

DOSSIER 49

De l'hygiène à la santé

P39 Environnement
Mesurer le risque

P43 Généralistes
et prévention
Les chiffres

P44 Filles et garçons
à travers
l'objectif



Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

**Professionnel de santé, enseignant,
 travailleur du secteur médico-social,
 éducateur ou étudiant**

vous vous posez ces questions,
 vous souhaitez une information
 et une aide régulières...

LA Santé de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.



Tarifs 2001 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	1 an (6 numéros)	165 FF <input type="checkbox"/>
	2 ans (12 numéros)	295 FF <input type="checkbox"/>
Étudiants	1 an (6 numéros)	110 FF <input type="checkbox"/>
<small>(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)</small>		
Autres pays et outre-mer	1 an (6 numéros)	220 FF <input type="checkbox"/>

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES
 Veuillez me faire parvenir une facture

Nom Prénom

Organisme Fonction

Adresse

Date et signature :

Je souhaite recevoir les numéros suivants :
 (prix au numéro : 39 FF).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentation et populations défavorisées, N° 336. | <input type="checkbox"/> Famille et santé, N° 343. |
| <input type="checkbox"/> Violence : adolescents en quête d'espoir, N° 337. | <input type="checkbox"/> Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344. |
| <input type="checkbox"/> Arrêt du tabac : les méthodes qui marchent, N° 338. | <input type="checkbox"/> L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345. |
| <input type="checkbox"/> L'allaitement maternel, N° 339. | <input type="checkbox"/> Éducation à la santé à l'École, N° 346. |
| <input type="checkbox"/> Question de poids, N° 340. | <input type="checkbox"/> Regards sur les dépendances, N° 347. |
| <input type="checkbox"/> Éducation du patient... formation des soignants, N° 341. | <input type="checkbox"/> Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?, N° 348. |
| <input type="checkbox"/> Quelle prévention du suicide ? N° 342. | |

- 4 Éditorial**
Éducation pour la santé et inégalités sociales de santé
Pr Pierre Lombrail
- 5 Nutrition**
160 questions/réponses sur l'alimentation
Christelle Duchêne
- 9 Éducation du patient**
VIH : vers un partenariat hospitalo-associatif ?
Bruno Housseau
- 12 Santé à l'école**
Aller vers une école « bientraitante »
Agnès Ducros, Michèle Tricoire

Dossier : P. 15 à 38 — De l'hygiène à la santé

Enquête de La Santé de l'homme - juin 2000

Présentation des résultats

Anne-Sophie Dormont 16

Analyse des représentations de quelques acteurs

Anne-Lyse Favier 18

Hygiène : un observatoire de l'évolution des pratiques

Bruno Housseau, Fabien Tuleu 22

La polysémie de l'hygiène

Jean-Pierre Goubert 24

L'hygiène, le contrôle de soi et la souillure

Jacques Arènes 26

Rendre familier ce qui est étrange

Interview d'Alain Epelboin, médecin ethnologue 29

Doit-on parler d'hygiène à l'école ?

Brigitte Sandrin Berthon 34

39 Environnement

Le risque à évaluer

Denis Dangaix

43 La santé en chiffres

Prévention et éducation du patient par le médecin généraliste

Bertrand Coustou

44 Cinésanté

Les filles et les garçons

Clara Beelen, Jacqueline Carton

48 Lectures-vidéo-outil

349

*Au sommaire du prochain numéro :
Handicaps : éduquer notre regard*

Éducation pour la santé et inégalités sociales de santé

Le propos de cet éditorial est simple dans sa formulation : dans quelle mesure l'éducation pour la santé peut-elle – si elle le peut – apporter une contribution à la réduction des inégalités sociales de santé dans notre pays ? Quelle est la place du réseau CFES-Cres-Codes dans cette optique ?

Ma réponse à la première question est évidemment positive. Je me fonde notamment sur un avis récent du Conseil national d'éthique qui proclame *« il y a une profonde dimension éthique dans l'exigence d'utilisation optimale de l'effort consacré à la santé, puisque seule elle est de nature à garantir le meilleur respect des valeurs de justice et de solidarité. En effet, tout divertissement partiel de cet effort hors des actions où il serait le plus efficace, à court, moyen et long termes, aboutirait à ce que des améliorations possibles en matière de santé ne puissent être apportées. »*

Dans quelle mesure l'éducation pour la santé peut-elle contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ?

Mais cette réponse de principe soulève des questions techniques plus ou moins ardues. Que sait-on de l'efficacité de nos interventions dans leur capacité à rattraper des inégalités de santé ? Nos outils et nos méthodes ont-ils été pensés avec cette préoccupation ? Plus simplement, que savons-nous du niveau de notre mobilisation sur le terrain et sommes-nous organisés pour un partage d'expériences régulier ?

Quoi qu'il en soit, ma conviction est que la conduite d'actions efficaces en terme de réduction d'inégalités de santé nous amène résolument sur le terrain de la promotion de la santé dans une dynamique participative associant l'ensemble des partenaires concernés (éducation nationale, entreprises, collectivités territoriales, etc.), à commencer par les destinataires de nos actions, actions qui devraient de plus en plus être « coproduites » par eux et nous. C'est ce que nous faisons par exemple dans la conduite de nos « ateliers santé » dans le cadre du plan d'accès aux soins (PDAS) – programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

Ce terme de coproduction m'amène à aborder le domaine du soin dans lequel il est de plus en plus employé : l'éducation thérapeutique du

patient. Allons-nous investir ce nouveau champ d'activité de la même manière que les autres ou en conscience des inégalités d'accès aux soins dans notre pays ? En clair, allons-nous encore faire mieux pour ceux qui ont déjà tout, ou allons-nous aussi tâcher de spécifier nos actions en fonction de la disparité des besoins à satisfaire ? On devine la réponse que je souhaiterais faire. Je ne suis pourtant pas sûr que nous soyons prêts et nous devons y travailler. En cette matière comme en toutes, nous devons innover, évaluer rigoureusement ce que nous faisons et faire connaître nos progrès.

La deuxième question que je posais à travers cet éditorial porte sur la place du « réseau du CFES » dans le paysage actuel et (surtout) à venir de « l'éducation pour la santé ». Le renforcement de la reconnaissance et de la place du CFES actuellement en cours ne doit pas se faire au détriment d'une vie associative sur le terrain, très inégale il est vrai mais par endroits très riche. Et on ne peut pas imaginer une dynamique de promotion de la santé se développer sans acteurs de proximité reconnus et impliqués dans une réalité locale. De même qu'on ne peut pas concevoir le développement de l'éducation thérapeutique des patients sans une participation active de professions de santé avec lesquelles nos liens sont restés jusqu'à présent plutôt ténus.

Malgré la foi et le militantisme de ses membres, le « réseau » des associations d'éducation pour la santé ne peut pas grand chose tout seul. L'heure est au partenariat, à la reconnaissance des autres acteurs, qu'ils soient associatifs ou institutionnels, et à la recherche de complémentarités. Nous serons forts avec les autres, ou marginalisés tout seuls.

Malgré les inquiétudes qui pèsent sur le devenir de notre « réseau », son objet n'a jamais été aussi pertinent et il ne peut que se développer. Nous y prendrons d'autant mieux notre place que nous savons que nous n'avons pas le monopole et saurons nous positionner en conséquence ; en innovant en termes de méthodes et de publics cibles et en prouvant notre valeur ajoutée.

Pr Pierre Lombrail

Récemment nommé enseignant de santé publique à la faculté de médecine de Nantes, Pierre Lombrail est président du comité régional d'Éducation pour la santé (Cres) des Pays de la Loire – comité départemental (Codes) de Loire-Atlantique. Il a contribué à la rédaction d'un ouvrage collectif de l'Inserm, Les inégalités sociales de santé (éd. Inserm-La Découverte), qui a eu un certain écho médiatique.

160 questions/réponses sur l'alimentation

Le grignotage est-il aussi nocif qu'on le dit ? Eau du robinet ou eau en bouteille ? Que signifie le sigle UHT ? À quoi sert la vitamine A ? Les fruits tropicaux apportent-ils des vitamines ? Y a-t-il de plus en plus d'enfants obèses ? Vous trouverez la réponse à ces questions et bien d'autres – OGM, «vache folle» et autres veaux aux hormones – dans un ouvrage que publient le CFES et Lavoisier.

Le CFES et Tec & Doc Lavoisier publient une nouvelle édition de l'ouvrage *Aliments, alimentation et santé* écrit, en 1996, par le Groupe de recherche en éducation nutritionnelle (Green).

Cette deuxième édition, coordonnée par le Professeur Henri Dupin et par Claude Michaud, a été mise à jour et enrichie de vingt-cinq nouvelles fiches sur des sujets d'actualité. *La Santé de l'homme* s'associe à cette parution en présentant des extraits de quatre fiches portant sur l'information et la protection des consommateurs.

*Aliment, alimentation et santé** se compose de 160 fiches qui répondent de façon simple et fiable aux diverses questions sur l'alimentation et la nutrition : les aliments, leur composition, leur intérêt nutritionnel, leur salubrité, les traitements qui leur sont appliqués, les besoins nutritionnels aux différents âges, la protection des consommateurs. Un glossaire des termes techniques et un index alphabétique de plus de 300 mots rendent l'utilisation du livre facile et rapide.

Cet ouvrage s'adresse à un large public de diététiciens, pharmaciens, médecins, responsables sociaux, enseignants, responsables de restauration collective..., ainsi qu'aux consommateurs soucieux de trouver des réponses objectives à ce qui les préoccupe.

Les produits « premier prix » sont-ils de même qualité que les produits « de marque » ?

Quotidiennement, le consommateur a accès à trois types de produits alimentaires :

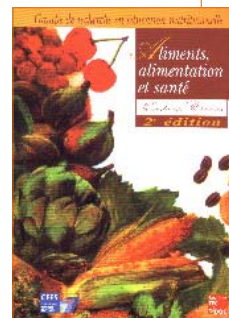
- les produits dits « premiers prix » ;
- les produits dits « distributeurs » (Carrefour, Casino, etc.) ;
- les produits dits « de marque » (Danone, Knorr, Nestlé, etc.). [...]

Qu'en est-il des qualités organoleptiques (du goût) et nutritionnelles (de la composition) de ces produits ?

Différents postes peuvent permettre la fabrication de produits moins chers que les produits de marque équivalents :

- le coût de la matière première : l'utilisation de bas morceaux (viandes), de brisures (café, riz), de produits moins nobles (pizzas), de produits de base achetés hors de nos frontières (poudre de lait) ;
- la recette : la moindre utilisation d'un des ingrédients d'une recette réduit le coût d'un produit ;
- les additifs : l'ajout d'un produit fixant davantage l'eau ou produisant une saveur permet une moindre utilisation des produits de base initiaux ;
- l'emballage : l'utilisation d'un film plastique simple en remplacement d'une barquette sous atmosphère modifiée diminue le coût du produit ;
- les procédés de fabrication et les contrôles : des contrôles de qualité sérieux mais moins nombreux, ainsi qu'une exigence de moins grande régularité dans le produit fini, permettent d'abaisser le coût. [...]

On peut dire que les produits « distributeurs » peuvent être très proches des produits « de marque » ; en revanche, les produits premiers prix ne sont pas de même niveau de qualité que ceux « de marque » ou « distributeurs », notamment au niveau de la qualité des matières premières utilisées (donc du goût) et au niveau nutritionnel (donc de la composition), surtout lorsqu'il s'agit de produits très élaborés et transformés.



* *Aliments, alimentation et santé*, sous la coordination de H. Dupin et C. Michaud, Tec & Doc Lavoisier/CFES, octobre 2000, 496 pages. Disponible au prix de 249 francs en librairie ou aux éditions Tec & Doc Lavoisier, 14 rue Provigny, F 94236 Cachan cedex.

Les consommateurs sont-ils informés et protégés ?

[...] Les structures actuelles

En France, les principaux services de l'État en charge des problèmes liés à la surveillance et à la gestion des problèmes liés à la sécurité de l'alimentation des Français sont :

- la **direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes** (DGCCRF) du ministère de l'Économie et des Finances. Elle est en charge de l'élaboration de diverses réglementations nationales et communautaires, et représente la France dans les instances techniques internationales. Elle assure le contrôle du respect de la réglementation ;
- la **direction générale de la Santé** du ministère de la Santé, en particulier par ses services déconcentrés, les directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), intervient dans divers contrôles et réalise les analyses en cas de toxi-infections alimentaires collectives ;
- la **direction générale de l'Alimentation** (DGAL) du ministère de l'Agriculture qui intervient dans la promotion de la qualité et de la sécurité des productions animales, végétales et alimentaires.

Créée par la loi du 1^{er} juillet 1998 et fonctionnant depuis avril 1999, l'**Agence française de sécurité sanitaire des aliments** (Afssa) [...] évalue des risques et fait appel pour cela dans ses divers groupes de travail à des experts, et mobilise les laboratoires qui dépendent d'elle. Les pouvoirs publics doivent prendre en compte les avis de l'Afssa et gérer les risques mise en évidence [...].

Au sein de l'Institut de veille sanitaire (InVS) a été mis en place, en 2000, une **unité de Surveillance et d'Épidémiologie nutritionnelle** (Usen) dont le rôle est d'assurer l'étude permanente de l'état nutritionnel de la population et des facteurs qui l'influencent.

Le **Comité national de sécurité sanitaire** (CNSS) regroupe les

agences et ministères en charge de la sécurité sanitaire. [...]

Chacun doit faire l'effort de s'informer

L'État et ses services doivent assurer l'information, surtout lorsqu'un événement constitue un risque pour la santé de la population.

Les médias sont souvent tentés de faire des flashes, de souligner le caractère sensationnel ou dramatique. Il est préférable qu'ils transmettent des renseignements précis [...].

Les associations de consommateurs sont également très utiles.

Les professionnels de l'agroalimentaire (producteurs d'aliments, transformateurs, distributeurs) doivent transmettre des informations exactes et loyales sur les produits.

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), les comités régionaux et départementaux ainsi que d'autres organismes, éveillent l'attention des jeunes et des adultes sur les problèmes de santé [...].

Les listérioses

Quelles sont les caractéristiques de cette maladie ?

[...] En France, il y a en moyenne chaque année 200 à 300 cas connus de listériose humaine, soit cas isolés, soit petites épidémies. [...]

Le germe responsable est un bacille appelé *Listeria monocytogenes*. Une des caractéristiques remarquables de ce bacille est qu'il est capable de vivre et de se multiplier à des températures basses auxquelles la plupart des autres germes ne peuvent plus se multiplier : températures de 6 ou 8 degrés, et même de 3 ou 4 degrés, ce qui signifie qu'il est capable de se développer, de se multiplier dans les réfrigérateurs (la température moyenne à l'intérieur d'un réfrigérateur ménager est de 2 à 5 degrés), et dans les chambres froides d'entreprises ou de centres de restauration collective. [...]

Les personnes les plus menacées

Les adultes en bonne santé sont rarement malades de listériose. Les personnes âgées sont nettement plus menacées, ainsi que tous les individus « fragilisés » par une atteinte du foie

(hépatite, cirrhose), les diabétiques, les cancéreux, les vieillards, les personnes ayant – de façon provisoire ou durable – une diminution des défenses immunitaires (c'est-à-dire des mécanismes qui permettent normalement à notre organisme de se défendre contre les infections, c'est le cas des personnes atteintes du sida). Les nourrissons sont également vulnérables. Actuellement, sur mille femmes enceintes, quatre, en moyenne, seront atteintes de listériose, et ceci peut être très grave pour l'enfant qu'elles portent. [...]

Les aliments qui risquent le plus d'être contaminés par le germe responsable de la listériose sont les fromages au lait cru, les charcuteries, la viande crue, les coquillages, les plats préparés (par exemple hot-dog ou salades préparées à l'avance). Mais le risque de contamination dépend beaucoup des conditions de stockage des aliments, des manipulations faites par le commerçant dans son magasin, par le consommateur ou par le restaurateur, ainsi que de l'entretien du matériel (couteaux à découper, etc.).

Les antibiotiques permettent de traiter la listériose, mais il y a cependant des formes mortelles. Depuis 1998, la listériose fait partie des maladies à déclaration obligatoire ; ceci permet une surveillance plus efficace.

Comment prévenir ?

[...] Il est conseillé :

- de cuire soigneusement tous les aliments d'origine animale ;
- de laver avec soin les légumes qui seront mangés crus ;
- de ne consommer qu'avec prudence du lait cru ou des aliments préparés au lait cru ;
- de réchauffer suffisamment et de façon prolongée les restes des plats qui ont été gardés.

Ceux qui travaillent dans les industries alimentaires, dans les restaurants et les centres de restauration collective, doivent être très vigilants pour bien respecter les règles d'hygiène. [...]

Les commerçants et les personnels des rayons d'alimentation des supermarchés doivent avoir un gros souci de propreté et d'hygiène. [...]

La « maladie de la vache folle ». Quelle est son origine ? Quels dangers pour l'homme ?

[...] Un groupe de maladies ayant des caractères communs

[...] La « maladie de la vache folle » (ou encéphalopathie spongiforme bovine), la « tremblante du mouton » et d'autres maladies animales, ont des caractères communs avec deux maladies humaines, l'une limitée à une petite population, le kuru, l'autre peu fréquente mais présente sur tous les continents, la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Toutes se manifestent par des troubles nerveux (troubles du comportement, troubles de l'équilibre...) qui s'aggravent progressivement ; l'évolution est lente – plusieurs mois ou quelques années – mais toujours mortelle. [...] Enfin, on a pu montrer que ces maladies sont toutes provoquées par des agents infectieux très particuliers, tout à fait inhabituels, que l'on appelle prions. [...]

Le prion peut-il être transmis à l'homme ?

[...] Le 20 mars 1996, le gouvernement britannique annonce qu'une « nouvelle forme de maladie de Creutzfeldt-Jakob » a été constatée chez dix personnes. [...]

On dispose maintenant (depuis janvier 2000) d'arguments sérieux pour affirmer qu'il existe un lien direct entre « la maladie de la vache folle » chez les bovins et cette nouvelle forme de maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Quelles mesures ont été prises en France et au niveau européen ?

En France, dès 1989 (soit sept ans avant l'apparition des premiers cas en Angleterre, de la nouvelle forme de maladie de Creutzfeldt-Jakob), les pouvoirs publics ont adopté des mesures vis-à-vis de « la maladie de la vache folle » :

- à partir de 1989, l'importation des farines viande-os d'origine britannique a été interdite en France [...]
- à partir de 1990, le gouvernement français fait obligation de déclarer tout cas d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) [...]
- les pouvoirs publics créent un

Réseau national de surveillance épidémiologique pour mieux détecter, sur tout le territoire national, l'apparition de tout nouveau cas d'ESB ;

– en 1994, le gouvernement français décide que si un cas d'ESB est observé dans un troupeau, tous les animaux de ce troupeau doivent être abattus et leurs carcasses doivent être incinérées. C'est une mesure énergique pour éviter la diffusion de la maladie. L'éleveur est totalement indemnisé de la perte de son troupeau. [...]

Dès le 21 mars 1996, la France interdisait toute importation de bovins provenant de la Grande-Bretagne, ainsi que de tout produit préparé à partir de viande bovine. Quelques jours plus tard (27 mars), les Communautés européennes confirmaient pour tous les pays européens cette interdiction.

En 1998-1999, les ministres de l'Agriculture de l'Union européenne décidaient de lever l'embargo sur le bœuf britannique. Plusieurs organismes et plusieurs associations de consommateurs ont jugé que cette mesure était prématurée et affirmé qu'il aurait été préférable de maintenir l'embargo quelque temps encore.

Parallèlement, diverses chaînes d'approvisionnement en viande bovine, plusieurs chaînes d'hypermarchés ont décidé, pour rassurer leur clientèle, de ne vendre que de la viande bovine française (99,5 % des cas de maladie de la vache folle ont été observés en Angleterre). Pour faire face à l'inquié-

tude de certains consommateurs, toute la profession de la viande bovine s'est mobilisée en plein accord avec les pouvoirs publics pour fournir des informations claires et sérieuses sur l'origine des viandes.

La France avait été le premier pays à établir, depuis 1978, donc bien avant qu'apparaissent, en Angleterre, les premiers cas de « maladie de la vache folle », une identification précise de chaque bovin [...].

En avril 2000, l'Union européenne a décidé que l'identification et l'étiquetage de chaque bovin ainsi que le lieu d'abattage deviendraient obligatoires au 1^{er} septembre 2000.

En décembre 1999, le gouvernement français s'est opposé à la demande de la Commission européenne, en refusant de lever l'embargo sur les viandes bovines provenant de Grande-Bretagne. La France a demandé à la Commission de mettre en œuvre un dépistage au niveau européen. Elle a décidé de lancer sur son territoire un tel dépistage. Ceci est possible grâce à des tests mis au point par des chercheurs suisses et français, qui peuvent être pratiqués chez des animaux. [...] Grâce à eux, on peut identifier des animaux contaminés alors qu'ils sont encore bien-portants, plusieurs mois avant l'apparition des premiers signes de la maladie. On peut donc obtenir des données sur l'épidémiologie de l'ESB dans le cheptel bovin, dans chaque pays ou chaque région.

VIH : vers un partenariat hospitalo-associatif ?

L'éducation du patient – réalisée en milieu associatif et/ou hospitalier – est-elle une réponse possible aux problèmes d'observance constatés avec les trithérapies ? Telle est la question à laquelle une étude qualitative réalisée dans le cadre d'un DESS¹ tente de répondre.

Cette étude est basée sur une recherche bibliographique, ainsi que sur l'analyse de contenu d'entretiens réalisés auprès de sept professionnels de santé (hospitaliers ou de ville) et également auprès de quatre professionnels exerçant en milieu associatif. Cette analyse a été réalisée à partir de six critères permettant de définir l'éducation pour la santé².

L'efficacité des antirétroviraux

L'apparition des trithérapies, en 1996, a entraîné une chute très importante du nombre de décès chez les malades porteurs du VIH. Une diminution du nombre de cas de sida a également été observée. Pour un grand nombre de patients, les nouvelles thérapies ont donc eu des effets bénéfiques extrêmement importants. Cependant, « *les données chiffrées du pré-rapport Delfraissy indiquent 8 % d'échecs thérapeutiques avec des lymphocytes CD4 inférieurs à 200 et une charge virale supérieure à 30 000 copies, et sans possibilité de traitement en remplacement*³ ». On sait aujourd'hui que lorsque la multiplication du virus (réplication) est peu importante, l'infection à VIH progresse lentement et inversement. En outre, plus on laisse le virus se répliquer, plus il a de possibilités de muter et de devenir résistant, même aux traitements les plus puissants.

Les associations de médicaments aujourd'hui disponibles sont efficaces parce qu'elles réduisent considérablement cette réplication. L'une des clés pour empêcher la résistance consiste à

s'assurer que la « pression antivirale » est toujours suffisante pour interdire la réplication. Deux facteurs contribuent à l'émergence de résistances : **les interactions avec les aliments ou avec d'autres médicaments et la prise non régulière des traitements**. C'est ici qu'intervient la notion d'observance. Sans une observance fidèle du traitement, beaucoup de médicaments ne sont pas efficaces⁴.

Prendre ses traitements au quotidien...

La question de l'observance thérapeutique n'est pas née avec les trithérapies. Certaines études concluent

qu'au-delà de trois prises par jour, l'observance est mauvaise, quels que soient les médicaments et la maladie concernés (1). De même, l'observance est en général moins bonne pour les traitements préventifs, pour les pathologies chroniques, pour les traitements de longue durée et chez les patients ne présentant aucun symptôme de leur maladie. La nature de la maladie influe également sur les facteurs de l'observance.

