant à son humeur quand il arrive en classe. Commentaire : les élèves perçoivent ainsi que la variabilité des sentiments concerne tout le monde, et qu'il convient d'y porter attention pour s'ajuster au mieux à ses interlocuteurs.
Comptine	Extrait de « Comptines qui chatouillent » de F. David et E. Chollat (Milan Poche Benjamin, 2001) : « Si j'étais de mauvaise humeur, ou renfrogné à faire peur, je ferais de drôles de grimaces en me regardant dans la glace, pour retrouver ma bonne humeur. »

Fiche 10. Programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle », fiche séquence « Le droit à l'erreur » pour le cycle 3

Cycle 3 : CM1 – CM2	Fiche 33 : le droit à l'erreur
Objectifs	Savoir relativiser un échec pour garder confiance en soi Etre tolérant vis-à-vis des autres
Introduction au thème	<p>Observer</p> <p>À partir de la vidéo d'un match de football (rugby...) ou d'un article de journal avec photo, faire remarquer l'attitude des spectateurs sifflant et conspuant les joueurs qui ratent une passe, un but, un essai, un point...</p> <p>Analyser</p> <p>Les élèves, réunis en cercle, imaginent et expriment les sentiments que les joueurs sifflés peuvent ressentir, puis les sentiments et les motivations des spectateurs agresseurs et, enfin, les sentiments et réactions des joueurs et des spectateurs qui sont témoins de ces manifestations</p> <p>Proposer</p> <p>Diviser la classe en quatre. Le premier groupe s'intéresse aux joueurs sifflés. Il imagine et note par écrit les raisons pour lesquelles ils sont sifflés. Il dresse ensuite une liste des raisons pour lesquelles ils sont sifflés. Il dresse ensuite une liste des réactions possibles des joueurs, en cherchant celles qui leur gardent la meilleure image d'eux-mêmes</p> <p>Le deuxième groupe s'intéresse aux spectateurs qui témoignent leur mécontentement. Leurs réactions sont-elles justifiées ? Quelles en sont les conséquences ? Aident-elles les joueurs ? Quelle satisfaction retirent-ils de leurs réactions ? Pouvaient-ils agir autrement ? Comment ?</p> <p>Le troisième groupe s'intéresse aux joueurs qui ne sont pas sifflés. Quelle est leur attitude vis-à-vis du public et vis-à-vis de leurs camarades ? Que peuvent-ils faire pour que les réactions se modèrent</p> <p>Le quatrième groupe s'intéresse aux spectateurs qui ne manifestent pas. Pourquoi ne font-ils pas comme les autres ? Que pourraient-ils faire vis-à-vis du public perturbateur ?</p> <p>Dans tous les groupes, les avantages et les inconvénients de chaque proposition seront envisagés</p> <p>Commentaire : cette séance concerne tous les élèves et les adultes, car chacun a fait l'expérience de l'échec dans un quelconque domaine. Insister en les mettant en relation avec des événements vécus par les enfants, sur les propositions qui permettent à la personne en difficulté de conserver une image d'elle-même suffisamment positive pour ne pas réagir soit de manière dépressive (« je suis nul », « je n'arriverai jamais à rien ») soit de manière agressive, violente (« je me vengerai », « c'est la faute de ceux qui ne m'aiment pas »)</p> <p>Insister donc, d'une part, sur des réactions individuelles de protection telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - relativiser, prendre de la distance : « ce n'est pas la fin du monde », « je sais que je peux réussir si je le veux vraiment » - l'humour et l'autodérision : « question louper, aujourd'hui, j'étais imbattable » - les manifestations de solidarité dès que l'un des membres de l'équipe (du groupe, de la classe...) est en difficulté <p>Souligner que parmi les spectateurs, il est probable que certains soient tout aussi mécontents que ceux qui manifestent, mais qu'ils savent se contrôler et ne pas se laisser influencer par les autres (la résistance à la pression des autres se retrouve dans d'autres séquences).</p> <p>Les alternatives à la colère ont été abordées en cycle 2.</p>

Fiche 10. Suite

Expression écrite
et artistique

Le grand philosophe grec Socrate a écrit : « La chute n'est pas un échec, l'échec est de rester là où on est tombé ».

Après avoir réfléchi, éventuellement à 2 ou 3, les enfants rédigent un texte inspiré de cette citation, en l'appliquant à des situations de leur vie quotidienne.

Quelques textes seront lus par des élèves volontaires et donneront lieu à une discussion autour de l'intérêt à transformer l'échec en une étape salutaire pour se remettre en question, revoir ses façons d'agir et progresser. Souligner le rôle important des camarades pour aider (et non « enfoncer ») celui qui a fait une erreur ou qui a échoué, en l'incitant à rebondir de manière positive. Illustrer la phrase de Socrate.

Fiche 11. Protocole d'action de prévention en santé mentale : adaptation du programme *I can do*¹³

Objectif	Développer les stratégies cognitives et émotionnelles des enfants qui facilitent l'adaptation psychologique aux événements de vie stressants (séparation des parents, transitions scolaires, conflits avec les pairs...) et réduisent le risque de troubles du comportement et d'échec scolaire.
Population cible	Enfants d'école élémentaire (du CE1 au CM2)
Lieu de l'action	La classe
Durée	13 sessions d'une heure pouvant être réalisées à un rythme hebdomadaire
Responsables du projet	Le directeur d'école L'enseignant
Acteurs de l'action	L'enseignant Le conseiller d'éducation Un éducateur formé à la méthode
Modalités de l'action	5 situations ou événements potentiellement stressants sont abordés Les 3 premières séances sont destinées à familiariser les enfants avec les différentes stratégies de « <i>coping</i> » ou stratégies d'ajustement ; les 5 situations de stress sont abordées au cours des 10 séances suivantes (2 séances par facteur de stress) : faire face à une perte, faire face à un déménagement, faire face à la différence, être autonome, faire face à la séparation ou au divorce des parents
Outils	Le manuel d'utilisation Matériel nécessaire : films, textes, jeux
Estimation des coûts	Pas de dépenses spécifiques si animé par l'enseignant Coût minime pour le matériel
Évaluation	Comparés à un groupe témoin, les enfants ayant bénéficié du programme améliorent leurs stratégies sociales de résolution de problèmes et leur sentiment d'efficacité L'impact sur la gestion d'autres facteurs de stress ainsi que sur l'anxiété, l'humeur et les troubles du comportement n'a pas été évalué

13. Adaptation du programme de Dubow EF. « I can do, Problem-solving training manual », Bowling Green State University, 1998 : 162 p