Dans le cadre du sida, les deux causes majeures d'inobservance induites par les médicaments sont les contraintes des prises (rythme, néces-

sité d'être à jeun dans certains cas, conditionnement, interactions médicamenteuses) et les effets secondaires. Dans son rapport, le Professeur Dormont (2) insiste sur quatre paramètres pouvant influencer l'observance du patient à son traitement : les facteurs liés à la nature du schéma thérapeutique, les facteurs environnementaux, la perception de bienfaits pour la santé, des facteurs personnels propres au patient. Il souligne également que « la régularité de la prise des produits avec respect des horaires, l'absence d'interruption du traitement, et ceci pendant une durée prolongée voire indéfinie, conditionnent l'efficacité du traitement. C'est dire l'importance de l'adhésion du malade à son traitement ». Si on ne laisse pas le patient participer au choix du traitement, si on ne l'aide pas à être en mesure de comprendre ce choix, d'y adhérer, de prendre lui-même en main dès le départ cette démarche, alors il faudra compter sur une confiance absolue dans son médecin pour que le traitement fonctionne. L'infection à VIH a souvent mis à mal cette confiance.

... dans le cadre d'une maladie chronique

Pendant longtemps, le sida était considéré comme une maladie évolutive dont l'issue à plus ou moins long terme était fatale. Avec l'arrivée des premiers traitements « efficaces », le statut de la maladie tend à évoluer vers celui d'une maladie « maîtrisable », chronique ; c'est-à-dire une maladie de longue durée « dont l'enjeu implique la prise de son traitement afin d'éviter les épisodes aigus et repousser le plus possible l'apparition de complications invalidantes » (3).

Il nous semblait que l'expérience profane⁵ dont on parle beaucoup dans le cadre des maladies chroniques, renforcée par le travail d'information des associations, ainsi que les modifications évoquées dans le cadre du sida concernant la relation patients-professionnels de santé, pouvaient être considérés comme des signes avant-coureurs d'une éducation du patient. Éducation qui, de notre point de vue, amène ce

dernier à participer au processus thérapeutique (4), à la gestion de son traitement, à échanger avec son médecin. L'hypothèse étant que plus les patients atteints du VIH seront acteurs de leur santé, plus ils seront des partenaires des professionnels de santé et plus ils seront à même de prendre correctement leur traitement.

L'éducation du patient atteint du VIH en milieu hospitalier

Un certain nombre de critères définissant l'éducation du patient sont évoqués dans les discours des professionnels de santé, mais d'autres, comme la place du patient au centre de la relation, sont écartés. Dans les entretiens, un certain nombre d'actions ont été décrites qui tendent au transfert de connaissances du médecin vers le patient, à l'autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie et de son traitement. Mais l'un des principaux obstacles rencontrés tient au fait que les professionnels de santé mettent le traitement au cœur de la relation et non pas le malade. Cette attitude est liée sans doute à la représentation qu'ils ont de leur métier dont la fonction principale est de soigner.

Les obstacles sont de natures diverses. Ils sont issus des professionnels eux-mêmes, de leurs représentations de la maladie, du manque de formation à l'éducation, notamment au cours de leur formation initiale. Les patients semblent eux-mêmes parfois réfractaires, en refusant cette possibilité d'être acteur de leur santé et en se réfugiant dans une prise en charge contrôlée par le milieu médical. Enfin, même si nous avons pu remarquer qu'une volonté politique au niveau de différentes institutions tendait à considérer l'éducation du patient comme une réponse à envisager dans la gestion des maladies chroniques, les aspects financiers ne sont toutefois pas avancés. L'acte éducatif n'étant pas codifié par la Sécurité sociale, sa reconnaissance n'est pas établie. Il apparaît aujourd'hui comme la manifestation d'une volonté de professionnels convaincus des bienfaits de cet acte et qui, pour le moment, l'effectuent bénévolement et sans reconnaissance... mais pour combien de temps ?

Parallèlement, les professionnels de santé reconnaissent assez peu le rôle des associations en matière de prise en

charge des malades du sida et en matière d'aide à l'observance. Peu nombreux sont ceux qui y adressent leurs patients. Certains parce qu'ils estiment qu'il est de leur ressort de faire ce travail, d'autres parce qu'ils pensent que les populations touchées aujourd'hui par la maladie ont changé (beaucoup de populations immigrées et d'hétérosexuels) et que les associations sont encore trop marquées d'un militantisme homosexuel.

Le milieu associatif

Pourtant, les représentants d'associations interviewés touchent les mêmes populations que celles dont ont parlé les professionnels de santé : des populations précarisées dont la maladie n'est qu'un des facteurs de cette précarisation. Ces organisations qui, même si elles reconnaissent le travail des médecins, se défendent souvent d'y avoir recours en leur sein. Le discours qu'elles offrent est de l'ordre d'un discours patient-patient. La différence essentielle avec celui des professionnels de santé est de privilégier dans leur prise en charge une approche globale et centrée sur le patient.

Des actions d'information et de formation ont été créées au sein de ces associations. Ces actions ne se posent pas en contre-pouvoir du pouvoir médical, les professionnels de santé étant considérés comme des alliés. Le discours des associations est plutôt de mettre entre les mains des patients les moyens d'être des partenaires du professionnel de santé dans la relation soignant-soigné, d'être acteur de sa santé. De même, les associations ont pu mettre en place un certain nombre d'actions (groupes de paroles, ateliers thématiques) qui sont complémentaires à celles mises en place à l'hôpital ou chez les généralistes et qui n'auraient pu y être développées. Sans répondre, elles non plus, à l'ensemble des critères définissant l'éducation du patient (notamment en termes de besoins et objectifs hiérarchisés déterminés, ou de durée), les associations, par leur prise en charge originale et les actions qu'elles ont pu mettre en place, y participent.

Conclusion

L'éducation du patient, telle que nous l'avons définie, ne semble pas être, aujourd'hui, la réponse choisie par les milieux hospitalier et associatif au

problème d'observance des patients atteints du sida. Toutefois, des actions se mettent en place – y compris des programmes qui portent le nom d'éducation du patient – qui s'approchent de cette définition. Il faudra sans doute du temps pour que cette notion imprègne les pratiques des professionnels de santé et notamment des médecins. Il faudra sans doute également du temps pour que ces professionnels voient dans le travail des associations un complément indispensable et pertinent à leur action. Le partenariat hôpital-association sur l'éducation du patient devra encore... patienter.

Bruno Housseau

Chargé de mission, CFES.

1. DESS (diplôme d'études supérieures spécialisées) « Santé publique », option promotion de la santé et développement social, Paris V, VI, VII et XI, ENSP.
2. Ces critères sont : le patient au centre de la relation ; un processus éducatif qui s'inscrit dans la durée, comprend un ensemble d'activités, des objectifs hiérarchisés et s'intègre dans l'ensemble de l'accompagnement médical et des soins. Il inclut une phase d'évaluation.
3. Entretien réalisé auprès de Jérôme Soletti de l'association Aides Fédération, juillet 1999.
4. Paragraphe écrit grâce à la cassette vidéo de l'EATG (European Aids Treatment Group), Moments of décision : les traitements anti-VIH au quotidien ; 1997.
5. « Freidson a conceptualisé la relation médecin-malade comme la rencontre de deux systèmes sociaux différents : le système professionnel qui contient le médecin et le système profane qui contient le client. [...] L'exercice de la médecine consiste en l'action réciproque de deux séries de normes différentes et parfois contradictoires : celles du système professionnel et celle du système profane ». Bury J. A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Paris : De Boeck Université ; 1988 : 50.

► Références bibliographiques

- (1) *Info Traitements*, n° 64-65, janvier-février 1999.
- (2) Dormont J. (sous la dir.). *Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH*. Recommandations des groupes d'experts cliniciens et virologues. Paris : Flammarion, coll. Médecine-Sciences, 1998.
- (3) Lacroix A., Lassel J.-Ph. *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot, 1998 : 198.
- (4) Citons ici les travaux de Lewin sur la démarche participative et d'adhésion comme facteurs favorisant les changements de comportements. *Psychologie dynamique*. Paris : Puf, coll. Les relations humaines, 1959.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 149 – mai 2000

Éditorial

Des besoins à l'action

par Christian De Bock

Lieux de vie

Les facteurs influençant le comportement alimentaire d'un public en précarité sociale

par Michèle Lejeune

Vie affective et sexuelle des personnes déficientes mentales

par Jacqueline Delville et Michel Mercier

Santé communautaire à l'ONE

par Chantal Berque

Enquête sur les représentations de l'ulcère de Buruli au Bénin

par Isabelle Aujoulat

Lieux de formation

Plaidoyer pour une approche globale en santé scolaire

par le Dr Karin Levie, Catherine de Tiège, Fabienne Heijmans

Restructuration de l'encadrement pédagogique d'une école supérieure paramédicale

par Dominique De Crits

Lieux de soins

La perception des aînés par des étudiant(e)s infirmier(e)s

par Gaëtane Ferminne

Quel accompagnement pour la famille de l'enfant hospitalisé Pour une pathologie digestive lourde ?

Par le Dr Florence Renard et le Pr Alain Deccache.

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro :

Éducation Santé
Chaussée de Haecht 579/40,
1031 Bruxelles
Fax : +2 246 49 88
Mél. : education.sante@mc.be

Aller vers une école « bientraitante »

Depuis 1993, l'inspection académique de la Meuse a mis en place dans les écoles et les établissements scolaires un projet de prévention de la maltraitance des élèves.

Une sensibilisation au problème de la maltraitance à enfant a été réalisée auprès des professeurs stagiaires des écoles, des collèges et des lycées, dans le cadre de leur formation initiale à l'IUFM, et auprès des directeurs d'écoles et des chefs d'établissements dans le cadre de la formation continue. Parallèlement à cette action de formation, a été mis en place un dispositif de signalement, qui positionne les personnels des services sociaux et de santé, conseillers techniques des personnels de l'Éducation nationale, des élèves et de leurs parents, comme les référents à contacter dans les situations de maltraitance.

Grâce à ce projet cohérent et qui s'inscrit dans la durée, la prévention secondaire de la maltraitance est une réalité pour les écoles et les établissements scolaires du département de la Meuse. Les enfants maltraités y trouvent une qualité d'écoute qui les autorise à s'exprimer, à être accompagnés et protégés.

Un projet innovant de prévention primaire

Suite à ce projet, la question de la place et du rôle de l'école dans la prévention primaire de la maltraitance s'est posée. Un programme auquel les parents d'élèves ont été complètement associés s'est développé. Alors qu'en prévention secondaire, il s'agissait de prendre en charge les enfants maltraités, le programme de prévention primaire s'attache, lui, à analyser la manière dont l'école traite ses élèves, ainsi qu'à rechercher des solutions autour de la

question : comment les « bien traiter ? ». La population concernée ne se résume donc plus aux seuls élèves victimes de maltraitance, mais s'élargit à l'ensemble de la population scolarisée.

Afin d'analyser la façon dont les enfants sont traités à l'école, une recherche bibliographique sur les notions de violence institutionnelle et de résilience a été effectuée. Ainsi, depuis 1980, S. Tomkiewicz définit la violence institutionnelle de la manière suivante : « toute action commise dans ou par une institution ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance inutile, exagérée ou injustifiée et/ou qui entrave son évolution ultérieure » (1). Quant à la résilience, c'est S. Vanistendael qui indique qu'elle est à la fois « résistance à la destruction et capacité à se construire une vie riche en dépit de circonstances difficiles, d'un environnement défavorable, voire hostile » (2).

Une recherche-action a donc été mise en place en 1997. Elle visait à développer auprès des enfants et de toute la communauté éducative une réflexion positive sur les fonctionnements de l'école et la manière dont les enfants y sont traités.

Les hypothèses qui sous-tendent cette recherche action :

1. si l'école mène une réflexion sur ses fonctionnements avec les professionnels, les parents et les élèves, les situations de maltraitance créées par l'école seront en diminution, parce que chacun aura eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet ;

2. cette réflexion aura des retentissements positifs auprès des enfants hors de l'école, par exemple lorsqu'ils se retrouvent d'une manière informelle entre jeunes ou dans des activités organisées ;

3. auprès des familles, la réflexion engagée sur ce qui se passe à l'école entraînera des discussions et réflexions sur ce qui se passe à la maison.

L'objectif général était d'améliorer la manière dont sont traités les élèves à l'école. Il se déclinait en plusieurs objectifs spécifiques :

- avec la communauté éducative
 - créer une dynamique à l'école ;
 - mener une réflexion sur les modes de fonctionnement de l'école et les faire évoluer si nécessaire ;
- avec les élèves
 - rechercher des repères sur la manière dont ils sont traités ;
 - leur donner la possibilité de s'exprimer sur ce sujet et d'améliorer leur résilience.

La méthodologie d'un tel projet ne peut être développée que dans un contexte favorable avec une école volontaire, une hiérarchie qui soutient, une équipe d'enseignants qui peut et qui ose discuter des fonctionnements de son école, des élèves qui ont la possibilité de s'exprimer et d'être écoutés, et des parents qui participent.

Ainsi, en 1997, la recherche-action s'est effectuée dans une école maternelle et une école élémentaire volontaires de Commercy.

Cette méthodologie se décline selon six axes :

- la définition de l'élève,
- les locaux et l'environnement,
- les rythmes scolaires,
- les relations dans l'école,
- les relations famille-école,
- en conclusion, que serait votre école bientraitante ?

Les limites de cette recherche-action sont clairement posées puisque les professionnels de l'école, les élèves et les parents se préoccupent seulement de ce qui se passe à l'intérieur de l'école.

La réflexion avec l'ensemble de la communauté éducative – c'est-à-dire les enseignants, les autres professionnels intervenant à l'école (agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles, membres du Réseau d'aide spécialisé pour les élèves en difficulté, représentants de la municipalité) et les représentants des parents d'élèves, s'est effectuée au cours de réunions qui ont permis de recueillir les représentations de chacun sur la vie à l'école. Une définition de « l'élève » a été élaborée à partir d'un *brain-storming* suivi d'une discussion, afin d'obtenir un consensus autour d'une formulation commune. La mise au point de cette définition a per-

mis à l'équipe éducative de remettre l'élève au centre du système et de s'accorder sur son rôle par rapport à l'élève.

Un outil d'animation : la méthode du blason

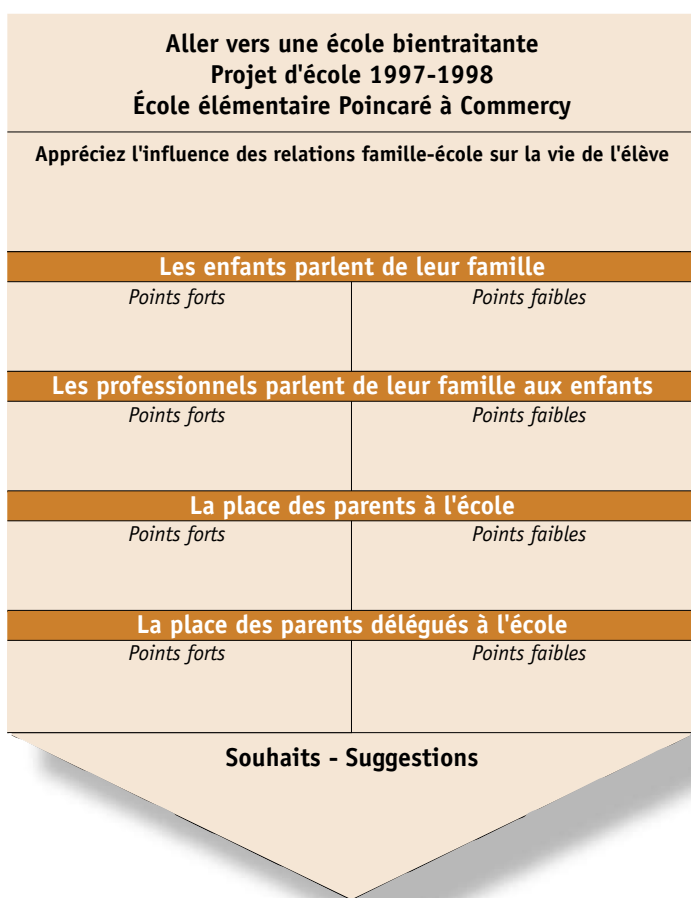
Toutes les autres réunions ont été animées à partir de la méthode du blason. En début de réunion, chaque participant remplissait une fiche présentée sous la forme d'un écusson. Le chapeau comprenait une consigne générale sur le thème de la réunion. Le corps de l'écusson était divisé horizontalement en plusieurs domaines spécifiques à ce thème, eux-mêmes déclinés en points forts et points faibles. La pointe inférieure de l'écusson proposait au participant de faire des suggestions et des propositions (voir schéma page suivante). Une fois cet écusson rempli par chacun, l'animateur de la réunion reprenait avec le groupe les idées exprimées par écrit ; le débat suivait naturellement.

Quant aux élèves, l'expression de leurs représentations a été favorisée soit par la lecture, soit par le dessin. Le médecin de l'Éducation nationale recueillait par écrit ce que disaient les élèves. Leurs propos ont ensuite été rapportés aux différents axes cités.

L'année suivante, le projet s'est poursuivi en élargissant le partenariat à des professionnels des services sociaux du Conseil Général, du service de Protection maternelle et infantile, et en créant un groupe de pilotage inter-école. Les objectifs étaient d'approfondir la réflexion engagée, de concrétiser des demandes d'aménagement de locaux et de valoriser auprès des autres écoles le travail de l'année précédente. L'une des deux écoles a travaillé sur l'aménagement de la cour et l'amélioration des relations dans l'école. L'autre s'est centrée sur un réaménagement des locaux, l'amélioration des relations famille-école, ainsi que sur le statut de l'élève dans l'établissement.

Des enfants consultés

Au cours de l'évaluation, les enseignants ont mis en exergue l'évolution de leur manière de travailler. « *Nous avons fait mûrir une réflexion collective. La prise en charge des élèves par petits groupes avec une personne extérieure de l'école a favorisé la discussion des enfants. Leur spontanéité sur le vécu de l'institution scolaire nous a permis de voir l'école autrement... Petit à petit nous avons recours à la consultation collective des élèves avant de prendre une décision concernant la vie de la*



classe ou de l'école... Nous mettons véritablement l'enfant, l'élève, au centre de ses apprentissages, au centre de l'école. Il a le droit à la parole, il est respecté, il acquiert un statut... Les élèves s'expriment davantage. » – une réflexion des enseignantes commence à se faire sur l'occupation des enfants dans la cour de récréation pour réduire la violence –, de même que les changements intervenus dans leurs relations avec les parents.

« Notre connaissance des familles est plus approfondie, sans rejet ni jugement... Véritables partenaires, les parents retrouvent une parole souvent occultée. La relation devient plus confiante, plus authentique, plus humaine... Des parents qui ne venaient pas dans l'école commencent à s'intéresser, voire s'investir lors des préparations de manifestations diverses... Nous avons vu les parents s'impliquer dans l'école à travers les actions menées... Les parents s'adressent plus facilement à l'équipe éducative (enseignants et agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles [Atsem]), parlent de leurs pro-

blèmes... L'intégration des familles de la communauté turque s'est améliorée. Les parents prennent la parole pour dire ce qui ne va pas, ce qu'ils vivent mal... Les parents se connaissent mieux et communiquent plus facilement entre eux. »

Des parents impliqués

Quant aux parents, ils ont insisté pour poursuivre les réunions et ont constaté que leur place est maintenant différente à l'école. Les enseignants ont changé d'attitude vis-à-vis d'eux et même les relations entre parents se sont modifiées, ils se connaissent mieux. « C'est un début de réflexion qui s'est bien passé et qui pourrait s'étendre à d'autres écoles... Nous souhaitons poursuivre dans ce projet et nous interroger sur le bien-être de l'enfant à l'école, sur l'éducation des enfants... Le projet peut être une aide pour certains parents. Les parents délégués sont mieux connus des autres parents qu'ils peuvent désormais solliciter pour s'investir lors de manifestations dans et hors l'école... Aux élections des délégués, neuf parents se présentent pour trois classes. Un chan-

gement d'attitude des maîtresses dans la cour est remarqué : elles sont attentives au bon déroulement des tours de vélo. Les enfants s'expriment positivement pendant et même longtemps après des rencontres parents, élèves, enseignants à l'école ».

Ce projet a connu certains moments de tension. Bien qu'inévitables, tous ont été surmontés dans le respect et l'acceptation de la différence. Cette approche de la prévention primaire de la maltraitance a été volontairement positive. Il s'agissait « d'aller vers une école bienveillante ». Il faut du temps pour améliorer les fonctionnements d'une école et les comportements de ceux qui y vivent. Pourtant les évolutions sont déjà visibles dans la manière dont sont traités les élèves dans ces écoles.

Les parents se sont très facilement impliqués et ont exprimé leur satisfaction de ne pas être jugés, de pouvoir participer avec les enseignants à une réflexion sur les fonctionnements de l'école. Spontanément, ils ont élargi leur réflexion à leur famille, ils se sont remis profondément en cause et ont échangé entre eux et avec les enseignants. Améliorer la façon de traiter les élèves à l'école a conduit à faire de la prévention de la maltraitance, non seulement dans l'établissement scolaire, mais également auprès des familles.

Agnès Ducros

Médecin de l'Éducation nationale,

Michèle Tricoire

Médecin responsable départementale,
conseillère technique de l'inspecteur
d'académie de la Meuse.

► Références bibliographiques

(1) Tomkiewicz S., Vivet P. *Aimer mal, châtier bien : enquêtes sur les violences dans des institutions pour enfants et adolescents.* Paris : Seuil, 1991 : 303 p.

(2) Vanistendael S. *La résilience ou le réalisme de l'espérance. Blessé mais pas vaincu.* Cahiers du Bice, Genève, 1995.

De l'hygiène à la santé

Enquête de La Santé de l'homme - juin 2000

Présentation des résultats

Anne-Sophie Dormont 16

Analyse des représentations de quelques acteurs

Anne-Lyse Favier 18

Hygiène : un observatoire de l'évolution des pratiques

Bruno Housseau, Fabien Tuleu 22

La polysémie de l'hygiène

Jean-Pierre Goubert 24

L'hygiène, le contrôle de soi et la souillure

Jacques Arènes 26

Rendre familier ce qui est étrange

*Interview d'Alain Epelboin,
médecin ethnologue* 29

Doit-on parler d'hygiène à l'école ?

Brigitte Sandrin Berthon 34

Dossier coordonné par **Anne-Sophie Dormont**,
Chargée de projets environnement-santé,
Comité régional d'éducation pour la santé
du Languedoc-Roussillon, Montpellier.

Enquête de *La Santé de l'homme*

Juin 2000

Présentation des résultats

Approche historique, sociologique, psychologique : la notion d'hygiène peut être éclairée et analysée par différentes disciplines. Mais à quelles pratiques pédagogiques correspond-elle ? Une enquête rapide auprès de quelques éducateurs nous en dit un peu plus.

Nous avons souhaité que ce dossier consacré à l'hygiène, ses représentations et ses enjeux en éducation pour la santé ne se limite pas à une approche historique de l'hygiène et de l'hygiénisme. Mais qu'entend-on par l'hygiène ? Un concept, un mode de vie, une partie du civisme ou de la citoyenneté ? Doit-on aborder l'hygiène corporelle, sociale, collective, individuelle, alimentaire, environnementale... ? Nous avons décidé de commencer cette réflexion en interrogeant des éducateurs sur leurs définitions et leurs représentations de ce thème.

La pédagogie du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a été sollicitée une douzaine de fois depuis janvier 1998 pour conseiller ou fournir un « outil hygiène » et presque exclusivement par des comités départementaux d'éducation pour la santé.

Le protocole d'enquête

Une enquête auprès de tous les comités d'éducation pour la santé, des services de médecine scolaire, de quelques caisses primaires d'assurance maladie, de rectorats, etc. a été réalisée en juin 2000 afin de connaître les actions réalisées dans ce domaine.

Les questions s'articulaient autour de trois parties :

– *Le contexte des demandes* des professionnels sur le thème de l'hygiène : quel est le type de demande ? Les projets répondent-ils à une demande, ou est-ce vous qui les proposez ? Ce thème est-il important au sein de votre structure ?...

– *Le type d'action sur ce thème* : les actions sont-elles ponctuelles, répétées chaque année ? Quels sont les objectifs et la méthodologie des projets, le principal message des projets, le public cible, les outils utilisés, le type d'évaluation ?

– *Hygiène et éducation pour la santé* : quelles difficultés un éducateur pour la santé rencontre-t-il en travaillant sur ce thème ? Quelles sont les principales contraintes ?

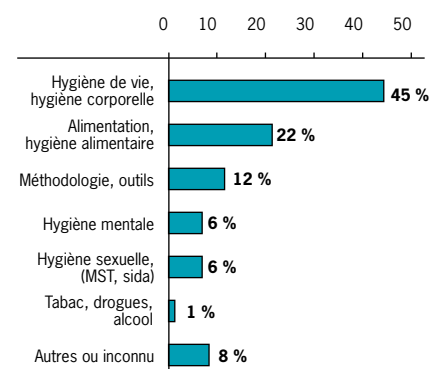
Soixante et une réponses ont été reçues, dont la majorité proviennent des comités et des établissements scolaires, que nous remercions tous pour cette collaboration.

Les répondants étaient :

- des comités d'Éducation pour la santé : 20 %
- des établissements scolaires : 30 %
- des caisses primaires d'Assurance maladie, des services de médecine scolaire : 4 %
- autres (service communal d'Hygiène et de Santé, centre régional Information jeunesse, non identifiés...) : 41 %.

Les principaux résultats

- Quelle est la nature des demandes sur ce thème ?



La nature des demandes est assez variée. Cependant, près de la moitié (45 %) concernent l'hygiène de vie et l'hygiène corporelle.

- Quelles sont les structures ou les personnes qui sollicitent sur ce thème ?

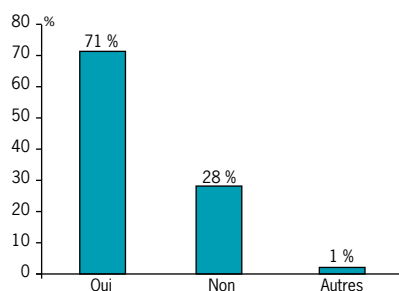
Enseignants	72 %
Médecins,	
Infirmières scolaires	9 %
Jeunes	5 %
Associations	5 %
Autres	9 %

Les interventions sont très majoritairement demandées par l'Éducation nationale, que ce soit de la part des enseignants, de la médecine scolaire, des documentalistes, des parents d'élèves... Quelques demandes particulières émergent des publics précaires (Rmistes, SDF, Secours Populaire...).

• Est-ce un thème important par rapport à l'ensemble des actions portées par la structure ?

Pour la moitié, le thème occupe une place importante par rapport à l'ensemble des actions. Cependant, les éducateurs précisent que ce thème trouve son importance dans le fait qu'il permet d'ouvrir le débat sur tout un ensemble d'autres thèmes tels que le respect de soi et des autres, le stress, la prise de risque, etc. Il représente ainsi une porte d'entrée pour des thèmes plus difficiles à aborder directement.

• Les structures interrogées font-elles des propositions d'action sur le thème de l'hygiène ? Et si oui, à qui ?



Dans la plupart des cas, les propositions d'action concernent le milieu scolaire.

Parmi les répondants, 78 % portent des actions sur le thème de l'hygiène, la moitié d'entre elles sont répétées chaque année, l'autre moitié sont ponctuelles.

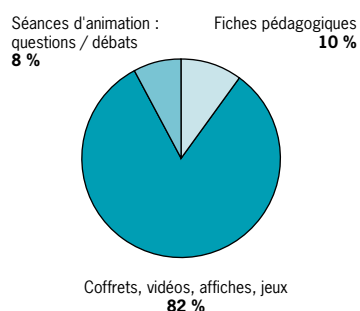
• Brève description des actions (objectifs, méthodologie, etc.)

Les projets visent en particulier l'hygiène corporelle et l'hygiène alimentaire. Ils sont souvent axés sur la constitution d'un fond documentaire : acquisition de brochures, plaquettes, cassettes vidéo, etc.

L'objectif principal des projets est de sensibiliser les publics cibles, par un apport de connaissances, dans le but « d'améliorer les conditions d'hygiène ».

Peu de projets semblent être construits méthodologiquement, cependant 52 % sont évalués. Quand les actions ne sont pas évaluées, les répondants indiquent que leurs actions sont « difficilement » évaluables : « les changements de comportements sont difficiles à mesurer, même si les connaissances semblent acquises ». En fait, quand une évaluation est réalisée, elle concerne majoritairement l'évaluation des connaissances au moyen de questionnaires.

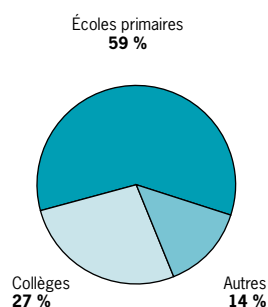
Plusieurs types d'outils sont utilisés à cet effet, tels que des « kits santé », malles pédagogiques, vidéos, etc.



• Les principaux messages des différents projets peuvent être regroupés en quatre catégories principales :

- le respect de soi et des autres ;
- le bien-être, l'équilibre de vie ;
- la notion de capital santé ;
- la nécessité d'avoir une « bonne » hygiène pour être en « bonne » santé.

• Le public des actions est essentiellement scolaire, et pour plus de la moitié en école primaire.



L'hygiène et l'éducation pour la santé : quelles difficultés ?

Les éducateurs ne déclarent pas avoir de difficultés particulières à utiliser et à manier ce concept. Les quelques difficultés rencontrées sont de plusieurs ordres :

- en premier lieu, l'hygiène peut être un sujet tabou car elle évoque des notions très intimes ;
- ensuite, une difficulté provient des liens que l'on établit entre hygiène et propreté ;
- les questions éthiques relatives à la légitimité de « prescrire » tel ou tel comportement sont loin d'être évidentes à traiter ;
- enfin, le thème est très large, les documents sont peu nombreux et le temps à consacrer à ces projets est insuffisant.

Cette enquête indique que dans le cadre de projets d'éducation pour la santé, l'hygiène est principalement associée à l'hygiène de vie et à l'hygiène corporelle. Les résultats ont servi de base aux deux articles d'analyse ci-après de Anne-Lyse Favier, Bruno Housseau et Fabien Tuleu.

Anne-Sophie Dormont,

Chargée de projets environnement-santé,
Comité régional d'éducation pour la santé
du Languedoc-Roussillon, Montpellier.

Analyse des représentations de quelques acteurs

L'analyse du langage utilisé dans les questionnaires de l'enquête à laquelle procède Anne-Lyse Favier révèle le caractère polymorphe de ce concept d'Hygiène qui lui-même renvoie à des représentations et à des pratiques sociales différentes.

S'interroger sur les représentations de l'hygiène à travers les réponses fournies par une soixantaine de questionnaires relève d'une part de gageure en raison des biais, comme les conditions de passation du questionnaire ou plus exactement le temps et l'attention accordée à l'égard de ces questions. En effet, une première restriction est celle de savoir si l'emphase exprimée à travers certains messages et l'intérêt exprimé pour les problématiques de l'hygiène sont objectivement représentatives des actions concrètes menées sur ce thème. En sens inverse, le peu ou le manque d'intérêt exprimé dans les messages est-il lui aussi le reflet d'une absence d'intérêt, d'action et donc d'investissement pratique dans les problématiques autour de l'hygiène dans une perspective d'éducation à la santé ?

Précaution méthodologique

Interpellée par ce risque de biais, j'ai choisi de travailler les questionnaires autour de quelques axes majeurs, servant de structure d'analyse commune, afin de pouvoir recouper certaines informations dominantes et de les confronter à d'autres ordres du discours, et ainsi mesurer l'écart possible existant entre la théorie et l'engagement pratique. Cela dans les deux sens, à savoir, *qu'une bonne théorisation n'implique pas forcément une réelle action efficace et, à l'inverse, qu'une « pauvre » formulation ne doit pas forcément laisser présager une absence d'action et d'efficacité sur le terrain.*

Par ailleurs, il nous a paru tout aussi important de recouper l'ordre du dis-

cours, l'ordre de la pratique avec les différents acteurs impliqués : ceux qui agissent et ceux pour qui on agit.

Que dit-on ? Qui le dit ? Pour qui le dit-on ? Comment le dit-on ? Et ce, en fonction d'actions qui elles-mêmes influencent en retour le discours tenu sur un concept. À titre d'exemple, certaines actions ne sont que des actions de routine, « institutionnalisées », peu innovantes, tandis que d'autres s'inscrivent plutôt dans le cadre de projets, de désir de changement et de transformation sociale.

Les représentations que nous avons voulu mettre en lumière et ordonner autour du concept d'hygiène et de son implication pratique sont des discours tenus par des personnes sur une notion réellement polymorphe, à multiples entrées. Ces différentes entrées sont bien évidemment conditionnées par la personnalité tant individuelle (à laquelle nous avons peu accès à travers un questionnaire comme celui-ci) que professionnelle, donc en étroite corrélation avec le rôle social à tenir et enfin la « foi » dans les actions à mener et le fait d'être ou ne pas être porteur de projet, dans le domaine de l'éducation, donc de la transformation.

Le point de vue historique me semblerait être de peu d'utilité dans le parti qui a été le nôtre, celui de « traquer » le sens d'un concept « en activité ». Il nous paraît cependant utile à certains moments de notre analyse de recourir à la notion d'histoire dans son sens strictement chronologique et de se servir de

cet éclairage pour repérer les grandes permanences dans les représentations donc dans les implications pratiques ou les modifications de sens.

Méthode d'analyse

La méthode d'analyse que nous avons choisie pour étudier ce concept a été la suivante : ordonner les questions selon plusieurs axes faisant sens, soit, dans un premier niveau, s'intéresser à la place que prennent les actions autour de l'hygiène.

- Par rapport à l'ensemble de vos actions, est-ce un thème important ?
- Quel est le principal message que vous essayez de transmettre ?
- Avez-vous évalué cette action ? Si oui, quelles en sont les principales conclusions ?
- Portez-vous des projets sur le thème de l'hygiène au sens large ?
- Les actions sont-elles ponctuelles ou au contraire répétées chaque année ?
- Les difficultés à manier le concept (hygiène et éducation pour la santé) ?
- Avez-vous des remarques particulières ?
- Décrivez votre action (objectifs, méthodologie).
- Quels sont les outils que vous utilisez ?

Dans un deuxième temps, s'intéresser à la nature donc à l'origine de la demande :

- Quel type de demande vous adresse-t-on sur ce thème ?
- Qui vous sollicite ?
- Faites-vous des propositions d'action ? À qui ?
- Quel est votre public cible ?

L'ordre choisi pour ces questions et leurs réponses se justifie de la manière suivante : la place accordée (au moins au niveau du discours) à ce thème par rapport à un ensemble plus global d'actions nous a semblé être la première information permettant de mesurer une sorte d'auto-évaluation renvoyant à une plus ou moins grande sensibilisation. Ceci a permis – nous le verrons à travers les résultats – d'établir trois groupes :

- ceux pour qui le thème est important ;
- ceux pour qui il ne l'est pas ;
- ceux qui n'ont pas répondu à cette question.

Cette place accordée au thème est immédiatement vérifiée et valorisée par la notion de « message principal », un peu comme si celui-ci devait jouer le rôle de « dire l'essentiel en une phrase »... On pourrait presque considérer qu'à ce niveau de l'analyse, nous accédions à un niveau déjà important des représentations, en saisissant la place que le thème occupe et quel en serait le message paradigmatique. Mais ce niveau de représentations ne paraît pas suffisant s'il n'est pas confronté à d'autres paramètres (dont nous disposons grâce aux questionnaires), qui viennent souvent renforcer, nuancer ou annuler la force ou la faiblesse d'un discours.

Ainsi, l'ordre retenu pour classer les questions permet de tester l'évaluation possible des actions menées, donc le fait d'avoir à faire à un concept vivant ou au contraire à un concept figé. Au-delà de la simple passation d'un questionnaire, cet ordre permet de mieux mettre en évidence ceux qui sont porteurs de projets ainsi que le positionnement propre en tant qu'éducateur à la santé.

Ce n'est qu'après la mise en corrélation de ces différents niveaux de réponse que nous pourrions arriver à une analyse la plus juste possible de quelques représentations autour du concept de l'hygiène et de ses implications pratiques dans le domaine de l'éducation.

Synthèse des résultats

Nous avons regroupé les réponses, articulées autour du message principal (notifié en couleur), en trois groupes :

- ceux qui disent que l'éducation autour de l'hygiène est importante ;
- ceux qui disent que ce n'est pas important ;

- ceux qui n'ont pas répondu à cette question.

Chaque paragraphe (◆) correspond à la synthèse des réponses d'une seule personne.

Quand l'hygiène est un thème important

Le thème de l'hygiène se situe en deuxième place après l'éducation à la sexualité. Il peut prendre la place du tiers des thèmes abordés en primaire, voire être considéré comme le plus important.

◆ Voici les précisions apportées par un service enquêté :

- les demandes : hygiène corporelle, hygiène et sécurité, hygiène de vie, ergonomie ;
- les demandeurs sont en école maternelle et élémentaire, voire en 6^e ;
- les actions sont, en principe, répétées à la demande des enseignants ;
- aucune action type mais différente pour chaque action, adaptée à l'âge et à la demande ;
- le principal message que l'on essaie de transmettre est le bien-être global, le respect de soi et des autres ;
- dans le cadre d'une évaluation de l'action, il est difficile de savoir si cela a induit des changements de comportements mais les connaissances semblent acquises ;
- pas de difficultés à manier le concept ;
- pas de remarques particulières à faire.

◆ Un autre questionnaire dit : « que ce n'est pas un thème prioritaire mais important ».

- Les demandes sont faites par des adultes handicapés, des centres d'aide par le travail (CAT), des hôpitaux de

jour et des adultes en stage d'insertion.

- Pas de propositions d'actions sur ce thème ;

- Les seules actions proposées sont ponctuelles et ne font pas l'objet de projet à long terme.

- Le principal message transmis est : pourquoi se laver ? Comment se laver ? Avec quoi se laver ?

- Il n'y a pas de public cible ;
- Pas d'évaluation faite sur l'action ;
- « Hygiène et éducation pour la santé » ne semble pas être un concept difficile à manier.

Les demandes portent plus sur la formation autour des métiers de l'hygiène, s'il s'agit d'hygiène et santé, alors c'est l'hygiène alimentaire.

Les actions santé mises en place avec les jeunes ne traitent pas directement de l'hygiène mais des conduites addictives et du sida.

Les projets portent sur le thème de l'hygiène au sens large.

Les actions sont répétées chaque année.

◆ Le principal message à transmettre est l'implication des jeunes dans les actions.

- Difficultés à manier les concepts hygiène et éducation pour la santé en tant qu'éducateur pour la santé.
- Les actions sont répétées.

◆ Bien-être individuel et collectif. Prévention.

- Hygiène et puberté.
- Méconnaissances en hygiène et développement pubertaire.
- Difficulté à comprendre le concept : qui doit apprendre quoi, éthique de l'éducation.
- Parmi les remarques à faire : approche globale de l'hygiène, sa dimension familiale donnent aux travaux réalisés auprès des enfants et adolescents une grande fragilité.
- Très ciblé sur l'hygiène alimentaire (restauration scolaire...).
- Manque de temps et de moyens.

◆ Faire prendre conscience du rôle de chacun dans la gestion de sa santé.

- Amener le public à être acteur et messager de santé.
- Renforcer les compétences et respecter les valeurs culturelles et familiales.
- Développement de l'estime de soi. Respect du corps, estime de soi, bien avec soi : mieux avec les autres.

Il est plus efficace de mener une action à long terme, sur plusieurs années.

◆ **Hygiène de vie : santé. Bien-être, équilibre.**

- Amélioration au niveau des petits déjeuners.
- Les actions sont répétées chaque année.
- Pas de difficulté à manier le concept.
- Demande d'un fichier répertoriant tous les outils sur ce thème et où le trouver ?
- Propositions d'actions faites aux enseignants et aux parents.
- Actions proposées dans le primaire.
- Cible : de la maternelle au lycée.

◆ **Prévention de chaque jour, intégration à la vie quotidienne.**

- Actions redemandées.
- Répétées chaque année.
- Thème essentiel négligé par manque de temps.
- Prévention des maladies infectieuses en rapport avec le sida et l'hépatite.
- De la maternelle au lycée.
- Actions à la fois ponctuelles et répétées chaque année.
- Manque de temps et de formation pour mieux communiquer les messages.
- Cible en fonction des enseignants demandeurs.
- Description action : sensibiliser les enfants à leur capital santé.

◆ **Nécessité du brossage des dents biquotidien. Nécessité d'un sommeil suffisant.**

- Actions ponctuelles et répétées.
- Les enfants sont attentifs à nos actions mais est-ce que cela portera ses fruits ?
- Remarque : « *Depuis vingt ans que je suis médecin à l'Éducation nationale, l'état bucco-dentaire s'est nettement amélioré.* ».

◆ **La bonne santé est un tout : bon sommeil, bon appétit, bonne hygiène physique et donc aussi mentale.**

◆ **Devenir acteur de santé. Concept de santé globale avec les différents facteurs déterminants de la santé : biologiques, comportementaux, environnementaux, systèmes de santé.**

- ◆ Toutes les actions partent du questionnement des enfants afin de leur permettre de devenir acteurs (dans la mesure du possible) de leur santé.
- Apprendre à prendre soin de soi.
- L'évaluation est prévue, elle est en création.

◆ **Il faut prendre soin de son corps et de soi en général : bien-être physique et mental.**

– Devenir acteur de santé. Concept de santé globale avec les différents facteurs déterminants de la santé : biologiques, comportementaux, environnementaux, systèmes de santé.

- Les actions sont répétées chaque année et plusieurs fois dans l'année.
- Les seules réserves sont liées à l'absence d'un budget spécifique (pour les créations d'outils).
- Pour unir les compétences, un groupe d'infirmières se rencontre régulièrement pour réfléchir et élaborer de nouveaux outils.

◆ **Être bien dans son corps. Avoir une bonne connaissance et un respect de son corps... permet d'être mieux dans sa tête et de bien se comprendre.**

- L'action est évaluée : bonne prise de conscience de la part des élèves, bonne démarche de questionnement.
- Actions répétées chaque année, informations sur la puberté en 6^e.
- Au niveau du concept, manque de temps pour faire plus d'éducation pour la santé à cause du nombre important de passages à l'infirmerie.

Quand le thème de l'hygiène n'est pas important

◆ **Amélioration de l'hygiène générale. Au sens plus large des hygiènes de vie : apprendre à faire des choix en connaissance de cause. Savoir ce que l'on fait avec ses risques et ses avantages.**

- L'action n'est pas évaluée sur l'hygiène corporelle mais sur l'hygiène de vie, très satisfaisante du point de vue des élèves.
- Actions ponctuelles, à la demande.

– « *Je n'ai pas de difficultés avec le concept, mais j'en rencontre souvent pour le faire comprendre dans le milieu éducatif.* ».

– Remarques : l'hygiène est un concept hors ligne. L'hygiène corporelle est très différente de l'hygiène de vie où on met tout ce qui est sexualité, contraception...

◆ **Cible : hygiène corporelle en primaire. Hygiène de vie au collège, hygiène alimentaire à tous les âges...**

– **La notion de « bien-être » passe par une bonne hygiène.**

– Action : inciter les enfants à adopter une bonne hygiène corporelle, y compris le brossage des dents, en les informant de l'importance de la bonne santé de celles-ci. Parvenir à mobiliser les adultes qui entourent l'enfant pour assurer le suivi de l'action.

- Pas de projets.
- Réponse à des demandes.

◆ **Découvrir et faire poser des questions aux enfants qui auraient des lacunes, avec la possibilité de réponse par d'autres enfants.**

– Remarques : disposer de plus de temps. Difficultés d'organisation.

◆ **Les poux : on peut s'en débarrasser.**

◆ **Prendre conscience de son corps. Hygiène, première étape pour être en bonne santé.**

◆ **Prévenir dépister traiter. L'hygiène comme facteur de bien-être.**

◆ **Connaître son corps, le respecter. Alimentation équilibrée, sensibilisation au petit déjeuner.**

- Action évaluée : quand nous rencontrons les enfants l'année suivante, ils se rappellent des conseils donnés.
- Actions à la demande des enseignants et renouvelées chaque année.
- Remarque : manque de temps pour élargir notre action à un plus grand nombre d'élèves.

Ceux qui n'ont pas répondu à cette question

◆ On s'adresse aux parents : respect du rythme de l'enfant et ses besoins pour optimiser sa santé et ses apprentissages. Une régularité de vie sécurisante pour les enfants, notion de rôle attentif du parent. On souhaiterait une école des parents.

◆ Respect de soi et respect des autres (la propreté, le tabac, etc.) responsabilisation : le petit déjeuner, le sport, le sommeil. « *Je protège ma santé* ».

Analyse

On constate, grâce aux multiples entrées repérées (les acteurs, les populations cibles, la nature et le suivi des actions), que la représentation de l'hygiène s'ordonne autour de quelques grands concepts de référence. Soit il s'agit purement et simplement de coller à une notion de propreté, de nettoyage, de toilette.

Associations donc ici hygiène à hygiénique, en l'opposant au sale. Cette notion part de la base « *un esprit sain dans un corps sain* ». Elle aboutit à englober la notion de bien-être (esprit sain) global, mais en partant d'abord du principe biologique, corporel, anatomique.

Dans cette conception biologique, nous pouvons repérer soit une représentation qui parle du corps en général (hygiène corporelle), soit une représentation qui, en ajoutant des termes à celui d'hygiène, découpe l'image du corps et associe donc ses représentations à des parties bien définies (hygiène bucco-dentaire, hygiène des cheveux, de la peau, des pieds, etc.). Précisons toutefois que ladite hygiène bucco-dentaire occupe une place particulière : les messages sont à la fois très ciblés sur une partie du corps, très techniques et pratiques (brossage des dents, démonstration). Cette partie de l'éducation à l'hygiène représente d'ailleurs le grand *leitmotiv* des écoles primaires mais, par ailleurs, ces messages permettent d'aborder et d'appréhender l'hygiène dans une dimension plus globalisante puisqu'ils évoquent qu'une bonne hygiène bucco-dentaire permet une meilleure digestion et donc un bien-être général.

Un deuxième axe est celui des réponses qui donnent accès à une représentation beaucoup plus globalisante de la notion de santé et de bien-être, proche de la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé et qui nous permet de voir qu'à ce niveau, la notion d'hygiène n'est plus à considérer dans le couple antinomique propreté/saleté, mais plutôt associée à une conception philosophique, à une façon d'être, un mode de vie. Ainsi, non seulement nous accédons ici à une représentation qui ne s'appuie pas exclusivement sur la base biologique (globale ou découpée), mais qui propose du terme d'hygiène une redéfinition qui serait le synonyme d'une notion forcément positive. « *Avoir une hygiène de vie* », c'est sous-entendre qu'elle est bonne, qu'elle implique des règles, de l'ordre, de la mesure. Cette conception de l'hygiène est très souvent, dans les formulations, exprimée en paraphrase (hygiène de vie, hygiène mentale, etc.).

Ainsi, nous parvenons à deux grandes catégories :

- l'une qui associe le concept d'hygiène à propreté ;
- l'autre qui renvoie à une façon d'être dans la totalité de l'humain.

Ces deux catégories se conjuguent à des logiques de pratiques différentes, puisque, pour la première, nous avons affaire à un ensemble d'attitudes pratiques, techniques. Tandis que la deuxième se situe beaucoup plus du côté d'une éthique et d'une façon de penser.

Dans l'encadré ci-contre, nous donnons la liste de toutes les citations répertoriées dans ces questionnaires autour du terme « hygiène » afin d'offrir une illustration objective de la polysémie du terme.

Conclusion

Nous avons pu mettre en évidence, à travers la place accordée aux actions sur l'hygiène, la force du message central, tout autant que le repérage systématique de petites phrases que le concept d'hygiène interpelle des niveaux de représentations qui ne sont pas toujours les mêmes. Cela est d'abord dû à la carrière propre de ce mot.

Les premières études systématiques sur le milieu, les travaux des hygiénistes, l'ère de la « chasse aux microbes »

Répertoire des termes employés dans les réponses au questionnaire

- Les demandes : hygiène corporelle, hygiène et sécurité, hygiène de vie, ergonomie ;
- Projets sur le thème de l'hygiène au sens large.
- Approche globale de l'hygiène, dimension familiale.
- Hygiène de vie : santé, bien-être, équilibre.
- Amélioration de l'hygiène générale.
- Bonne hygiène physique et donc aussi mentale.
- Au sens plus large de l'hygiène de vie : apprendre à faire des choix en connaissance de cause. Savoir ce que l'on fait avec les risques et les avantages.
- Cible : hygiène corporelle en primaire. Hygiène de vie au collège, hygiène alimentaire à tous les âges...
- Hygiène, première étape pour être en bonne santé.
- L'hygiène comme facteur de bien-être ;
- Une bonne hygiène générale est un facteur de bonne santé, le manque d'hygiène est un

facteur d'exclusion (maladies, affection de la peau, etc.).

- L'équilibre alimentaire fait partie d'une hygiène de vie rassemblant alimentation, exercice physique, activités extrascolaires.
- Hygiène corporelle.
- Hygiène mentale.
- Hygiène collective ou individuelle.
- Hygiène des mains, des pieds.
- Hygiène mentale, sexuelle, alimentaire. tabac, alcool, drogues, sports, etc.
- Manque d'hygiène.
- Hygiène faible.
- Hygiène dans les crèches.
- Hygiène des cheveux.
- Hygiène vestimentaire.
- Problème d'hygiène.
- Intégrer le concept d'hygiène dans le cadre de la santé.
- Hygiène familiale.
- Hygiène diverse.
- Prévention mal de dos.

ont donné, avec succès, une assise rigoureusement physique à ce concept. Les conceptions plus holistiques, donc globalisantes, de la santé ont largement contribué à élargir ce concept à une notion se référant surtout au bien-être, au ressenti, tout autant psychologique que physique. C'est d'ailleurs là que le terme s'est permis quelques ambiguïtés puisque hygiène n'était plus forcément synonyme de propre, mais renvoyait beaucoup plus à une notion d'habitude, d'ordre, de sagesse (« une bonne hygiène de vie »).

Renversement du dicton ? « *Un esprit sain dans un corps sain* » devenant « *Un corps sain parce qu'un esprit sain ?* ». Il est intéressant de noter, dans l'analyse de ce type de questionnaires qu'à notre époque, les deux sens du dicton existent, soit de façon exclusive l'un de l'autre, soit de manière équilibrée entre l'assise physique et la notion de bien-être.

Nous avons pu montrer comment, à travers les messages fournis, les publics cibles peuvent fortement déterminer la nature des représentations autour de ce concept. Toutefois, dans un domaine aussi propice à la transformation de soi que l'éducation, si les actions et les acteurs engagés visent à une meilleure autonomie et prise en charge de soi-même (allant du milieu scolaire aux personnes en situation précaire), nous ne pouvons que souhaiter la mise en œuvre d'un concept qui tienne compte de toutes les dimensions de l'être humain. Le fait, indéniable, de devoir adapter son discours et ses pratiques aux populations cibles ne doit pas occulter la dimension avant tout éthique des actions de santé, particulièrement dans le domaine de l'éducation. Une dimension rigoureusement technique du concept d'hygiène risquerait de s'enfermer dans une perspective trop réductrice de la représentation de la santé en ne lui donnant qu'une base physique. Elle pourrait courir, à terme, le risque de ne répondre qu'aux « besoins fondamentaux ». La notion d'« hygiène de vie » semble pouvoir être retenue comme paradigme signifiant une volonté de ne pas réduire les approches de santé à leur seul aspect biologique.

Anne-Lyse Favier
Anthropologue, Montpellier.

Hygiène : un observatoire de l'évolution des pratiques

Publics captifs ou dans leurs lieux de vie, morale ou éducation, initiative ponctuelle ou inscrite dans la durée... L'observation des actions réalisées sur le thème de l'hygiène reflète de façon intéressante les évolutions de l'éducation pour la santé.

Les réactions présentées ci-dessous ont été rédigées à partir du questionnaire envoyé à divers organismes (comités d'Éducation pour la santé, lycées, collèges, caisses primaires d'Assurance maladie, centre régional Information jeunesse, service communal d'Hygiène et de Santé). Les réponses (voir l'article d'Anne-Sophie Dormont) permettent difficilement de rendre compte dans le détail des actions qui sont menées, sur le thème de l'hygiène, en éducation pour la santé, mais plutôt d'en décrire les grandes lignes. Cependant, ces grandes lignes nous invitent à poser un certain nombre de réflexions sur ces actions, leurs objectifs, leur durée et leur contexte méthodologique.

Des actions auprès de publics captifs...

D'après les résultats, les initiatives émanent la plupart du temps des établissements scolaires. Ce sont vers eux également que la majeure partie des répondants au questionnaire orientent leurs propositions d'actions. Les réponses soulignent le peu d'investissement sur ce thème vers des populations dites précaires.

Il y a dans ce constat un double paradoxe :

– d'abord par rapport aux témoignages récurrents des professionnels du champ médicosocial sur l'état de santé des publics en situation de précarité et le travail qu'il leur semble nécessaire de mener sur l'hygiène en général : hygiène de vie, pratiques quotidiennes...

– ensuite, par rapport à l'approche plus globale qui pourrait permettre d'aborder cette question avec ces publics, sans stigmatisation supplémentaire : les actions observées dans le cadre des ateliers santé des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) mettent en évidence des axes de travail centrés sur l'estime de soi et le contrôle sur la vie. Il semblerait que l'hygiène puisse intégrer ces dimensions.

Cependant, on peut supposer qu'il y a une plus grande facilité à se tourner vers les élèves, donc vers un public captif, que vers des populations dispersées, aux préoccupations et aux priorités d'un autre ordre. Ce constat amène à questionner le croisement, dans ces actions, d'une *commande* concernant des professionnels, de la *demande* (implicite ou explicite) des populations. Alors, désir d'adulte ou facilité de professionnels ?

Il semble bien qu'un travail favorisant l'appropriation de techniques participatives soit nécessaire pour inverser le sens des actions d'une « démarche descendante » vers un accompagnement comme une alternative possible. Toutefois, la prégnance de la demande d'intervention sur ce thème apparaît comme un élément positif – en terme de développement d'actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire –, ce d'autant qu'elle s'intègre, la plupart du temps, dans le cadre du projet d'établissement ou dans les programmes scolaires.

Des actions ponctuelles

Les actions décrites sont souvent ponctuelles. Elles sont le plus souvent informatives, basées sur des outils (brochures, plaquettes, cassettes vidéo, coffrets, etc.) émis par le CFES ou d'autres acteurs (Centre national de documentation pédagogique, Migrations santé, etc.). Tout en restant sur un modèle informatif, ces interventions semblent cependant évoluer depuis quelques années, en s'articulant autour d'outils plus pertinents qui ne comportent pas de message d'ordre injonctif et moralisateur. Ceci peut-être considéré comme une avancée sur le fond, par rapport aux leçons de morale d'autrefois. Mais le mode ponctuel de ces actions – pourtant inscrites dans les projets d'établissement – nous interroge sur les finalités et le cadre de ces projets : sont-ils construits pour étayer, dans la durée, les compétences des enfants ou bien correspondent-ils à un « empilement » d'interventions thématiques et ponctuelles ?

De plus, le questionnaire ne nous permet pas de savoir ce que les répondants entendent par actions répétées. S'agit-il des mêmes actions répétées dans le temps ou d'actions différentes inscrites sur le long terme ? Nous aurions tendance à penser qu'il ne s'agit pas de véritables actions d'éducation

pour la santé, dans la durée, et appelant à la participation active des enseignants, des enfants ou d'autres acteurs pour améliorer les conditions d'hygiène à l'intérieur de l'établissement scolaire. Ces actions semblent être proposées de manière externe aux lieux où elles se déroulent, sans investissement autre que celui de la demande de la part des établissements scolaires.

L'évaluation, quand elle existe, confirme notre analyse sur la ponctualité ou la répétition des actions menées. Elle se limite souvent à un contrôle en matière d'acquisition des connaissances. Si la question de l'hygiène était intégrée plus fréquemment dans un programme d'éducation pour la santé global, la méthodologie de projet mise en œuvre permettrait de prévoir à chaque étape de l'action des processus d'évaluation et la définition d'objectifs (autres que des changements de comportements !). Là encore, ce constat nous amènerait à proposer, en amont de ces actions, des formations à la méthodologie pour les professionnels de l'éducation.

Conclusion

L'hygiène est un thème sur lequel une forte proposition et une demande importante d'actions se rencontrent.

Même si le questionnaire nous permet d'identifier une forme d'évolution dans la manière d'appréhender le sujet – au regard de ce qui pouvait être effectué il y a encore une vingtaine d'années (injonction, morale) –, on remarque, cependant, que peu d'actions intègrent une méthodologie de projet en éducation pour la santé.

Trois types de recommandations peuvent alors être proposés :

1. investir les formations et développer l'appropriation des outils (*Léo et l'eau* par exemple, voir l'article de B. Sandrin-Berthon dans ce dossier), notamment dans le cadre de la promotion des outils en région, en incitant les acteurs à s'y associer ;
2. diversifier les lieux d'intervention de type centres de loisirs et de vacances, centres sportifs où la question de l'hygiène trouve un mode clé de réinvestissement dans le réel ;
3. renforcer les « formations-actions » (ex : centres d'examen de santé et CFES, ateliers santé des Praps).

Bruno Housseau

Chargé de mission,

Fabien Tuleu

Adjoint au responsable du service,

Appui au développement de l'éducation pour la santé, CFES.

La polysémie de l'hygiène

Oscillant entre pédagogie et médecine, l'hygiène est une notion qui traverse les siècles. L'historien Jean-Pierre Goubert nous montre que si la société et la technicité évoluent, les publics et les messages restent les mêmes.

Un même mot peut être utilisé dans plusieurs sens différents. Celui de l'hygiène appartient à cette catégorie. Au terme provisoire d'un très long processus historique, l'hygiène désigne aujourd'hui un ensemble composite d'attitudes qui concernent la santé du corps et la prévention de certaines affections. Parce qu'elle s'est transformée, parce que ses normes et ses règles ont changé, parce que ses critères et ses fondements ont muté, l'usage du mot ne va pas de soi. D'autant que son observance demeure.

Quelques repères historiques

Il y a plus de deux millénaires de cela, deux filles d'Esculape, le dieu de la médecine, jouaient un rôle essentiel dans le panthéon de la mythologie grecque : deux sœurs, bien distinctes, issues du même père. L'une, Panacée, rétablissait la santé perdue à l'aide de remèdes ; l'autre, Hygie, c'est-à-dire santé en grec ancien, s'employait à la protéger. Par là était marqué le caractère sacré de la personne humaine, douée d'une ambivalence fondatrice, faite de santé et de maladie, qu'aidait à percevoir et à traiter la sagesse, composée de savoir et de raison, soient deux étincelles d'origine divine.

L'âge de l'Humanisme et de la Renaissance (en gros le XVI^e siècle pour la France) fait entrer dans notre langue nationale le terme d'hygiène, terme savant emprunté au grec et à la culture gréco-romaine. Il entend ainsi signifier, par une relecture de l'Antiquité, une sortie de l'hétéronomie, une fin de la soumission à la nature ou bien à Dieu ; et cela grâce à une prise en charge de l'homme par l'homme, autre-

ment dit à une affirmation, en pensées et en actes, de son autonomie. Les savoirs sur le corps et, en particulier, l'anatomie s'en trouvèrent magnifiés et comme revigorés.

Deux siècles plus tard, avec l'époque des « Lumières », une révolution proprement scientifique accompagnait un profond mouvement social : au sujet succédait le citoyen, à la figure emblématique de l'épidémie, celle de la santé. Désormais, le devoir d'hygiène privée intéressait directement la vie politique, dans la mesure où elle devenait l'affaire de tous et où, par conséquent, l'hygiène publique, avec ses grands travaux d'assainissement et, par exemple, de vaccination, acquérait son titre de gloire.

À la fin du XIX^e siècle, la révolution pasteurienne et l'entrée en vigueur de l'école « gratuite, laïque et obligatoire » voulue par la III^e République faisaient que l'instruction religieuse était remplacée par le cours d'hygiène (1883). L'acquisition de connaissances scientifiques devenait une nécessité pour comprendre, assimiler – et si possible – pratiquer les règles nouvellement édictées. Cette foi dans un certain progrès, scientifique et moral, se trouva renforcée par la mise au point des antibiotiques (à partir de 1944). Jusqu'au moment où, quarante ans plus tard, les projecteurs se trouvèrent braqués sur une maladie réputée nouvelle : le sida. Dès lors, parce qu'il se transmet notamment par le sperme et par le sang, le terme d'hygiène s'en revint, désignant tout à la fois un savoir et des règles de conduites pour éviter cette affection à laquelle, pendant dix ou douze ans, on ne trouvait pas de médicament ni de traitement véritablement efficaces.

Pédagogie et médecine

Force est de le constater, les réponses au questionnaire « hygiène » de ce dossier forment un ensemble disparate sinon contradictoire où l'historien est à même de relever les traces bien visibles d'un passé immédiat, proche et lointain.

Chose remarquable dans un pays aussi riche que la France d'aujourd'hui, la notion d'« hygiène publique » a presque disparu. Probablement parce qu'elle constitue à présent un acquis tellement banal qu'il en est devenu invisible. Les réseaux d'assainissement, les passages répétés de la benne à ordures, le nettoyage des caniveaux ne nous sont pas plus perceptibles que le claquement d'une portière de voiture ou bien le ronron du lave-linge.

Un deuxième élément de réflexion, de fait une autre « banalité », éveille l'intérêt de l'historien. Les répondants à l'enquête sont en grande majorité (72 %) des enseignants. Pédagogues de profession, savants par métier, moralistes à leurs heures, ils ont ainsi trois motifs distincts et complémentaires pour vouloir répandre l'hygiène et s'intéresser à elle, y compris par le truchement d'un questionnaire. Du même coup, ils s'inscrivent dans une perspective de longue durée.

En effet, dès les XV^e et XVI^e siècles les traités de pédagogie ont pris en compte la notion d'hygiène, dans la mesure où elle constitue un chapitre du savoir-vivre, une forme de « tempérance » et, par conséquent, un apprentissage que l'éducateur, profane et parental, ou bien pédagogue et professionnel, se doit de proposer à celui ou

à celle qu'il est chargé de faire traverser l'enfance et l'adolescence pour parvenir au statut d'autonomie propre à l'adulte. Le plus connu de ces traités, *L'Emile* de Rousseau (XVIII^e siècle), déclare que « *la seule partie utile de la médecine est l'hygiène* » et de préciser : « *encore est-elle moins une science qu'une vertu* ». Dans cette perspective, toujours d'actualité, on comprend que les actions entreprises en l'an 2000 soient effectivement difficilement évaluable, puisque « *les changements de comportements sont difficiles à mesurer, même si les connaissances semblent acquises* ».

Troisième élément de réflexion : la question de l'appartenance de l'hygiène à la médecine. Il y a vingt-cinq siècles, Hippocrate l'y avait incluse et lui avait consacré un traité ; et jusqu'à la fin du XIX^e siècle, spécialement en France, l'enseignement de l'hygiène figurait dans les facultés de médecine. Il avait été illustré par de grands professeurs, auteurs de célèbres traités. À cette époque, la concurrence était vive entre pareils médecins et instituteurs laïques. L'un de ces médecins, le docteur J-B. Fonssagrive, écrivait : « *cet enseignement n'existe pas, parce qu'il est confié au directeur de l'École Normale et que c'est une illusion regrettable de croire que l'hygiène est à côté, si ce n'est en-dehors de la médecine et peut être enseignée par tout homme instruit* ».

L'hygiène devient alors une notion qui possède un fondement scientifique et médical. Elle vise à éviter que des agents pathogènes ne pénètrent par les ouvertures du corps : orifices, plaies, muqueuses notamment. De cette époque date l'attention portée, spécialement en milieu scolaire, à la propreté du corps enfantin : chevelure (poux), visage (dentition), mains (ongles en deuil). L'école de Jules Ferry entendait promouvoir cette nouvelle hygiène afin de fonder une République républicaine, laïque, propre à assurer, grâce à une génération nombreuse et saine, le retour de l'Alsace et de la Lorraine dans le giron de la France. C'est pourquoi l'hygiène constituait un thème important de l'enseignement public. Entre les deux guerres, des tableaux muraux illustrés visaient à éduquer les écoliers. Analogues à certaines « BD » actuelles sur le sida, des vignettes signifiaient les comportements sains qu'imposait l'hygiène de l'époque. Des adultes instruits et responsables étaient donnés en exemple aux enfants, tandis qu'aujourd'hui les messages qui leur sont destinés parlent leur langage et qu'ils en sont les héros. Pour autant, à soixante-dix ans d'écart, l'objectif essentiel n'a pas changé : il s'agit, par l'acquisition de connaissances délivrées à la population scolaire, de lui apprendre, pour son avenir d'adulte, des pratiques novatrices et performantes, bien souvent opposées à celles que lui enseignaient les savoirs

traditionnels sur le corps. Assurément aussi, de nos jours, l'instrumentation utilisée se signale par son modernisme. Ce ne sont plus, comme autrefois des dictees, des récitations, des punitions ou seulement des images fixes qui tentent de répandre l'hygiène. Mais si la technicité a évolué, le message reste le même et le type de public identique.

Perçue comme un thème important depuis fort longtemps, l'hygiène relève hier comme aujourd'hui de la morale et des savoirs. Comme telle, elle est diffusée par les pédagogues et les médecins. Actuellement, l'appel à la citoyenneté reprend à nouveaux frais la même idée d'une solidarité qui implique le respect de soi et celui d'autrui. Elle figure au titre des droits et des devoirs, avec cette idée qu'un capital santé bien entretenu doit fructifier et rapporter des dividendes somme toute bien mérités. Pour toutes ces raisons historiquement datées, l'hygiène correspond aujourd'hui à un empilement de conceptions successives de la vie humaine et de la vie en société. Et cela est d'autant plus vrai que valeurs, savoirs et comportements, ces trois composantes de l'hygiène, ne cessent de varier et de muter à l'image de l'histoire que nous nous employons à écrire.

Jean-Pierre Goubert

Historien, École des hautes études
 en sciences sociales, Paris.

L'hygiène, le contrôle de soi et la souillure

L'hygiène repose en partie sur des normes biologiques et épidémiologiques. Mais pour Jacques Arènes, ses dimensions morales, culturelles et psychologiques sont tout aussi importantes et font de l'obsession de l'hygiène un indice parmi d'autres d'une civilisation hantée par la honte sociale.

Le concept d'« hygiène » évoque étymologiquement le contexte très général de la santé (le terme grec *bugieinon* signifie très exactement « la santé »). Il renvoie d'abord à une acception globale de règles, d'attitudes ou de comportements qui permettent de maintenir la santé, et donc de prévenir des maladies ou, *a minima*, des déséquilibres de santé. L'hygiène, c'est donc d'une certaine manière la santé dans la vie quotidienne, la prévention « incarnée », infiltrée dans les multiples petits gestes familiers et, de la même manière que monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, nous fabriquons de l'hygiène ou de la non-hygiène à notre corps défendant.

Avoir une vie droite

À notre corps défendant : nos habitudes de vie concernent de près ou de loin notre corps, même si nous ne nous en rendons pas compte. L'adolescent ou le jeune adulte qui se couche très tard régulièrement, qui ne prend pas de petit déjeuner et part en courant suivre ses cours du lycée, mange à n'importe quelle heure et prend de plus certains risques liés à la consommation de produits licites ou illicites, se situe à son corps défendant dans une hygiène de vie inadéquate. À son corps défendant, parce que bien souvent, pour lui ou pour elle, son corps n'est pas en jeu, mais seulement sa liberté de vivre comme il l'entend, d'expérimenter ses désirs, au besoin en niant en partie l'existence de ce corps encombrant : vivre vite, faire fi de l'emprise de la nuit pour le sommeil, des rythmes chronobiologiques contraignants, du monde

normatif imposé par les adultes. Nous abordons là la conception globale de l'hygiène. Cette notion d'une « bonne » manière de vivre n'est, bien sûr, pas complètement idéologique et correspond à des arguments d'épidémiologie sociale selon lesquels il existe des *styles de vie sains*¹ et donc des normes objectives aux comportements de santé. Ce concept de « style de vie » correspond à un habillage neutre et moderne de la notion d'hygiène de vie et tend à rendre compte de la réalité vaste de l'ensemble des comportements pouvant conduire à une bonne ou une mauvaise santé (1). Il a donc abondamment été exploré, dans la littérature, ces *patterns*² de comportements, d'attitudes, de valeurs en rapport avec la santé, adoptés par des individus ou des groupes d'individus. Ces modèles de comportements sont en relation objective, et non causale, avec l'état de santé, la morbidité et la mortalité. Ainsi, l'étude longitudinale princeps et désormais ancienne d'Alameda (2), qui montrait que les facteurs « favorables » par rapport à une durée de vie plus longue³ étaient le temps moyen de sommeil (7-8 heures), la stratégie de contrôle du poids (indice de masse corporelle ne s'écartant pas des standards), la pratique sportive régulière, la limitation de la consommation d'alcool, le fait de ne pas fumer, de prendre quotidiennement son petit déjeuner, de ne pas « grignoter entre les repas ».

De la norme objective à la norme morale

Psychologiquement, plusieurs attitudes sont possibles par rapport à ces normes objectives de comportements

pouvant engendrer ou maintenir une bonne santé. Une attitude très répandue, infiltrant parfois les conduites des intervenants de santé publique, consiste à postuler un sujet *rationnel*, évaluant en conscience ses attitudes et comportements de la vie quotidienne, prenant éventuellement des risques sciemment et se « négligeant » en quelque sorte volontairement. On fait fi ainsi des déterminismes inconscients infiltrant l'action de chacun, de la corrélation extrêmement forte entre les différents comportements, qui en rend très délicate la gestion en terme de contrôle. En tous les cas, quand nous sommes pris dans le mouvement de la vie, un comportement – comme celui de s'alimenter par exemple – n'apparaît pas en premier lieu comme un comportement de santé ; il est nécessaire d'effectuer une opération intellectuelle subtile, que les adolescents ont du mal à effectuer, pour ramener dans le giron de la santé la complexité de tel ou tel acte.

Nous sécrétons ainsi une *norme morale* de contrôle interne qui infiltre une partie de nos attitudes vis-à-vis de l'hygiène de vie. Et cette sécrétion *moralisante* – qualifiée en d'autres temps d'hygiénisme – postule, selon la signification philosophique de l'acte moral, l'exercice d'une liberté pleine et entière. S'il nous arrive une difficulté de vie, un problème de santé, nous ne pouvons nous en prendre qu'à nous-mêmes... La dépression est ainsi la pathologie émergente en nos sociétés postmodernes (3). Elle se révèle une pathologie de l'intériorisation – je ne peux blâmer que moi-même – alors que la paranoïa est

l'exemple, à l'autre extrême, d'une pathologie de la projection : mon angoisse, ma souffrance interne sont causées par la « méchanceté » des autres.

Aujourd'hui, nous sommes responsables de nos décisions et jusqu'au bout, nous devons assumer cette responsabilité. La non-prise de responsabilité est, à l'inverse, stigmatisée. Nous sommes sortis d'une société où les contraintes externes et les hiérarchies puissantes pesaient de tout leur poids sur chaque individu, au point que la gestion de la trajectoire de chacun, plus libre qu'avant, devient source de bien des tensions et des angoisses. Même si les contraintes externes demeurent évidemment très présentes, mais d'une manière plus implicite, le pôle du conflit devient plus interne qu'externe. Le sociologue Norbert Elias évoque ainsi, dès les années trente, cette dynamique de pacification des rapports sociaux qui amène à déplacer les violences extérieures à l'intérieur de la subjectivité. « *Le champ de bataille a été transposé dans le for intérieur de l'homme. C'est là qu'il doit se colleter avec une partie des tensions et passions qui s'extériorisaient naguère dans les corps à corps où les hommes s'affrontaient directement. Les contraintes pacifiques que ses rapports avec les autres exercent sur lui [...] s'accompagnent de troubles plus ou moins importants, de révoltes d'une partie de l'homme contre lui-même.* » (4)

Une culpabilité foisonnante

L'omniprésence du sentiment de contrôle interne entraîne même des excès inverses à ceux de « l'ancienne » projection. Chacun est tenté de prendre sur soi-même ce dont il n'est pas responsable. C'est une manière très subtile de lutter contre le sentiment d'impuissance !

Dans le domaine de la santé, la culpabilité n'a jamais été aussi foisonnante et les normes objectives de comportement ont tendance à devenir des normes morales. Certes, elle ne dérive plus vers le masochisme moral, lié à la faute dans un contexte chrétien, mais il s'agit plutôt d'une culpabilité issue du sentiment que le sujet se sent seul responsable de ce qui peut lui arriver. L'erreur en ce cas devient impardonnable, car le déterminisme ambiant impute à chacun la responsabilité de ses échecs.

Même si nous sommes atteint d'un cancer ou de toute autre maladie grave, le voisin, le proche nous regarderont d'un œil soupçonneux : n'a-t-on pas commis quelque erreur de prévention ? Ne se l'est-on pas fabriqué quelque part ce cancer ? Certaines dérives de l'idéologie de la prévention dans le domaine de la santé ressortent de cette tendance.

De la faute à souillure

J'ai abordé, jusqu'ici, ce en quoi notre conception de l'hygiène de vie est infiltrée, d'une manière inconsciente, par la question de la culpabilité et de la faute. Cet état de fait s'avère incontournable et ne signifie pas qu'il faille arrêter toute attitude préventive, mais il entraîne simplement la nécessité de toujours tenter de clarifier cette « tentation » culpabilisante faisant dérapier la norme objective en contrainte moralisante.

Allons plus loin dans l'exploration de la question de l'hygiène qui comporte,

in fine, la notion de l'hygiène corporelle qui renvoie à la souillure et parfois à la hantise de cette souillure. La question du pur et de l'impur, les attitudes extérieures et intérieures de purification sont vieilles comme le monde. Elles correspondent d'une part à un stade de la psychogenèse – l'enfant maîtrise assez tôt ses comportements sphinctériens et passe, progressivement, d'une curiosité envers ses excréments à un dégoût devant ceux-ci. Elle coïncide aussi avec certains stades ou certains types de société, en relation avec une approche fondée sur l'anthropologie culturelle. Ainsi, selon Paul Ricoeur, « *la tache est le schème premier du mal* » (5). Les tragédies d'Eschyle sont, par exemple, pétries du thème de la souillure. Oreste court au temple d'Apollon pour se laver de la souillure⁴ du meurtre de sa mère, le parricide étant la pire des souillures. « *Le sang sur ma main s'endort et s'efface ; la souillure du parricide est levée. Elle était fraîche quand, au foyer de*

Phoïbos, l'offrande purificatrice d'un pourceau l'a chassé loin de moi. Et le compte entier serait long de tous ceux que j'ai approchés, sans que mon contact leur ai fait le moindre mal » (6). Le mal se révèle par la tache et celui qui est souillé s'avère intouchable tant que les rites de purification ne sont pas encore effectués.

Avant la conscience morale, avant la responsabilité individuelle devant la faute, existe le schème de la souillure. Schème premier dans l'histoire de chacun et dans l'histoire de l'humanité. Schème premier qui, comme tout schème fondateur, survit en chacun de nous. Schème qui traduit parfois l'horreur d'une blessure psychologique vécue comme contaminant la personne. Une jeune femme violée dira qu'elle se sent profondément souillée et aura besoin, d'une manière ou d'une autre, d'un rite de « purification » pour se regarder de nouveau dans la glace. Ce sentiment de souillure, je l'ai aussi entendu dans la bouche d'une personne licenciée dans des conditions dramatiques et perverses. La souillure est alors l'indice, le symbole d'une souffrance indicible et le signe de la honte, de la sensation de ne pas avoir été traité(e) en être humain, d'avoir été exclu(e) du reste de l'humanité.

Une culture de la honte

Notre société est plus que d'autres obsédée par l'hygiène corporelle et ce pour des raisons tout à fait objectivement justifiables. Mais cette objectivité est en partie subvertie, dépassée par une angoisse inconsciente liée à la question de la souillure, de la honte, de l'exclu-

sion. L'étude comparative des cultures a permis de distinguer, d'une manière un peu manichéenne, des civilisations de la honte et des civilisations de la culpabilité (7). Les civilisations de la honte sont caractérisées par la tension entre l'impulsion individuelle et le conformisme social. La Grèce classique est une civilisation de la honte dans laquelle l'honneur ou la compétition pour la gloire est au premier plan et où l'existence de chacun se trouve sans cesse sous le regard d'autrui. « *Le plus grand bien de l'homme homérique n'est pas la jouissance d'une conscience tranquille, c'est la jouissance de la timè, de l'estime publique. [Ce qui est intolérable dans ce type de civilisation, c'est ce qui expose] un homme au mépris et au ridicule de ses semblables, tout ce qui lui fait perdre la face* » (8). Certains psychanalystes américains ont ainsi souligné (9) que notre époque possédait de plus en plus des analogies avec la Grèce classique, en ce que la culpabilité névrotique avait tendance à disparaître au profit de la « honte d'infériorité » correspondant à une société d'exclusion.

Dans ce cadre, le sale est assimilé à ce qui est honteux et devient un des stigmates de la lèpre de l'exclusion. Les stratégies de contrôle de la propreté et des odeurs corporelles s'inscrivent alors plus largement dans celles de contrôle du corps, tant au niveau de son dynamisme et de sa santé, par le sport par exemple, que de son modelage⁵. Ce contrôle est sujet à bien des aléas, notamment à l'adolescence où la variabilité est extrême quant au rapport à la propreté, ce qui n'est pas, parfois, sans effrayer les parents. Mais beaucoup d'éducateurs remarquent que les

jeunes, en particulier les garçons, accordent de plus en plus d'intérêt et de souci à l'hygiène corporelle et à leurs tenues vestimentaires. Cet intérêt, ce souci ne doivent pas cependant devenir une tyrannie qui laisserait de côté ceux qui ne peuvent consacrer l'argent ou la disponibilité psychique⁶ pour participer à l'universelle course à l'image.

Là aussi l'image de soi, si importante dans la Grèce homérique, se révèle au premier plan, ce contrôle de l'image s'avérant strictement parallèle à la fuite d'une intériorité de plus en plus difficile à affronter.

Jacques Arènes

Psychanalyste.

Jacques Arènes vient de publier, aux éditions Desclée de Brouwer, un ouvrage intitulé *À la recherche de soi*, 2000 : 208 p.

1. Traduction rendant plus ou moins heureusement l'expression anglosaxonne « healthy lifestyles ».

2. Modèles, configurations.

3. Sans préjuger toujours d'un lien de causalité.

4. La première souillure est celle du crime de sang.

5. On peut évoquer les phénomènes de marquage corporel qui participent à ce désir de modelage et de contrôle du corps : piercing, stretching qui est le fait d'agrandir les trous du piercing, branding qui consiste à inscrire un signe sur la peau au fer rouge ou au laser, scarifications, lacérations, fabrication de cicatrices en relief.

6. Le fait de ne pouvoir continuer à s'occuper physiquement de soi peut être un des indices d'un épisode dépressif majeur ou se révèle dans certaines psychoses.

► Références bibliographiques

- (1) Mac Queen D. *A research programme in lifestyles and health: methodological and theoretical considerations*. Rev. Epidém. et Santé Pub. 1987 ; 35 : 28-35.
- (2) Berkman L., Breslow I. *Health and ways of living*. The Alameda County Study. New-York : Oxford University Press, 1983 : 234.
- (3) Lellouch J. *Dépression en hausse*. JAMA, édition française, septembre 1989.
- (4) Elias N. *La dynamique de l'occident*, Paris : Calmann-Levy, Press-Pocket, 1975 : 197.
- (5) Ricoeur P. *Philosophie de la volonté. II. Finitude et culpabilité*. Paris : Aubier : 206.
- (6) Eschyle. *Les Euménides*.
- (7) Benedict R. *The Chrysanthemum and the Sword*. Boston, 1946.
- (8) Dodds E. *Les Grecs et l'irrationnel*. Paris : Aubier-Montaigne, 1965 : 29-30.
- (9) Lowenfeld H. *Notes on shameless*. The Psychoanalytic Quarterly XLV ; 1976 : 62-72.

Rendre **familier** ce qui est **étrange**

Entretien avec Alain Epelboin*

Comment l'anthropologie peut-elle améliorer et rendre plus efficaces des interventions éducatives sur l'hygiène ? Alain Epelboin nous en propose l'illustration par des exemples tirés de sa pratique auprès de communautés étrangères, tant en France qu'en Afrique.

La Santé de l'homme : La question de l'hygiène semble être abordée d'un point de vue très normatif ou, au contraire, très relativiste sans mesure ni façon très opérationnelle de se l'approprier pour des éducateurs de santé.

Alain Epelboin : Le mot « hygiène » est un mot redoutable parce qu'on ne réalise pas à quel point il est polysémique et chargé d'ethnocentrisme ! La révolution pasteurienne est survenue sur un terrain déjà fécond, marqué par les théories hygiénistes de l'époque : codification de ce qu'il faut faire pour entretenir la propreté, la pureté, aussi bien de l'espace corporel que de l'espace domestique, de l'espace de la cité, de la nation. Et lorsque l'on étudie l'histoire des concepts d'hygiène, on constate qu'ils adhèrent toujours aux représentations de l'ordre social en vigueur, aux modèles idéologiques dominants de l'époque.

L'hygiène, quel que soit le système dans lequel on se place, est une représentation matérielle et symbolique du propre et du pur. Un propre, un pur, définis différemment d'un individu, d'une société, d'un terroir, d'un temps à l'autre, mais aussi d'une théorie médicale à l'autre, dans des combinaisons « polydyadiques » complexes, liant inéluctablement des catégories cognitives, universelles et à chaque fois originales : propre, pur, sale, souillé, haut, bas, devant derrière, masculin, féminin, droite, gauche, intérieur, extérieur, etc.

À propos de l'hygiène hospitalière, par exemple, on ne s'interroge pas sur les rôles (neutre, positif, négatif) que

peut jouer la culture des personnels chargés du nettoyage : en Suisse, dans un grand hôpital, on s'est aperçu que les personnels portugais préféreraient employer leurs propres produits ménagers, inadéquats d'un point de vue microbiologique. Lorsque ces tâches sont réalisées par des personnels de culture musulmane, il est intéressant de

relever si le caractère très fort du lien main gauche/souillure de l'islam reste pertinent, lorsqu'ils sont amenés à manipuler des humeurs et déchets corporels. On constate, en observant cer-

* médecin ethnologue, chercheur au CNRS, Laboratoire d'ethnobiologie, Muséum national d'histoire naturelle, Paris.

taines sages-femmes dans des hôpitaux africains, que les gants servent plus à les protéger, elles, de la souillure des patientes, que celles-ci de contaminations nosocomiales : s'il n'y a qu'un gant, c'est la main droite qui est protégée. À l'Assistance publique de Paris, il n'y a jamais eu de réflexion sur les apports spécifiques des personnels antillais, alors que les traditions de propreté très poussées dans ces contrées amenaient les riches familles bordelaises ou nantaises du XVIII^e et XIX^e siècles, à expédier des malles de linge de maison dans les soutes des vaisseaux négriers, afin qu'il soit blanchi par les lavandières antillaises. Même dans un laboratoire de haute sécurité, « P4 », où l'on pense que l'hygiène relève exclusivement d'une logique scientifique, rationnelle, on s'aperçoit que dans la construction consciente et/ou non consciente de l'ordre de l'espace et du corps, on ne peut pas envisager l'hygiène sans l'articuler avec les représentations culturelles des valeurs qui lui sont associées.

S.H. : La notion de propre et de pur existe d'une façon ou d'une autre, quelle que soit la culture ?

Alain Epelboin : Bien sûr ! Et différemment, selon les contraintes culturelles et écologiques : on n'est pas propre de la même façon lorsque l'on vit dans un désert ou en altitude, dans une décharge à ordures urbaine ou dans une villa avec piscine, selon que l'on dispose d'eau en abondance ou lorsqu'elle est comptée, selon que l'on peut changer de vêtements tous les jours ou que l'on ne dispose que d'une seule tenue, selon que l'on est observant d'une religion ou d'une autre...

S.H. : Pouvez-vous donner quelques points de repère ?

Alain Epelboin : Je donne souvent l'exemple de l'urbanisation du front maritime occidental français. Jusqu'au XIX^e siècle, le front maritime est construit de façon à opposer le dos à la mer ou à l'océan : on faisait ses besoins, on jetait ses ordures sur la grève. L'hygiéniste du XIX^e siècle s'impose et cet air de la mer, chargé de miasmes néfastes, d'humidité, devient, au contraire, positif, vecteur de santé, notamment pour les maladies de « consommation ». Et alors l'espace se

restructure, ce qui était le devant devient le derrière : les maisons nouvelles font face au large, la grève, la plage, aire de déchet traditionnelle, devient un espace de propreté et de pureté, où l'on exhibe son corps et celui de ses proches, aux regards, au soleil, au vent et à l'eau salée.

Il y a un « impérialisme » de l'hygiène qui oblige à imposer ses propres catégorisations du sale et du souillé : l'hygiène de l'autre, surtout en situation de différence socio-économico-culturelle importante, est la plupart du temps perçue négativement : ainsi, le voyageur européen en vacances sur une plage tropicale, horrifié par la fréquence des dépôts d'ordures ménagères, de cadavres d'animaux et d'excréments humains, porte des jugements hâtifs sur l'hygiène corporelle et domestique des autochtones. Il ne réalise pas qu'il a affaire ici à un mode d'organisation de l'espace des déchets, qui correspond à ce qui existait chez lui au XIX^e siècle avant la révolution hygiéniste. De même, la puéricultrice parisienne visitant une famille et s'étonnant de voir jeter au sol, au milieu de la pièce, les emballages des friandises qu'elle a apportées, ou divers déchets balancés par la fenêtre.

S.H. : Comment, en tant que médecin, avez-vous été amené à considérer la santé et la question de l'hygiène d'un point de vue anthropologique ?

Alain Epelboin : J'ai débuté mes études de médecine au centre hospitalier universitaire Pitié Salpêtrière en 1969-1970 ; dès 1972, j'ai commencé à exercer la médecine et enseigné l'éducation sanitaire en Afrique noire (Togo, Mali, Sénégal). Je me suis aperçu que les modèles d'interprétation du corps, de la santé, de la maladie, de la mort, du malheur que je proposais ne survenaient pas sur un terrain vierge : mes patients et leurs guérisseurs avaient déjà leurs propres sémiologies, nosologies, modèles de causalité. De deux choses l'une, ou bien mes interlocuteurs étaient stupides et alors aucun modèle pédagogique ne pouvait changer leurs comportements ! Ou bien c'est moi qui étais stupide, puisque je ne prenais pas le temps de m'instruire de leurs connaissances, usages, savoir-faire et représentations. J'ai pensé que c'était à moi

de casser mon ethnocentrisme, de « basculer de l'autre côté » afin de percevoir leurs points de vue : ce qui m'a amené à entamer, dès la quatrième année de médecine, après mon troisième séjour en Afrique, une formation en anthropologie sociale et culturelle, qui m'a conduit au CNRS, avec un passage par l'épidémiologie des maladies transmissibles et l'anthropologie de l'alimentation. J'ai travaillé comme médecin ethnologue dans différents pays africains, surtout au Sénégal (rural et urbain) depuis 1976 et en République centrafricaine depuis 1980, chez les Pygmées aka et les populations villageoises commensales ; depuis 1989, en région parisienne auprès de populations migrantes d'origine africaine, au départ à propos des intoxications par les sels de plomb des enfants, puis de pathologies infectieuses, tuberculose, sida, toxicomanie, diabète... J'ai essayé de comprendre pourquoi, dans les îlots d'insalubrité de la région parisienne, ce sont majoritairement des enfants d'origine subsaharienne qui sont intoxiqués avec, pour les résidents d'un même immeuble, des disparités considérables d'une famille à l'autre, voire au sein d'une même fratrie.

S.H. : Pouvez-vous nous en expliquer la raison ?

Alain Epelboin : Ce type d'intoxication saturnine, lié au portage à la bouche de fragments de peintures murales, est une pathologie des îlots d'insalubrité. Elle est liée à de mauvaises conditions de vie, dans des immeubles non entretenus, dans des logements étriés, caractérisés par une très haute densité d'occupation de l'espace. Ces habitats sont pollués par l'utilisation massive, à la construction (fin XIX^e siècle-début XX^e siècle), de peintures et enduits à base de sels de plomb, interdits officiellement depuis seulement 1948, alors que leur dangerosité est connue depuis le début du siècle.

Il est quasi certain que nombre d'enfants des familles nombreuses qui occupaient ce type de logements insalubres avant les années 1985 (période de la découverte des premiers cas de l'endémo-épidémie saturnine parisienne) ont été intoxiqués, mais n'ont pas été découverts : d'une part, en raison du fait que, en-deçà d'un seuil de plombémie élevé, l'intoxication n'est pas clinique-

ment décelable, puis, au-delà, parce que les signes cliniques du saturnisme sont multiples, souvent non spécifiques, confondus avec d'autres pathologies.

La population enfantine de parents originaires d'Afrique de l'Ouest a révélé cette endémo-épidémie parisienne en raison d'un taux de natalité considérable, de modes de vie spécifiques, de gestions de l'hygiène du corps, de l'espace domestique, venant potentialiser les facteurs de risques habituels : précarité socio-économique, densité d'occupation de l'espace d'immeubles saturnins, etc.

La polygamie, très fréquente dans ces populations, ne doit pas être considérée intrinsèquement comme un facteur de risque. Sa gestion est un exercice et un art subtils, sous toutes les latitudes, *a fortiori* dans des conditions de vie précaires, dans un milieu urbain européen hostile à cette pratique. Elle ne peut fonctionner harmonieusement (selon les critères autochtones) que lorsque la résidence et les revenus, tant masculins que féminins, sont organisés. Dans certaines situations, elle peut être un facteur aggravant d'exposition aux différents risques de santé publique maternelle et infantile. Dans le cas de ménages polynucléaires harmonieux, elle peut être au contraire très structurante et permettre une prévention efficace de ces mêmes risques : hygiène corporelle, maladies infectieuses, saturnisme, accidents domestiques, accidents sur la voie publique, échec scolaire, petite délinquance, etc.

L'attitude des enfants et des adultes vis-à-vis de l'ingestion de substances minérales est biaisée ici par la culture qui admet que les femmes et les jeunes enfants consomment en certains temps des quantités « raisonnables » de terres, d'argiles, de kaolins comestibles, facilement accessibles en région parisienne chez les marchands de produits exotiques. L'extension de cette pratique aux fragments de revêtements muraux, aux écaillés de plâtre et de peinture contenant des sels de plomb, n'est donc pas soumise aux mêmes tabous que ceux des populations non géophages. Il faut rappeler que l'appétence pour les fragments de revêtements muraux n'est pas en rapport, contrairement à ce qui est souvent dit, avec leur caractère

« sucré », mais avec une saveur spécifique, « crayeuse », comparable aux argiles traditionnellement consommées.

Les parents informés de la toxicité particulière de ces revêtements combattent leur consommation active et passive, chacun à sa façon et selon ses humeurs. C'est-à-dire ici, sur un fond d'éducation où l'on se doit d'instruire le très jeune enfant en le laissant jouer jusqu'au bout avec des objets ou des situations dangereuses : c'est en dernier recours que l'on enlève des mains d'un tout-petit le couteau aiguisé, le récipient rempli de liquide, la Game Boy du frère aîné, la télécommande du téléviseur... En fait, on s'efforce de ne pas arracher l'objet, on contrôle la manipulation par des encouragements verbaux ; ou bien on détourne l'attention par des paroles et des gestes (criés, chantés, murmurés), par un regard complice, par la proposition d'un nouveau jeu, d'un aliment, du sein ou du biberon. Lorsque l'interdit est autoritairement proposé ou réprimé, lors d'excès d'autorité, par des paroles offensantes, des tapes, des coups, l'enfant indigné est en droit de s'enfermer dans son désir et de n'avoir de cesse de le réaliser dès que les parents ou les aînés ont le dos tourné.

Écarter et détourner l'attention d'un enfant qui aime jouer à faire craquer entre ses doigts un fragment de revêtement mural et à le porter à sa bouche est une action psychoéducative complexe et n'est qu'un des temps d'une éducation globale. Des jeux de rôle sont dévolus à chacun des membres de la cellule familiale selon sa personnalité et son statut : frère, sœur, aîné, cadet, parents, enfants, résidents, visiteurs, etc. La psychopathologie familiale peut donc très directement être projetée sur les plus jeunes enfants, dysharmonisant les diverses interventions éducatives. Celles-ci, mal gérées, exprimées sans conviction ou à contretemps, inscrivent l'enfant dans des conduites d'opposition, d'affirmation de sa personnalité par rapport aux autres, me semble-t-il culturellement bien acceptées, voire valorisées, avec des variations importantes en fonction du rang de fratrie, du sexe et de l'âge. Saisir le glissement de telles conduites du « normal » au « pathologique » et intervenir de façon préventive ou curative est extrêmement difficile sans une lecture transculturelle

qui doit, à notre sens, être basée sur une très grande connaissance de la société considérée, renforcée par des observations *in situ* de l'enfant et de la cellule familiale. L'harmonie ou la dysharmonie de la maisonnée, les événements importants (nouvelles naissances, nouvelle épouse du père, naissance de jumeaux, etc.), les malheurs et maladies des autres membres de la famille doivent être pris en considération, tant au niveau de la genèse que de la cure des maux affectant les enfants.

L'éducation de ces enfants de migrants reste en théorie identique à celle de la société d'origine et en même temps subit des bouleversements considérables : d'une part, du fait de la transformation de la composition de l'unité résidentielle sans la famille élargie proximale coutumière (notamment les grands-mères) ; d'autre part, en raison de l'importance de la culture autochtone acquise par les enfants à l'école, dans la rue, à la télévision, auprès des enfants aînés, frères, sœurs, parents, amis, camarades.

Les lieux de grattage des enfants saturnins, les « gisements » de sels de

plomb, non seulement dans l'intérieur de l'appartement, mais aussi dans les parties communes de l'immeuble, voire dans la cour ou dans l'espace du quartier, correspondent systématiquement à des aires de jeux solitaires ou collectifs, dont l'usage et la fonction sont différents selon l'âge des enfants et le moment de la journée où elles sont fréquentées.

Le transfert brutal de modes de gestion de l'espace africain dans l'espace urbain parisien augmente les facteurs de risque d'exposition des enfants à une pollution majeure de l'environnement domestique. L'idéologie dominante, relative à la gestion de l'hygiène domestique en vigueur en France, impose une chasse systématique de la poussière et des salissures. Issues d'écosystèmes « poussiéreux », les femmes sénégalaises et maliennes, surtout d'origine rurale, gèrent différemment la coexistence à faible distance de zones où subsistent des déchets secs poussiéreux et de zones soigneusement et régulièrement débarrassées de leurs saletés. Nous voyons là l'explication du constat, dans certaines maisons « correctement » entretenues plusieurs

fois par jour, de zones de stagnation de poussières pathogènes dans des recoins, des dessous de meubles qui sont justement des aires de jeu potentielles des enfants. Ici comme ailleurs, le fait qu'une maison soit mal entretenue, selon les normes autochtones africaines et non pas les normes françaises, est révélateur de désordres familiaux, de dysharmonie conjugale, voire de problèmes psychopathologiques des adultes.

S.H. : Revenons plus directement à ce concept d'hygiène...

Alain Epelboin : Lorsque je parle de l'hygiène des autres, je reviens souvent à cette notion de droite-gauche évoquée tout à l'heure. Dans le cadre de mes enseignements universitaires et professionnels, j'explique que, dans de nombreuses cultures (islam, judaïsme, etc.), il est interdit de mettre en contact la main droite avec la souillure, surtout uro-génito-anale. J'interpelle alors mes auditeurs droitiers quant à la main qu'ils utilisent pour « essuyer leurs orifices inférieurs » : une fois affirmée la prééminence de la main droite pour cette tâche auprès des natifs français, et de la main gauche pour les gens de culture islamique, je propose aux premiers, à l'occasion d'une prochaine visite dans les « lieux », d'utiliser seulement leur main gauche... et de constater son inefficacité. Là, une main gauche, construite dès la petite enfance de façon à gérer des soins hygiéniques avec une grande finesse psychomotrice, ici une « gaucherie ». Ce qui me permet alors d'affirmer à quel point la culture façonne l'homme à son image, que la latéralisation est une donnée biologique universelle, « exploitée » différemment selon les cultures, qui ne s'applique pas qu'au corps, mais aussi à l'espace. Rappelons-nous les augures « sinistres » des Romains anciens.

Un autre exemple, qui montre combien la notion d'hygiène est surdéterminée dans chaque culture par les représentations de la souillure, est celui du traitement matériel et symbolique du sang menstruel. Dans les traditions populaires françaises, il était (il est ?) interdit aux femmes ayant leurs règles, de descendre à la cave, lieu de l'humide, de la fermentation des boissons alcooliques et anciennement des

vian­des en con­serve salée : en re­van­che, l'accès au grenier, lieu du sec, ne posait pas problème, au con­traire, puisque c'était un des lieux où le séchage du linge mens­truel était auto­risé. Le linge fémi­nin, ici comme dans de très nom­breuses sociétés, doit être lavé, voire séché, sépa­rément du linge masculin. Dans de très nom­breux sys­èmes reli­gieux, une femme « en règles » ne doit pas avoir de contact physique avec les hommes, sous peine d'anéantir leurs défenses magiques et/ou de compromettre leurs purifications religieuses.

Si on suit l'évolution des publicités françaises relatives aux protections hygiéniques, on s'aperçoit que leurs concepteurs se sont souvent appuyés (consciemment et/ou inconsciemment) sur les tabous autochtones pour valoriser les innovations ou pseudo-innovations de leurs produits. La publicité pour les produits d'hygiène corporelle et domestique est un formidable vecteur d'éducation sanitaire, quant à la propreté, l'hygiène du temps.

S.H. : Vous suggérez que c'est peut-être la base du travail d'un acteur de soin ou d'éducation que d'essayer de décrypter cette présentation ?

Alain Epelboin : L'éducation sanitaire est souvent proposée sur un mode dévalorisant, puisqu'elle ignore les savoirs populaires, familiaux et religieux, antérieurement acquis par le sujet. Le fait de penser que mon interlocuteur n'est pas ignorant, ici en matière d'hygiène, ailleurs de maladie, de lui prêter *a priori* un « bon sens », une logique et des savoirs cohérents, me permet de penser à écouter et à voir, avant de parler ou d'agir. Tout le monde ne peut pas (et ne doit) pas être ethnologue et il ne suffit pas d'observer pour voir. Dans le rapport à l'altérité, la bonne comme la mauvaise volonté, si elles ne s'appuient pas sur une formation anthropologique (et pluridisciplinaire) *a minima*, sont dangereuses.

Je dis aussi aux pédagogues de l'hygiène qu'il est important de réfléchir sur la culture hygiénique qui leur a été transmise dans leur enfance : ensuite de la confronter aux enseignements qu'ils ont reçus dans leur apprentissage professionnel. Ils s'aperçoivent alors, que

souvent sans s'en rendre compte, ils réalisent des messages syncrétiques, qui intègrent des fragments de leur culture personnelle.

S.H. : Ce que vous essayez de mettre en lumière, c'est cette dimension culturelle que l'on perçoit parfois comme universelle.

Alain Epelboin : Ce que j'essaie de montrer, c'est que les professionnels médico-sociaux ne prennent en considération que les modèles dominants, liés aux sciences biomédicales du moment : ils ne sont pas conscients, aussi bien pour eux-mêmes que pour leurs interlocuteurs, des interférences avec les autres modèles disponibles. Ces différents savoirs vont se mêler pour aboutir à des élaborations originales, dont les spécificités ne sont décelables qu'à partir de l'étude de la langue employée, d'observations et non pas des seuls discours.

Il faut regarder comment une personne assure l'entretien de son enfant, balaye sa maison, fait la cuisine... pour comprendre ce qu'elle définit comme le centre, la périphérie, l'intérieur, l'extérieur, le sale, le propre, le souillé... et comment elle organise matériellement et symboliquement ces catégories entre elles. Lorsque la distance sociale et/ou culturelle entre le « soignant » et le soigné est grande, on assiste à des scènes absurdes : par exemple, une jeune ou moins jeune sage-femme ou puéricultrice expliquant gravement à une maman comment laver un nouveau-né, alors que la mère en est à son cinquième enfant ; une aide-ménagère à domicile qui, sous prétexte d'hygiène, met sens dessus dessous le logis d'une mère de famille soninké, imposant son ordre du monde.

L'anthropologue, de même que l'éducateur en santé, doit privilégier l'écoute et l'observation, de préférence en situation d'accompagnement : les discours préparés sont alors remis en question car, sur le terrain, ils se révèlent souvent caduques, inappropriés, inutiles, inopportuns. L'approche anthropologique peut se révéler alors très déstabilisante pour des acteurs de santé publique, car obligeant à repenser la pédagogie, à remettre en question les supports didactiques employés, aboutissant à s'abstenir d'intervenir là

où on avait prévu initialement de le faire et faisant apparaître d'autres priorités.

S.H. : Les lecteurs de *La Santé de l'homme* nous demandent depuis longtemps d'aborder le thème de l'hygiène, mais il paraît aussi d'une importance extrême pour le milieu scolaire. Comment le comprenez-vous ?

Alain Epelboin : Autour de l'hygiène, de la maladie, du malheur, les éducateurs, les personnels de l'action médico-sociale sont souvent aux prises avec des situations individuelles et/ou familiales où les dimensions culturelles semblent jouer, à tort ou à raison, un rôle prédominant. Il se fait alors sentir un grand besoin d'aide au « décodage » des histoires et modes de vie, des comportements et des propos des parents et des enfants.

Dans un grand nombre de cas, ces situations sont bloquées, au-delà de la gravité médico-sociale, pour des raisons de distance sociale, idéologique et culturelle : une simple « traduction sociale et culturelle », aussi bien d'événements triviaux que de rituels extraordinaires, peut suffire à mettre fin à des quiproquos, au moins à les rendre intelligibles. Elle permet alors de penser une intervention ou une abstention parfois utile, d'orienter plus efficacement la démarche de prise en charge, de rendre familier ce qui est souvent étrange aux intervenants médico-sociaux en contact avec des familles migrantes. Il s'agit pour l'anthropologue de démonter des *a priori* ethnocentriques, de restructurer des connaissances éparses, afin de dégager les éléments relevant d'une culture spécifique et ceux propres aux personnes et familles concernées. Cette approche permet de cerner des traits pathologiques ou psychopathologiques, en les définissant par rapport aux normes des sociétés d'origine. Elle les envisage, en outre, dans une perspective transculturelle mettant en jeu, les interrelations de l'individu non pas seulement avec sa famille nucléaire, mais également et surtout avec un « corps social » incluant famille élargie, connaissances, collègues et voisins, sorciers, esprits et puissance divine.

Propos recueillis
par **Alain Douiller**

Doit-on parler d'hygiène à l'école ?

En partant du coffret pédagogique *Léo et l'eau* qu'elle a contribué à créer pour le Comité français d'éducation pour la santé, Brigitte Sandrin Berthon, qui a été médecin scolaire, propose une approche éducative de l'hygiène qui tente de déjouer les pièges du normalisme et de la déresponsabilisation souvent induits par ce thème.

Deux bonnes (ou mauvaises) raisons pour en parler

« C'est bon pour la santé. »

C'est en tout cas l'argument que l'on utilise depuis la fin du XIX^e siècle pour justifier l'enseignement de l'hygiène en milieu scolaire. À cette époque, les maladies infectieuses et l'alcoolisme faisaient des ravages dans la population, provoquaient beaucoup d'absentéisme au travail et représentaient donc, pour un pays en pleine industrialisation, un problème économique majeur. En l'absence de médicaments efficaces pour lutter contre les microbes, on a alors entrepris de pourchasser la saleté et de promouvoir l'hygiène médicale et domestique, « d'apprendre aux pauvres

les bonnes manières des riches » (1). Lorsque l'école est devenue laïque, les cours d'hygiène ont donc remplacé l'instruction religieuse, comme le rappelle Jean-Pierre Goubert (2). C'est ainsi qu'en 1886, le Docteur E. Monin, médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris écrivait : « *Les écoliers, il faut bien le dire, sont généralement fort mal-propres. Aussi les instituteurs devront-ils, à chaque classe, inspecter la figure, les mains, la tête, le linge et les vêtements des enfants : veiller par une visite hebdomadaire complète à ce que les lavages et les bains leur soient donnés régulièrement ; faire de fréquents reproches, au sujet de la propreté, non seulement aux enfants, mais surtout aux parents ; si ces reproches sont inutiles, recourir aux*

punitions ; et, finalement, si l'on se heurte, malgré tout, à l'indocilité et au mauvais vouloir, ne pas hésiter à renvoyer les enfants dans leur famille » (3).

De cette époque on a gardé l'habitude de justifier l'enseignement de l'hygiène par des arguments sanitaires, oubliant sans doute un peu vite que les règles d'hygiène reposent tout autant sur des valeurs morales et des habitudes culturelles que sur des savoirs scientifiques.

« C'est inscrit dans les programmes. »

D'après les programmes publiés en 1995 par le ministère de l'Éducation nationale, à l'école maternelle, les enfants doivent apprendre les règles élémentaires d'hygiène. À l'école élémentaire, on doit les inciter à respecter ces règles, par exemple les habitudes quotidiennes de propreté. Dans la même logique, la circulaire de novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège souligne « *le rôle majeur de l'école en matière de respect du corps et d'apprentissage des règles d'hygiène* ».

Les résultats de l'enquête présentée dans ce dossier révèlent que 72 % des demandes d'intervention sur ce thème proviennent des enseignants. Il suffit d'ailleurs de participer à quelques conseils d'école ou à des réunions d'enseignants pour entendre parler des poux, des papiers de bonbons qui envahissent la cour de récréation ou du manque d'hygiène corporelle de certains élèves.

Deux bonnes (ou mauvaises) raisons pour ne pas en parler

« C'est aux parents de le faire : les règles d'hygiène ne sont pas universelles. »

Éternel débat à propos des responsabilités respectives des parents et des enseignants ! Le moins que l'on puisse dire est que les règles d'hygiène varient grandement selon les lieux et les époques. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer par exemple un tableau scolaire intitulé *L'enfant propre*, édité vers 1900 : en quelques illustrations, il montre que la propreté s'acquiert par une brève toilette matinale au cours de laquelle l'écolier déjà habillé se débarbouille rapidement le visage et les mains... (3).

De la même façon, à notre époque, les principes d'une bonne hygiène ne sont évidemment pas les mêmes d'un continent à l'autre. Quand on se trouve face à une classe dont les enfants sont originaires d'Europe mais aussi du Maghreb, d'Afrique noire et d'Asie, peut-on raisonnablement espérer que tous aient la même conception de l'hygiène et leur demander sans hésitation d'adopter un comportement conforme aux recommandations scientifiques ?

N'oublions pas que le discours des spécialistes n'est jamais neutre, il est lui-même fondé sur des représentations de la réalité et porteur d'un certain nombre de valeurs. « *Inconsciemment, les personnels de santé ont longtemps cru qu'ils étaient, en matière de conditions de vie favorables à la santé, détenteurs d'un savoir universel, alors que la vérité dont ils sont porteurs est largement façonnée par les valeurs du milieu au sein duquel ils vivent et qui n'est pas celui où évolue la majorité de la population.* » (1).

« On ferait mieux de s'occuper de l'hygiène de l'école. »

À l'école, et sous prétexte d'éducation pour la santé, on conseille aux jeunes d'apprendre et de respecter les règles d'hygiène : mais quel respect en ont les adultes ? Dans combien de restaurants scolaires, les enfants ont-ils le temps et la possibilité réelle de se laver les mains avant et après les repas ? Et de se brosser les dents ? Dans combien d'écoles les enfants se retiennent-ils d'aller aux toilettes, repoussés par les mauvaises odeurs, les portes qui ne fer-

ment pas ou l'absence de papier hygiénique ? Dans combien de collèges et de lycées donne-t-on la possibilité aux élèves de prendre une douche, ou même simplement de changer de vêtements après avoir transpiré pendant les deux heures d'éducation physique et sportive ? (4).

Quatre suggestions et un coffret pédagogique pour en parler... malgré tout !

Chaque suggestion est bien sûr une réponse aux bonnes (ou mauvaises) raisons évoquées ci-dessus.

Clarifier ses intentions éducatives

Il est rare que les partenaires d'une action d'éducation pour la santé clarifient entre eux les valeurs qu'ils espèrent promouvoir à travers leur initiative. Cette étape préalable n'apparaît pas de manière explicite dans les schémas habituellement proposés en santé publique. Beaucoup de professionnels, désireux de protéger la santé des enfants et des adolescents, interviennent au sein de l'école en respectant toutes les étapes d'une méthodologie rigoureuse mais omettent de s'interroger en amont sur les finalités qu'ils poursuivent (4).

Au nom de quoi incitons-nous les enfants à appliquer des règles d'hygiène ? Au nom de la santé publique, pour éviter la transmission de maladies contagieuses ? Au nom de la lutte contre les exclusions, pour mieux vivre ensemble ? Au nom du bien-être, pour découvrir le plaisir d'être propre et de sentir bon ? Au nom du respect du corps, pour rester beau et jeune le plus longtemps possible ? Au nom d'une conformité sociale, pour intégrer les normes de notre culture et de notre époque ? Selon les valeurs que l'on pri-

vilégie, on ne se donnera pas les mêmes objectifs, on n'utilisera pas les mêmes méthodes et on ne choisira pas les mêmes critères d'évaluation.

En matière d'hygiène on peut, comme le faisait le Docteur Monin à la fin du XIX^e siècle, définir des comportements modèles et se donner pour mission de les promouvoir : prendre une douche quotidienne, se brosser les dents trois fois par jour, etc. On érige alors l'hygiène corporelle en valeur : être propre c'est bien, être sale c'est mal. De telles recommandations prêtent à sourire aujourd'hui du fait de la conception de l'éducation dont elles témoignent.

Dans le coffret pédagogique *Léo et l'eau* (5), destiné aux élèves du troisième cycle de l'école primaire (CE2, CM1, CM2) et qui contribue notamment à l'enseignement de l'hygiène, les finalités poursuivies sont ainsi formulées :
 – développer le respect de soi-même et l'autonomie ;
 – promouvoir le respect d'autrui et la solidarité ;
 – sensibiliser au respect et à la protection de l'environnement.

On est bien, là encore, dans le registre des valeurs. En rejoignant l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement, l'éducation pour la santé témoigne de la conception très globale qu'elle a de la santé. Les questions d'hygiène ne sont pas abordées sous le seul angle de la propreté corporelle. Par exemple, les concepteurs du coffret veulent développer l'autonomie des élèves : ils proposent donc des activités qui inciteront plutôt les enfants à se forger une opinion personnelle qu'à appliquer des consignes définies par les professionnels de santé.

Mais qui dit clarifier ses intentions éducatives, dit aussi réfléchir à ses propres représentations. Qu'est-ce qu'une bonne hygiène ? Qu'est-ce qu'un enfant propre ? Qu'est-ce qu'un enfant en bonne santé ? Certains attachent une importance particulière à la propreté des cheveux ou des ongles, d'autres ne supportent pas la moindre tâche sur les vêtements, certains apprécient les odeurs de parfum, d'autres s'en méfient. Nos seuils de tolérance vis-à-vis de l'apparence d'autrui sont très variables. De toute façon, à travers son discours et ses réactions spontanées, chacun véhiculera dans le feu de l'action ses propres conceptions de l'hygiène et de la santé : mieux vaut en avoir conscience et prendre le temps de les verbaliser.

Lire attentivement (et appliquer) la circulaire n° 98-237 du 24-11-98

Oui, l'enseignement de l'hygiène est inscrit dans les programmes mais pas n'importe comment. La circulaire n° 98-237 de l'Éducation nationale définit « le cadre de l'éducation à la santé depuis la maternelle jusqu'à la fin du collège ». Elle précise notamment les objectifs d'une telle éducation, les modalités de sa mise en œuvre et les compétences à faire acquérir aux enfants, par exemple dans le domaine de l'hygiène. En voici quelques extraits qui témoignent du chemin parcouru depuis le texte de 1886 précédemment cité.

« 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 respon-

sables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. »

« Il importe :

– que les élèves soient le plus possible associés avec les adultes à la réflexion et soient amenés à prendre leur part de responsabilités ;

– que les adultes adoptent, dans l'exercice de leur autorité, des attitudes de respect et de dialogue à l'égard des élèves et aient conscience de la valeur d'exemple de leurs comportements. »

« [La] portée éducative [des] actions repose sur la définition d'objectifs clairs, la prise en compte du milieu de vie, des habitudes culturelles, des intérêts et des préoccupations des enfants. Elle suppose la mise au point de projets mobilisant les divers membres de la communauté éducative, et d'abord des enseignants et personnels de santé, selon leurs compétences respectives. L'implication des élèves, l'association des parents aux projets sont nécessaires. »

À travers l'enseignement de l'hygiène, c'est bien cette « philosophie » qu'il s'agit de promouvoir comme à travers toute action d'éducation pour la santé menée en milieu scolaire.

Aborder les questions d'hygiène à partir des préoccupations des enfants et les aider à se construire une opinion plutôt que leur présenter un modèle idéal de comportement

C'est une façon de ne pas imposer à tous les enfants des normes identiques en matière d'hygiène, alors qu'on sait que celles-ci sont très variables d'une famille à l'autre, d'une culture à l'autre et d'une époque à l'autre.

On ne peut pas se contenter d'apporter aux élèves des informations sur l'hygiène ni de leur prescrire des comportements sains. On doit, à chaque fois, construire avec les enfants un nouveau champ de connaissances adapté à ce groupe particulier et résultant du savoir scientifique et du savoir profane. Il s'agit d'aider les enfants à se forger une opinion et à découvrir ce qui influence leurs comportements : les expériences personnelles, les habitudes familiales et culturelles, la publicité, l'envie de faire comme les autres, le goût du risque, la peur de la sanction... Les enfants pourront ainsi faire les choix qu'ils jugeront bons pour eux-mêmes, pour la collectivité ou pour l'environnement.

Le coffret pédagogique *Léo et l'eau* est construit autour d'une histoire qui comporte cinq chapitres et qui met en scène une collectivité d'enfants avec ses amitiés, ses conflits, ses rivalités. Léo et ses camarades sont partis en classe de montagne et découvrent à cette occasion l'importance de l'eau pour eux-mêmes et pour la nature. Au fil de l'histoire sont ainsi évoquées des questions relatives à l'hygiène, à partir de la vie quotidienne d'un groupe d'enfants.

À l'issue de chaque chapitre, plusieurs activités sont proposées dont un débat qui prend appui sur un passage de l'histoire et pour lequel un guide d'entretien est proposé. Voici un extrait du guide d'entretien pour le débat intitulé *Entre le plaisir et la raison*.

« Après l'orage, les enfants sont ravis de prendre une douche chaude. Ils trouvent que c'est bon d'être propre et de s'habiller avec des affaires sèches. Leurs pieds ne sentent plus mauvais et ils n'ont plus honte de les montrer.

Le dernier jour, au contraire, après le repas autour du feu, personne n'est enthousiaste pour faire un brin de toilette avant de se coucher. »

Qu'est-ce qui explique, selon vous, cette différence d'attitude, cette contradiction ?

Est-ce que c'est agréable ou désagréable de faire sa toilette ? Et d'être propre ?

De façon plus générale, quelles sont les circonstances qui vous permettent de vous sentir vraiment bien dans votre corps ?

Les enfants savent certainement qu'il est raisonnable de se laver après avoir joué

et mangé dehors. Pourtant ils n'ont pas très envie de le faire. Vous arrive-t-il fréquemment d'avoir du mal à faire ce qui est bon pour votre santé ? Au contraire avez-vous du mal à résister à certaines choses qui sont mauvaises pour votre corps ? Etc.

La pratique d'un débat bien animé développe bien sûr les capacités d'écoute, d'expression et de communication. Les enfants prennent l'habitude de reconnaître et de respecter les différences individuelles. Ils apprennent à s'entraider et à résoudre, autrement que par la violence, les conflits qui surviennent au sein du groupe.

Ils comprennent également que les sentiments qu'ils éprouvent sont universels. Que l'on soit enfant ou adulte, on éprouve parfois du plaisir en prenant des risques, on a du mal à tenir ses résolutions, à faire ce que l'on sait bon pour soi-même, à résister à la pression de ses pairs. Il est important que les enfants en prennent conscience pour qu'ils n'aient pas honte d'en parler et qu'ils ne développent pas une image dévalorisée d'eux-mêmes.

Plus généralement, la discussion les aide à découvrir ce qui influence leurs opinions et leurs comportements dans le domaine de l'hygiène.

Des indications précises sont données dans le livret pédagogique destiné aux enseignants sur la façon d'organiser et d'animer ces moments d'échanges.

Intégrer aux objectifs de l'action éducative l'amélioration des conditions d'hygiène dans l'école

Continuons d'explorer le coffret *Léo et l'eau* et intéressons-nous à une activité intitulée *Enquête sur l'hygiène à l'école*.

L'objectif de cette activité est d'identifier tous ceux qui, dans l'établissement et dans la communauté, ont une responsabilité vis-à-vis des conditions d'hygiène à l'école et de proposer des solutions pour les améliorer ou les maintenir. Il ne s'agit pas de faire croire aux enfants que l'on pourra résoudre magiquement tous les problèmes. On sera seulement attentif à ne pas passer sous silence les difficultés et les contradictions de l'école. Dans une démarche d'éducation pour la santé, il est essentiel de ne pas évoquer la seule responsabilité des élèves. Les enfants et plus tard les adolescents seront sensibles à cette honnêteté des adultes.

On remarquera que l'éducateur ne se contente pas d'agir lui-même sur le cadre de vie des élèves : il incite les enfants ou les adolescents à s'impliquer dans l'amélioration de leur environnement. Il ne s'agit pas tant de développer leurs capacités d'adaptation que leurs capacités d'intervention.

C'est un travail qui s'échelonne sur plusieurs semaines, voire sur plusieurs mois. Il sera sans doute utile dans un premier temps de préciser avec les enfants le sens du mot hygiène. Connaissent-ils ce mot, que signifie-t-il selon eux, qu'en dit le dictionnaire ...? On évoquera bien sûr l'hygiène des personnes et l'hygiène des lieux de vie ainsi que les liens avec la santé et le bien-être. L'activité pourra ensuite se dérouler en cinq étapes.

1. On exprime son point de vue

Pour organiser la réflexion, on considérera que des conditions d'hygiène sont à respecter dans la classe, dans les couloirs et les escaliers, dans la cour et le préau, dans les toilettes et à la cantine. Répartis en petits groupes, les enfants doivent dire pour chacun des lieux : ce qui les gêne, ce qui leur pose problème en matière d'hygiène ; qui, selon eux, pourrait améliorer la situation ou résoudre le problème ; et de quelle manière.

2. On écoute le point de vue des autres personnes de l'école

Chaque petit groupe aura la responsabilité d'interroger une catégorie de personnes : d'autres enfants de l'école, des enseignants, des dames de service, des animateurs de la cantine, des parents, le médecin ou l'infirmière de l'école... Les entretiens seront toujours structurés autour des mêmes questions que celles proposées aux enfants de la classe : ce qui vous gêne, qui pourrait améliorer la situation et de quelle manière. Pour aider les enfants à rendre compte de ce qu'ils auront entendu, on préparera avec eux un tableau à double entrée.

3. On observe, on s'informe

Pour compléter l'enquête d'opinions on proposera aux enfants d'observer les locaux et de s'informer pour recueillir des éléments objectifs. On établira avec les élèves une liste de questions dont voici des exemples.

Dans la classe, de quel matériel de nettoyage disposons-nous (éponge, bassine, torchon, balai, pelle, corbeille à papier) ? Où est situé le point d'eau le plus proche de notre classe ? Nos tables sont-elles propres ou bien recouvertes d'inscriptions ? Des chewing-gums sont-ils collés sous les tables ou

sous les chaises ? Avons-nous des portemanteaux pour accrocher nos vêtements d'extérieur, surtout quand ils sont mouillés ? Pensons-nous à aérer la classe régulièrement, au moins à chaque récréation ? La peinture des murs, les dalles du sol et du plafond, les vitres et les rideaux sont-ils propres et en bon état ? Certaines affiches sont-elles déchirées ou très poussiéreuses ?

Dans les couloirs et les escaliers, des corbeilles à papier sont-elles installées ? Y a-t-il des graffitis sur les murs ? Les décorations accrochées au mur ou au plafond sont-elles en bon état ? Des paillassons pour s'essuyer les pieds sont-ils disposés à chaque entrée de l'école ? Voyons-nous des papiers ou d'autres déchets sur le sol ?

Dans les toilettes, combien y a-t-il de lavabos, de WC ? Avec quoi peut-on s'essuyer les mains ? Du papier hygiénique est-il disponible dans tous les WC ? Les chasses d'eau fonctionnent-elles toutes ? Y a-t-il des robinets ou des chasses d'eau qui fuient ? Peut-on fermer les portes des WC à clé ? Sentons-nous de mauvaises odeurs en permanence dans les toilettes ?

4. On propose

Il s'agit de faire la synthèse des données recueillies. Quels ont été les problèmes évoqués ? Les solutions proposées paraissent-elles acceptables et réalisables ? Pour un même problème, les solutions proposées vont-elles toutes dans le même sens ou sont-elles contradictoires ? Devons-nous faire des démarches supplémentaires, par exemple rencontrer un représentant de la municipalité ? Certains problèmes sont-ils plus urgents ou plus faciles à résoudre ? Les conclusions, formulées en terme de propositions concrètes, seront présentées par voie d'affichage ou de courrier aux différentes catégories de personnes

interrogées pendant l'enquête. En fonction des problèmes identifiés, il sera peut-être nécessaire que des représentants de la classe rencontrent plus « officiellement » tel ou tel responsable (de l'école, de la mairie, des associations de parents d'élèves...) pour lui soumettre les propositions.

5. On s'engage

Pour garder la trace de tout le travail réalisé et pour favoriser l'implication de chacun, on pourra rédiger une charte de l'hygiène à l'école. « *Pour que notre école soit propre et accueillante, nous nous engageons, adultes et enfants, à respecter les règles suivantes* ». Cette charte sera proposée à la signature des enfants et des adultes de l'école. Elle pourra être reproduite et illustrée sur des panneaux apposés dans l'établissement. Chaque recommandation pourra aussi être affichée à l'endroit concerné, par exemple :

- grand ou petit, je me lave les mains avant de manger ;
- grand ou petit, j'essuie mes pieds avant d'entrer ;
- grand ou petit, je fais pipi dans la cuvette et je n'oublie pas de tirer la chasse ;
- grand ou petit, je ne jette pas de papiers dans la cour.

En conclusion

Aborder les questions d'hygiène de cette façon c'est, ni plus ni moins, inscrire résolument son action éducative dans le champ de la promotion de la santé telle que définie par la charte d'Ottawa :

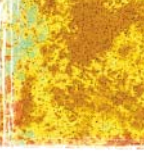
- en s'adressant aux enfants mais en interpellant aussi les adultes qui exercent une influence sur l'hygiène des enfants, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent ;
- en prenant en compte tous les déterminants de la santé (pas seulement les comportements individuels) ;
- en respectant les diversités familiales, sociales et culturelles ;
- en adoptant une démarche participative ;
- en ayant le souci de ne pas aggraver les inégalités sociales de santé.

Brigitte Sandrin Berthon

Médecin de santé publique, CFES.

► Références bibliographiques

- (1) Deschamps J.-P. *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé*. La revue du praticien 1984 ; 34 : 485-97.
- (2) Goubert J.-P. *La polysémie de l'hygiène*. La Santé de l'homme n° 349, 2000.
- (3) Centre national de documentation pédagogique (CNDP). *L'hygiène moderne*. Textes et documents pour la classe, n° 680, 1994.
- (4) Sandrin Berthon B. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF éditeur, coll. Pratiques et enjeux pédagogiques, 1997 : 128 p.
- (5) Comité français d'éducation pour la santé (CFES). *Léo et l'eau*. Paris : CFES, coll. Les chemins de la santé, coffret pédagogique, 1996.



Le risque à évaluer

Il y a nécessité de trouver une méthodologie pour évaluer les risques. Alors que cette notion traverse les interrogations, les doutes et les faits de nos sociétés, il y a urgence à déterminer une attitude de santé publique. La porte est ouverte à la veille environnementale.

Quel est le mot commençant par un R, dont la définition communément admise est « *danger éventuel plus ou moins prévisible* » et dont le concept traverse, au gré des vents et des sociétés, population, médias et politiques ? Le risque.

Drôle de mot en vérité qui, de l'ancien italien « *risco* » au latin « *resecum* », s'est progressivement traduit par « roc escarpé », « écueil » puis « péril », avant « danger ». L'épidémiologiste l'a transformé en probabilité, celle de la survenue d'un effet suite à l'exposition à un danger.

Petit à petit, le risque est devenu insupportable dans nos sociétés. Mais existe-t-il pour autant un seuil de risque tolérable ? Peut-on parler d'acceptabilité, alors qu'il semble exister une fracture entre l'importance accordée à certains risques ou « risque perçu par le public » et celle qui découlerait des données scientifiques dont on dispose, le « risque réel » (1) ? Les questions sont posées.

Rendre le risque négligeable

Tout le monde s'accorde sur trois types de risques différents. Le premier est lié aux comportements individuels et sociaux comme la prise d'alcool, de drogue, de tabac, comme le sida, les accidents domestiques, mais aussi les accidents de la route, voire le terrorisme. Ces risques sont contrôlables et disposent de moyens de prévention de diverses natures comme les recommandations ou... les préservatifs. La deuxième classification des risques est dépendante des activités industrielles et sociales : les pollutions, les maladies,

les transports de matières dangereuses... Enfin, il existe les risques liés à l'environnement, plus ou moins naturels, tels les séismes, les cyclones, mais aussi les activités humaines déséquilibrant l'environnement. De nombreuses recherches ont permis de déterminer l'évolution de la perception de l'acceptabilité des risques. Des auteurs (2) repèrent ainsi des périodes correspondant aux changements sociétaux. C'est le « pays de la peur », le territoire était « miné » par la peste, par des épidémies et des famines, ces fléaux étaient interprétés comme une manifestation de la providence. Puis de celui de la « peur – angoisse » des années post-indus-

trielles où apparaît la question de la responsabilité individuelle ou collective. Enfin, le risque devient insupportable. On évoque alors l'acceptabilité afin de rendre le risque négligeable.

Des critères qualitatifs

La conclusion d'une étude sur les risques sanitaires dans la population métropolitaine française de 1990 à 1995, afin de fournir une base de données quantitatives pour un débat public sur l'acceptabilité des risques, est parlante : « *L'aversion croissante des citoyens à l'encontre des risques subis et mal connus est de nature à constituer un obstacle insurmontable à la mise en*

œuvre d'innovations technologiques ou de projets d'aménagements urbains (installations de traitement ou de stockage des déchets ménagers, par exemple). L'initiation d'un débat public sur les risques et leur acceptabilité devrait permettre d'éclairer une population confrontée à un risque engendré par une activité industrielle. Cette acceptabilité des risques repose sur des critères qualitatifs (volontarisme, familiarité, maîtrise, spécificité, réversibilité...) plutôt que quantitatifs. Pour chaque individu, l'acceptabilité est un équilibre entre les avantages (bénéfices apportés) et les inconvénients (effets engendrés par le risque). Dès lors, on pourrait penser qu'une technologie a un niveau de risque socialement acceptable si ses bénéfices surpassent ses risques pour chaque membre de la société. Mais on peut alors se demander si l'attribution de certains avantages en contrepartie de la création d'une situation de risque est éthiquement acceptable. Enfin, la définition d'un niveau de risque acceptable devrait tenir compte des effets exposés (donc du nombre absolu de cas attendus) et du cumul des risques ainsi définis ».

Gérer l'incertitude

Une méthode d'évaluation des risques est nécessaire. Car cette notion est fondamentale en épidémiologie et dans l'approche classique de la santé publique.

L'exemple des relations « compliquées » entre la santé et l'environnement est à ce sujet éloquent. Selon la loi du 2 février 1995 sur la protection de l'environnement, il est proposé (que) « l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques du moment ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles ». Le risque est-il la gestion de l'incertitude ? Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est un état de bien-être physique, mental et social qui ne se caractérise pas seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité. Il s'agit d'un concept plus large influencé par de nombreux déterminants dont l'environnement. La santé environnementale, nouveau concept, élargit, toujours selon l'OMS, l'ancienne vision hygiéniste se rapportant à l'ensemble des mesures à mettre en œuvre pour

acquérir ou conserver la santé. Elle touche à la notion d'interactions entre la santé et l'environnement, incluant les interactions positives (avantages) ou négatives (inconvénients). Il est donc logique d'imaginer que le domaine spécifique de la santé environnementale peut être celui de l'incertitude. Il faut donc agir et développer des méthodes d'évaluation des risques.

Une veille environnementale

Certes, il existe déjà des actions dans ce domaine. La préoccupation croissante envers des risques pour la santé liés à l'environnement s'est traduite, depuis les années soixante-dix, par la mise en place de systèmes d'information afin d'évaluer les concentrations de polluants dans le milieu comme l'air, l'eau ou les aliments. On scrute le milieu. On surveille directement les effets sur la santé en rapport avec les facteurs environnementaux. On couple la surveillance du milieu à la surveillance sanitaire afin de produire de l'information. Toutefois, des progrès sont encore possibles. Les pouvoirs publics ont accepté la demande de création d'une Agence de sécurité sanitaire et environnementale, demande formulée avec insistance par le député des Alpes-Maritimes (Verts), André Aschiéri. Les notions de veille environnementale sont à l'étude. Cette agence aurait pour fonction d'organiser l'expertise, de rassembler les organismes d'évaluation, de collecter les données scientifiques, afin d'assurer efficacement l'évaluation des risques.

Le risque est aujourd'hui partie prenante du concept santé-environnement. Il est une nouvelle contrainte dans toutes les recherches, qu'elles soient

comportementales ou environnementales. Percevoir le risque devient alors une nécessité, d'où la mise en scène du principe de précaution. L'exemple le plus évident est l'abattage des troupeaux si l'une des bêtes est suspectée d'être atteinte de la « maladie de la vache folle ». Ce principe de précaution induit donc la notion de possibilité. Les pistes de réflexion et d'action sont nombreuses pour les acteurs de l'éducation pour la santé. Ils doivent, lors de projets sur le thème environnement et santé, tenir compte de la difficulté que peut avoir la population à accepter ce concept de risque, qui implique que le risque nul n'existe pas et que les politiques doivent définir le niveau de risque acceptable. De plus, il est nécessaire de parvenir à relativiser les risques entre eux : par exemple, comparer le niveau de risque lorsque l'on prend sa voiture à celui induit par la pollution atmosphérique, de la consommation d'une viande cuite au barbecue à celui de fumer du tabac... et alors, à relativiser les enjeux de prévention. Ces éléments sont partie intégrante du projet afin d'éviter que l'éducateur soit ensuite soumis aux contraintes que la non-compréhension de ce concept pourrait entraîner.

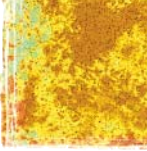
Denis Dangaix
Journaliste

Docs en vrac...

- Theys J. *La société vulnérable : évaluer et maîtriser les risques*. Paris : Presses de l'École nationale supérieure, 1987 : 674 p.
- Dab W. Enjeux démocratiques : principe de précaution, risque acceptable et droit à l'information. In : *Science et décision en santé environnementale*. Société française de santé publique, coll. Santé et société, 1997 ; n° 6 : 64-76.
- Dab W. *L'évaluation du risque en santé publique*. Prévenir, 1993 ; n° 24 : 7-22.
- Haut Comité de la santé publique. *La santé en France*. Paris : La documentation française, 1996 : 251 p.
- Zmirou D., Spira A. *Santé et cadre de vie : un débat responsable*. Note de cadrage pour les États généraux de la Santé, Lille, 1999.
- Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier-mars 1999.

Références bibliographiques

- (1) Abenhaim L. *Nouveaux enjeux de santé publique : en revenant au paradigme du risque*. Revue française des affaires sociales 1999 ; n° 1 : 31-4.
- (2) Jacques Theys. In : *La société vulnérable : évaluer et maîtriser les risques*. Paris : Presses de l'École nationale supérieure, 1987 : 674 p.



► Pour en savoir plus...

La loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme a instauré un nouveau dispositif avec la création de trois organismes : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa).

La mission générale de l'Institut de veille sanitaire est de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution. Cette mission repose plus spécifiquement sur des activités de surveillance épidémiologique, d'évaluation de risques et d'observation de la santé. Les thèmes d'action concernent les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé au travail et les maladies chroniques (1).

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est chargée d'assurer la protection de la santé publique pour l'ensemble des produits de santé destinés à l'homme ainsi que pour les produits domestiques. Elle exerce, en outre, les activités de délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments et d'enregistrement des réactifs de laboratoire ainsi que des produits thérapeutiques annexes (2).

L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments est placée sous triple tutelle : du ministre chargé de la Santé, du ministre de l'Agriculture et de la Pêche et du ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie. Elle a pour mission l'évaluation des risques sanitaires et nutritionnels des aliments depuis la production des matières premières jusqu'à la distribution au consommateur final. Elle exerce

également des fonctions d'expertise, de recherche et d'appui technique dans le domaine de la santé et du bien-être des animaux. Elle a enfin compétence pour l'autorisation de mise sur le marché des médicaments vétérinaires et de contrôle des établissements pharmaceutiques vétérinaires (3).

(1) 12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice cedex
Tél. : 01.41.79.67.00.

(2) 143-147, boulevard Anatole-France
93285 Saint-Denis cedex
Tél. : 01.55.87.30.00.

(3) 23, avenue du Général-de-Gaulle
BP 19 - 94701 Maisons-Alfort cedex
Tél. : 01.49.77.13.50.

La Grèce confrontée à la pollution de l'air

Selon une étude menée par la section grecque de Greenpeace, la pollution atmosphérique en Grèce provoque le décès prématuré de 7 247 personnes par an, imputable à des complications cardiaques et pulmonaires. 1 342 décès découlent directement et à court terme de l'exposition à de forts taux de pollution, les autres sont le résultat des effets, à long terme, des agents polluants très présents à Athènes et à Salonique, tels le monoxyde de carbone, le dioxyde de soufre, l'oxyde et le dioxyde d'azote, l'ozone ainsi que les microparticules. Cette étude, réalisée selon une méthodologie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), chiffre également le coût de la pollution, en dépenses de santé supplémentaires, à 5,9 millions d'Euros. L'étude rappelle à l'État qu'il se doit de prendre des mesures pour réduire le trafic routier et mettre fin à l'utilisation du gazole par les taxis, ainsi qu'à mieux contrôler la consommation énergétique et à protéger les forêts.

Villes d'Europe : les chiffres de la pollution

Chaque hausse de 50 microgrammes par m³ de la pollution de l'air est à l'origine d'un accroissement de la mortalité de 3 %. Ces chiffres sont issus d'une étude APHEA (*Air pollution and health: european approach*) diligentée par la Commission européenne dans neuf villes d'Europe de l'ouest dont Bordeaux. À Bordeaux, le niveau 1 de pollution (130 mg/m³) est atteint environ cinquante jours par an et le niveau 2 (180 mg/m³) dix jours par an. L'étude rappelle les données produites par l'enquête Erpurs (Évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé) réalisée en France dans huit villes, dont Bordeaux, par l'Institut de veille sanitaire (InVS) : une augmentation de 50 microgrammes par m³ de la pollution de l'air entraînerait une augmentation de 2 à 5 % de la mortalité cardio-vasculaire et de 1 à 6 % de la mortalité pulmonaire.



Habitat santé

Près d'un quart des Français (22 %) estime que son logement est source de nuisances dommageables pour sa santé (1). À la question : « Pensez-vous que votre santé ou celle des membres de votre foyer est aujourd'hui menacée dans votre logement ? », 22 % répondent « oui, tout à fait » (5 %) ou « oui plutôt » (17 %), alors que 77 % sont d'avis contraire. Sur la nature des nuisances, le bruit provenant de l'extérieur est le plus souvent cité (30 %), suivi de la qualité de l'air dans le logement et le plomb dans les canalisations d'eau (29 % chacun), les acariens (22 %), l'amiante (16 %) et l'humidité (12 %). Ce sont surtout les Parisiens et les catégories sociales défavorisées qui mettent le bruit en tête des nuisances de leur logement ; les provinciaux se plaignent de la qualité de l'air de leur habitation.

(1) Sondage Ipsos par téléphone : 1 018 personnes pour le journal *Le Monde*, 29 septembre 2000.

La dioxine et l'alimentation

La dioxine, objet d'inquiétude depuis l'accident de Seveso en 1976, est présente en quantité tolérable (sans risque pour la santé) dans l'alimentation en France, mais les pouvoirs publics « ne doivent pas relâcher leur attention en particulier pour le lait, cible primordiale de cette surveillance ». Dans une expertise collective rendue publique à la fin octobre, l'Inserm recommande de poursuivre la réduction de la contamination alimentaire par une surveillance des sources d'émission et des réservoirs connus, et un dépistage de ceux qui ne le sont pas encore.

En France, d'après des données publiées en juin dernier par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), la valeur médiane de l'exposition par l'alimentation de la population adulte est estimée à environ 1,3 picogramme (pg) par kilogramme (kg) de poids et par jour. La valeur seuil admissible par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) va de 1 à 4 pg/kg/jour.

Poussière de plomb et saturnisme

Les logements construits avant 1948, date à laquelle la peinture au plomb a été interdite, constituent, selon l'association Habitat, Santé, Développement, une importante source de contamination. On estime qu'environ 250 000 enfants vivent dans un environnement à risques dont le principal demeure le saturnisme. Ces enfants peuvent, en effet, être intoxiqués par la poussière de plomb soulevée lors des travaux d'éradication des peintures. La présence de plomb dans l'organisme peut entraîner des anémies, des troubles de comportement et, quand l'exposition est très longue, des troubles de la mémorisation et de l'audition. Rappelons que la moyenne « tolérable » estimée par l'Inserm pour les enfants n'est que de 36 microgrammes par litre de sang.

adsp

actualité et dossier en santé publique

Sommaire du numéro 31 juin 2000

dossier maltraitances

éditorial

- Maltraitances et violences : le désarroi des acteurs de santé publique, *Jacques Lebas*

HCSP direct

- Pour une politique nutritionnelle de santé publique Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé

actualité

- La place des usagers dans le système de santé, *Étienne Caniard*
- CNS 2000 : bilan et perspectives, *Marc Brodin*

addictologie

- Toxicomanie : la substitution cinq ans après, *Jean-François Bloch-Lainé*

international

- Le choix des priorités de santé publique en Europe, *Diane Lequet-Slama*
- La santé en Finlande, *Geneviève Guérin*

études

- Éthique et recherche dans les pays en voie de développement, *Fabienne Dorlencourt, Dominique Legros*

repères

- Unité de recherche épidémiologie et sciences de l'information
- Lectures. Lois & réglementation. Calendrier

Dossier coordonné par **Marceline Gabel**

Les concepts de violence et de maltraitance

- *Éliane Corbet*
- La loi et les personnes vulnérables, *Myriam Quémener*

La maltraitance faite aux enfants

- La maltraitance faite aux enfants, *Marceline Gabel*
- Le Snatem - 119 « Allo enfance maltraitée », *Bernard Derosier*

La maltraitance et les personnes âgées

- *Françoise Busby*

La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental

- *Alain d'Huyteza*

Tribunes

- Maltraitances : une notion floue, des réalités incontournables *Paul Durning*
- La résilience, *Stanislaw Tomkiewicz*
- De la maltraitance à la bientraitance, *Michel Manciaux*

Bibliographie. Adresses utiles

La violence masculine à l'encontre des femmes

- La violence masculine à l'encontre des femmes, *Catherine Morbois, Marie-France Casalis*
- Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
- Nouvelles dispositions de la loi
- Viols et agressions sexuelles: le devenir des plaintes, *Simone Iff, Marie-Claude Brachet*
- Viol femmes informations : la permanence téléphonique

Les maltraitances institutionnelles

- *Michèle Créoff*

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique. adsp. HCSP, 8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP. Tél. 01 40 56 79 56. Mél. : hcsp-adsp@sante.gouv.fr

Prévention et éducation du patient par le médecin généraliste

L'enquête Baromètre santé médecins généralistes 98/99* s'est intéressée, notamment, à l'opinion et aux comportements des médecins vis-à-vis de la prévention et de l'éducation du patient et à leur sentiment d'efficacité à prendre en charge certains problèmes particuliers comme le tabagisme.

Le conseil oral et l'utilisation de brochures

Deux méthodes de prévention et d'éducation du patient par le médecin ont été retenues : donner un conseil oral et utiliser ou fournir une brochure préventive.

Interrogés sur leurs pratiques au cours de sept derniers jours, plus de 90 % des médecins déclarent avoir donné des conseils concernant l'alimentation, l'exercice physique, le bon usage du médicament. En revanche, les accidents de la vie courante n'ont été évoqués que par 50,3 % des praticiens. Lors de la dernière journée de consultation, 30,7 % des médecins généralistes ont donné une brochure et 51,7 % ont utilisé une aide visuelle ou un support pédagogique. En revanche, 68,3 % des praticiens ne se servent jamais de questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie (Figure 1). Les hommes utilisent plus souvent les questionnaires préétablis, alors que les femmes se servent préférentiellement des aides visuelles et des supports pédagogiques. Les plus jeunes, ceux qui exercent en secteur 1, participent à un réseau ou ont une clientèle précarisée plus importante, semblent davantage orientés vers ces actes préventifs et l'utilisation de supports pédagogiques.

Le sentiment d'efficacité des médecins

Le sentiment d'efficacité des médecins peut influencer leur pratique et donc les inciter à évoquer ou non certains thèmes avec leurs patients, ou bien à donner ou non des conseils. Si les médecins généralistes se sentent efficaces (presque neuf médecins sur dix) en matière de prévention pour un acte très médicalisé comme le dépistage des cancers et si plus de 70 % déclarent se sentir efficaces dans les conseils d'utilisation du préservatif, en revanche, les trois problèmes d'addiction (tabagisme, alcoolisme et usage de drogues) leur semblent plus difficiles à prendre en charge avec, respectivement, 42,8 %, 29,7 % et seulement 18,4 % qui se sentent efficaces sur ces thèmes (Figure 2).

Bertrand Coustou
Chargé d'études au CFES.

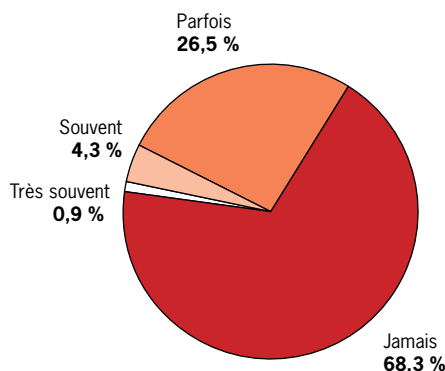


Figure 1 : Utilisation de questionnaires préétablis par les médecins généralistes (n = 2 068)

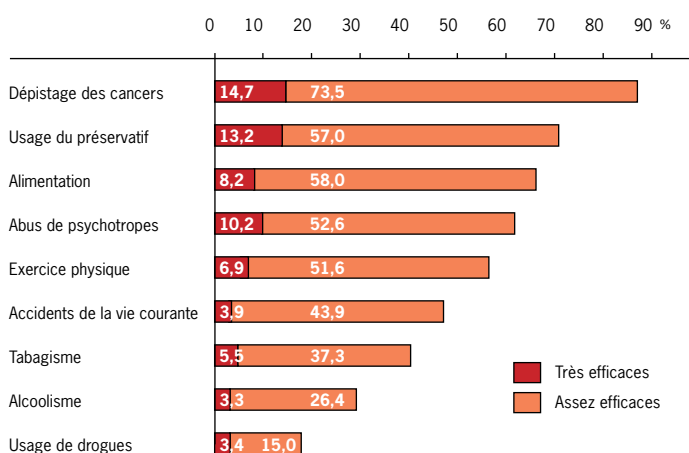


Figure 2 : Médecins se sentant assez ou très efficaces dans divers domaines de la prévention (en pourcentage) (n = 2 073)

* menée par le CFES et réalisée par téléphone auprès de 2 073 médecins généralistes entre novembre et décembre 1998. Arènes J., Guilbert Ph., Baudier F. (sous la dir.). Baromètre santé médecins généralistes 98/99. Vanves : CFES, 1999 : 218 p.

Les filles et les garçons

**Une animation à partir
du film *Viens danser...
sur la lune*
Film de Kit Hood
Canada, 1997, 1 h 32**

Le centre culturel Les Grignoux à Liège essaie, depuis plusieurs années, d'utiliser le cinéma dans un but éducatif qui ne se limite pas à une transmission de savoirs, mais porte également sur les représentations et les valeurs dont sont porteurs enfants et adolescents. On trouvera ci-dessous le compte-rendu d'une animation qui a suivi la vision du film *Viens danser... sur la lune* et dont l'objectif était de questionner les rapports entre filles et garçons au moment de la préadolescence. Ces animations se sont déroulées dans des classes de la fin du primaire (11-12 ans) de la région liégeoise.

Le film

À notre connaissance, ce film n'est pas distribué en France bien qu'il l'ait été en Belgique. Pour la compréhension de ce compte-rendu, il suffit de savoir que ce film raconte le passage d'un groupe de trois jeunes filles de l'enfance à l'adolescence. Lors des grandes vacances qui précèdent l'entrée dans l'enseignement secondaire, Maddy, l'héroïne, va notamment rencontrer une tante inconnue, excentrique et flamboyante, qui dit des choses étranges comme « *ne laisse jamais la peur t'empêcher de danser sur la lune* » ; mais elle sera également confrontée à Freddy, un garçon de sa classe jusque-là inoffensif, qui semble la poursuivre d'un zèle... amoureux ! Pouah !

Sans être un chef-d'œuvre du septième art, ce film d'origine canadienne a retenu notre attention à cause de la

justesse avec laquelle il décrit l'évolution (d'ailleurs contrastée) des jeunes filles à l'aube de l'adolescence.

L'objectif de l'animation

Les thèmes abordés par le film (passage de l'enfance à l'adolescence, amours naissantes, mort d'un ami, choix de vie...) donnaient aux enfants l'occasion de s'exprimer sur des sujets qui les concernent directement et qui mettent en jeu des sentiments habituellement tus. Comme, par ailleurs, les rapports entre filles et garçons à cet âge sont souvent figés dans un face-à-face plus ou moins hostile, l'objectif principal de notre animation était de rétablir un dialogue entre ces deux groupes.

Le déroulement de l'animation

Nous avons conçu l'animation en trois phases :
– la première consiste en une discussion à bâtons rompus sur le film et

notamment sur son genre : est-ce un « film de filles » ou « pour les filles », ou bien s'adresse-t-il indifféremment aux deux sexes ?

– les enfants sont ensuite invités à compléter, selon qu'ils sont filles ou garçons, une des deux propositions suivantes portant sur l'autre sexe : « *les filles, c'est...* » ou « *les garçons, c'est...* ».

Les résultats de ce travail anonyme sont ensuite communiqués à l'ensemble de la classe qui est invitée à réagir... selon son humeur ;

– enfin, les participants sont invités à rédiger, par groupe de quatre ou cinq personnes du même sexe, une « lettre ouverte » aux filles ou aux garçons (toujours selon leur appartenance à l'un ou l'autre sexe), destinée à mieux faire comprendre le point de vue des uns et des autres.

Sur le terrain

Nous sommes arrivés un matin dans une école de village. La classe était chaleureuse et les enfants avaient manifestement l'habitude de prendre la parole, le dialogue autour du film s'est donc engagé très simplement. Précisons que les enfants de cette classe avaient une bonne maîtrise de la langue française et de l'humour, ce qui facilite les échanges.

À propos du film

Après quelques instants de libre-échange, nous avons aiguillé la discussion vers le sujet qui nous tenait à cœur avec une question : « *Pour vous, était-ce un film de fille ou de garçon ?* ». Deux types de réponses se sont rapidement imposés : beaucoup de filles pensaient que le film « *était pour les deux* » et une partie des garçons a déclaré que « *tout ça, c'est des histoires de gonzesses puisque les personnages principaux étaient trois filles* ». Nous tenons cependant à signaler que certains des garçons n'étaient pas d'accord et soutenaient qu'ils se retrouvaient dans le personnage de Maddy et que son histoire les touchait personnellement.

Le regard sur l'autre sexe

Chaque enfant a alors reçu un carton sur lequel était écrit : « *Les garçons c'est...* » (pour les filles) ou bien « *Les filles c'est...* » (pour les garçons). Nous leur avons laissé une dizaine de minutes pour compléter la phrase (peu de temps nous semblait garantir la sincérité des réponses). Comme se manifestait une certaine inquiétude, nous leur avons certifié que les résultats resteraient anonymes.

Voici les résultats de l'enquête retranscrits sur le tableau noir de la classe pour que les enfants aient une vue d'ensemble (le classement positif/négatif vient des enfants eux-mêmes) (Tableau ci-dessous).

Déjà, à l'énoncé des résultats de l'enquête, les réactions étaient très vives. Une petite guerre des sexes se révélait dans cette classe d'apparence si paisible. Si l'opposition filles/garçons n'était pas encore très marquée lors de la première phase, suite aux résultats de notre petite enquête, elle était désormais consommée : c'était la rupture, bête et brutale !

D'un côté, les filles, qui sont ou se sentent manifestement plus mûres (du moins dans cette classe), tiennent le haut du pavé et, de l'autre, les « gamins » se sentent agressés et ne comprennent pas les réactions de « l'autre camp » (dont les sentiments leur avaient sans doute échappé jusque-là).

Prolonger le dialogue

Pour la troisième partie de l'animation, nous formons des groupes « unisexes » de quatre ou cinq enfants en nommant un rédacteur par groupe qui reçoit les consignes suivantes :

- rédiger une lettre ouverte* à l'autre sexe (en se servant éventuellement des résultats de l'enquête) ;
- en communiquer le contenu à la classe sous quelque forme que ce soit (chanson, récitation, représentation...).

Après avoir expliqué ce qu'est une lettre ouverte, nous les laissons travailler environ une demi-heure en restant à leur disposition. Quelques-uns des textes figurent dans l'encadré page suivante.

Les réactions aux différentes lettres ont souvent été violentes mais elles ont surtout été l'occasion de mettre au jour les problèmes ressentis. Après la lecture, la classe pouvait réagir et de ce « droit de réponse » naissait un dernier dialogue. La semaine qui a suivi notre animation, les enfants sont partis en classe verte pour une semaine. Au retour, l'instituteur nous a confirmé combien cette animation avait marqué les esprits et que le dialogue entre les participants s'était poursuivi sur un mode sans doute plus allusif et plus adouci.

Les filles sont...		Les garçons sont...	
POSITIF	NÉGATIF	POSITIF	NÉGATIF
aiment les garçons	ne font pas remarquer quand elles aiment les garçons	(parfois) très gentils	trop remuants et excités
(très) intelligentes et sympas	« <i>des fois, femme varié</i> »	« <i>c'est des personnes comme les autres</i> »	assez énervants (souvent)
gentilles	méchantes avec les garçons	sympas	changeants
plus calmes, jolies, gentilles (beaucoup de qualités)	assez énervantes	Ils ont des sujets de conversation différents	un peu trop bébés
plus mûres	moqueuses	moins timides	ils ont l'esprit mal tourné
	antipathiques	« <i>c'est l'autre sexe par qui on est attiré quand on commence l'adolescence</i> »	
	emmerdeuses	cools	plus sots
	certaines sont chiantes	feraient n'importe quoi quand ils sont amoureux	deviennent adolescents plus tard
		galants	gamins

En guise de conclusion, nous pouvons dire que l'objectif poursuivi a été atteint, un dialogue nouveau s'étant amorcé entre les deux « communautés ». Les enfants se sont écoutés et ont proposé des solutions aux incompréhensions mutuelles. Bien entendu, une telle animation ne peut prétendre résoudre tous les problèmes de relations entre les sexes (notamment à l'adolescence !) et devrait idéalement s'inscrire dans une perspective éducative plus large et sur une longue durée. Ce type d'animation, qui peut, nous semble-t-il, facilement être mis en œuvre par des enseignants, nous paraît cependant répondre aux objectifs éducatifs de l'école qui ne peut se résumer à une fonction de transmission des savoirs et doit également éduquer ses élèves au dialogue et au respect mutuel entre les individus et les groupes.

**Clara Beelen
Jacqueline Carton**

Centre culturel Les Grignoux, Liège.

** Lettre ouverte : le terme est bien sûr expliqué, désignant un écrit polémique ou revendicatif adressé à quelqu'un mais rendu public simultanément ».*

Lettre ouverte des garçons aux filles...

« Les filles,

Vous pensez peut-être que nous sommes sots mais au fond de nous, on vous aime bien. Mais nous vous demandons d'être plus gentilles, d'arrêter de vous moquer de nous. Nous vous demandons aussi d'arrêter de faire des messes basses sur nous. Des fois, ça n'est peut-être pas sur nous, mais la plupart du temps, c'est sur nous. Nous vous trouvons gentilles mais assez irritantes. »

« Chères filles,

Nous aimerions que vous soyez plus sympas avec nous et que vous ne nous critiquiez pas car on sait qu'on est sots mais pas à ce point-là ! Nous aimerions que si vous aimez quelqu'un de la classe, vous ne soyez pas gênées de le dire. Nous aimerions que vous ayez plus de suspense [sic] avec nous. Nous aimerions que vous soyez les femmes de ménage... C'est pour rire ! »

« Vous êtes sympathiques et jolies, mais nous aimerions que vous soyez plus amicales avec nous et que vous nous acceptiez comme nous sommes. Vous êtes plus mûres que la plupart des mecs et vous êtes très intelligentes. Il y a des choses que les garçons osent dire et pour lesquelles ils feraient mieux de se taire, tandis que vous, les filles, vous êtes calmes et c'est bien comme ça. Je sais que la plupart des garçons aimeraient que les filles aient plus confiance en eux. »

« Chères fillottes,

Nous aimerions que vous ne nous repoussiez pas ; que vous soyez moins ennuyeuses ; que vous soyez moins moqueuses ; que vous soyez plus sympas avec nous ; que vous parliez plus avec nous ; que vous soyez plus jolies ; que certaines fassent un régime ; que vous vous habilliez plus sexy ; que certaines changent de coiffure ; que vous mettiez des décolletés ; que certaines filles mûrissent un peu. Nous avons écrit ceci pour améliorer la vie de groupe. »

...des filles aux garçons

« Chers garçons,

On aimerait bien que vous fassiez des équipes équilibrées pour le sport. Certains garçons sont déjà adolescents et d'autres sont toujours des bébés. Tous les garçons peuvent être gentils quand ils le veulent, mais ça n'arrive pas souvent. Nous, nous n'aimons pas les garçons qui pensent toujours mal. On connaît beaucoup de garçons cools, mais on connaît aussi beaucoup de garçons chiants. Certains ne sont pas timides avec les filles et c'est très bien. Presque tous les garçons sont intelligents, mais nous n'aimons pas ceux qui font leurs gros malins. Si les garçons n'étaient pas remuants, il n'y aurait plus de joie sur terre. Les garçons râlent et se moquent souvent des filles et ce n'est pas amusant ! Voilà, c'est fini, on espère que vous vous êtes bien amusés et que vous avez bien rigolé avec notre résumé sur les garçons. »

« Chers garçons,

Nous avons remarqué pendant les cours, les récréés, les temps libres, que vous n'aviez qu'un sujet en tête : « Pokemons ». C'est l'un des défauts que vous avez, mais ne les perdez pas tous, car un garçon sans défaut est un garçon sans caractère ! Je dois vous dire que nous, les filles, nous aimons les garçons qui bougent plus. Nous nous moquons de vous des fois, par exemple quand vous mettez trop de gel dans vos cheveux. C'est notre défaut, mais ce n'est pas pour ça qu'on ne vous aime pas. Défauts : bavards, énervants, chiants, ennuyants. Mais, vous avez des qualités. »

« Les garçons du monde entier,

Nous aimerions que vous soyez moins gamins, machos, excités, chiants, méchants avec les filles, emmerdants, jaloux, sots, vulgaires (ça dépend), bébés. Mais nous aimerions aussi que vous soyez plus gentils avec les filles, intéressants, galants, matures, attirants... Mais attention, ce n'est pas fini, voici la liste de ce que vous êtes déjà : rigolos, cools, sympathiques, bavards, sots, énervants, grossiers, galants, confiants en vous-mêmes. En tout, nous aimerions que vous soyez plus matures ! Et surtout que Monsieur arrête de faire le malin avec la stagiaire ! »

Signalons que le centre culturel Les Grignoux publie de nombreux dossiers consacrés à des films récents et destinés aux enseignants du primaire et du secondaire. Le catalogue complet de ces dossiers est disponible sur le site des Grignoux (<http://www.grignoux.be>) à la page « dossiers pédagogiques ».

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 150 – juin 2000

Éditorial

150 !

par Christian De Bock

Initiatives

Prévention drogues : non au simplisme, oui au dialogue

*par Philippe Bastin, Antoine Boucher
avec la collaboration de Christian De Bock*

Échanger des mots pour changer les midis à l'école

par Cristine Deliens

Accessibilité des soins de santé

Familles et personnes âgées, des liens à protéger

Stratégies

Les priorités de législation en promotion de la santé

par Nicole Maréchal, ministre de la Santé de la Communauté française, Jacques Morel, Martine Schüttringer, Greta Vangrunderbeek

Le Conseil supérieur de promotion de la santé

Propos recueillis par Bernadette Taeymans

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro :

**Éducation Santé
Chaussée de Haecht 579/40,
1031 Bruxelles
Fax : +2 246 49 88
Mél. : education.sante@mc.be**



Prévenir les toxicomanies

Sous la direction d'Alain Morel, Michel Boulanger, François Hervé, Gérard Tonnelet

L'ouvrage de synthèse, enrichi de l'expérience d'acteurs de terrain et de la politique gouvernementale en la matière, et s'appuyant sur l'analyse d'une abondante bibliographie, aborde tous les aspects de la prévention. Il précise en premier lieu le contexte dans lequel sa nécessité s'est inscrite : histoire, actualité, facteurs culturels et représentations, aspects éthiques et sociaux, risques pour les jeunes, développement de l'éducation à la santé et à la citoyenneté, interdits et contrôle social. Sont ensuite présentées les données concernant la dangerosité des substances psychoactives licites (alcool, tabac) et illicites, les modes d'usage avec leurs facteurs de risque et de protection, ainsi que les différents modèles possibles de la prévention. En ce qui concerne les actions de prévention proprement dites, l'ouvrage traite des méthodes et stratégies, et de tout ce qui est nécessaire à leur mise en œuvre, que ce soit dans le cadre familial et scolaire, par une approche communautaire de politiques locales ou par des campagnes de communication. Les problèmes plus spécifiques des toxicomanies en milieu de travail, du dopage chez les sportifs et leur prévention sont également abordés. L'index très détaillé permet un accès facile à la masse importante des informations que contient l'ouvrage.

Paris : Dunod, coll. *Thérapie*, 2000, 320 pages, 175 FF.



La femme enceinte et la désaccoutumance tabagique

Marie-France Bouysset

Guide à l'usage des sages-femmes préfacé par le Professeur Lagrue, praticien hospitalier spécialiste en tabacologie, l'ouvrage par les informations de

base qu'il apporte sur le problème de santé publique que constitue la tabagisme au cours de la grossesse, peut intéresser d'autres professionnels de santé amenés à faire une information auprès de femmes enceintes. Par ailleurs, l'auteur présente la structure d'accueil « Grossesse tabac stop » qu'elle a créée et qu'elle gère à l'Institut mutualiste Montsouris à Paris.

De par sa formation en tabacologie, mais aussi en psychologie comportementale et cognitive, elle a su analyser les facteurs jouant sur le comportement tabagique et les freins que l'on constate, même chez les femmes informées des risques et voulant arrêter de fumer lorsqu'elles commencent une grossesse.

Outre les informations à transmettre aux futurs parents sur les effets toxiques du tabagisme pour le fœtus et le nouveau-né, sur la dépendance et les moyens de la mesurer, l'intérêt essentiel de l'ouvrage réside donc, par le biais de présentation de cas et de témoignages, dans la description des étapes et des méthodes à utiliser lors des consultations. L'auteur fait le bilan de cette activité sur cinq années, en terme de modification du comportement tabagique au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement. Un questionnaire, après six mois et plus, lui a permis de déterminer les facteurs de déclenchement de la reprise du tabagisme. L'ouvrage est complété par le questionnaire utilisé, une bibliographie et les coordonnées d'adresses utiles aux professionnels de santé impliqués dans le suivi des femmes enceintes.

Marseille : Solal, coll. *Sage-femme*, 2000, 141 pages, 120 FF.



Comme une locomotive ou un nouvel outil sur la prévention du tabagisme

Créé par Olympio sous le haut patronage de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT), ce nouvel outil de prévention s'articule autour d'un dispositif scénique. Il s'agit d'une exposition itinérante basée sur un mode participatif et réalisée sous deux versions (45 mn et 1 h 30) pour les scolaires, et adaptable à un public familial (1 h 45).

L'illustration qui tient lieu de décor (3,50 m sur 2,20 m) représente une salle d'attente de gare. Sept personnages attendant leur train sont sous une locomotive ancienne. Au premier plan, un jeune garçon s'interroge sur le tabagisme des six autres qui ont entre leurs lèvres une cigarette non allumée (Eh oui, bien sûr on est dans un lieu public !).

L'animateur va faire état d'informations relatives au tabagisme et les spectateurs sont invités à intervenir. C'est moins le savoir préalable qui est requis que les réactions et les arguments issus du vécu des participants.

Chaque équipe, composée de un à trois participants, joue le rôle de l'un des personnages illustrés sur le décor. À chaque bonne réponse ou bon argument, l'animateur détache les images correspondantes afin de supprimer le tabagisme du personnage concerné.

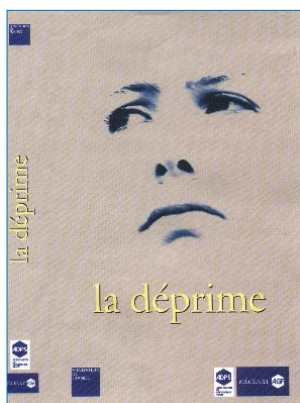
Comme tout outil, il n'a pas la prétention de se suffire à lui-même car il doit s'intégrer à un projet plus global et nécessite un animateur formé.

La difficulté majeure, à mon sens, est l'identification au personnage, qui peut ne pas toujours être aisée car comment un collégien peut-il se mettre dans la peau de Nasser, travailleur immigré d'un certain âge, ou encore dans la peau de Nicole « style enseignante pincée et speed » ?

Si cet outil ne peut être utilisé que ponctuellement, il a la qualité de pouvoir s'intégrer à un projet d'éducation pour la santé et de s'intéresser au tabagisme de façon globale (relation aux autres, bien-être, représentations, résistance à la pression des pairs).

Lydie Labouré

Chargée du projet « Ecole du Souffle »,
Cres Champagne-Ardenne.



La déprime

Un film de Jacques Douay

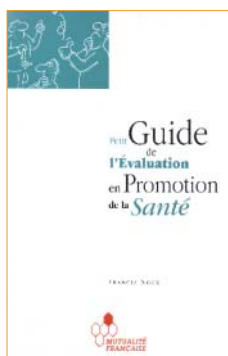
Quatre jeunes adultes (deux femmes et deux hommes) ayant vécu ou vivant une période difficile de déprime ou de détresse plus profonde, expliquent comment ils ont ressenti ce moment de leur vie et quelles ont été leurs relations aux autres (parents, amis). Ils décrivent l'incompréhension de leurs proches, tentent de décrire les causes de leur mal-être et

avancent quelques solutions.

Un psychologue intervient au début de la cassette et apporte un point de vue professionnel en définissant très clairement les symptômes d'une dépression.

Ce film, sans livret d'accompagnement, s'adresse aux adolescents et aux jeunes adultes, et nécessite la présence d'un animateur.

Assurances Générales de France, cassette VHS, 24 mn, 150 FF (87, rue de Richelieu - Paris cedex 02). Tél. 01.44.86.29.66.



Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé

Francis Nock

L'ouvrage a été réalisé avec la collaboration de personnes de la Mutualité française impliquées dans l'organisation et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé, de Michel Demartean, enseignant à l'Université de Liège, et de Catherine Fabre du Gres Médiation santé de Toulouse. Pour répondre aux

besoins des acteurs de terrain car s'il y a un développement certain de la promotion de la santé en France, les documents traitant d'évaluation sont rares l'ouvrage propose un appui technique avec des repères pratiques.

Après avoir montré la nécessité de l'évaluation en général et la faisabilité de l'évaluation de la prévention, par des méthodes s'inspirant de la preuve par l'essai thérapeutique et des enquêtes psychosociales, et après avoir défini les différents niveaux auxquels cette évaluation peut se situer, l'auteur aborde le cadre dans lequel elle doit être mise en œuvre. Pour ce faire, la nécessité de s'entendre sur les valeurs, le choix des critères d'ordre méthodologique, organisationnel, financier, et des indicateurs correspondants sont essentiels avant la conduite de l'évaluation.

Dans les chapitres abordant l'observation de l'activité avec recueil des données et sélection des indicateurs, la présentation des différentes méthodes d'enquêtes et des types d'échantillons, ainsi que les principes d'utilisation et de diffusion des résultats, les informations sont illustrées par des données extraites d'actions de terrain. Ces exemples, avec la présentation très claire grâce à de nombreux repères, les résumés de fin de chapitre, la bibliographie et les dessins humoristiques rendent l'ouvrage attrayant et tout à fait adéquat à ses ambitions.

Paris : Mutualité française, département Santé publique, 2000, 96 pages, 46 FF.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions

Haut Comité de la santé publique



Le rapport, demandé en 1999 par le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale au Haut Comité de la santé publique, a été préparé avec le concours de représentants d'institutions de santé publique, de spécialistes de l'épidémiologie médicale, de la nutrition, de la sécurité des aliments, de la recherche agronomique, de l'industrie agroalimentaire. Le premier constat est d'ordre socioéconomique. L'abondance et la diversité des aliments et produits développés par l'agriculture et l'in-

dustrie agroalimentaire au cours des dernières décennies et les changements des conditions et des modes de vie ont eu des répercussions importantes sur les modes de consommation alimentaire avec, entre autres, un fort développement de la restauration hors foyer. Le deuxième constat est d'ordre épidémiologique. Si l'abondance a permis la disparition presque générale des carences alimentaires, les études montrent un rôle certain de l'alimentation dans le déterminisme de maladies telles les cancers, les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète, l'hypercholestérolémie, etc.

Un programme national nutrition-santé est donc à mettre en œuvre. Il impliquera la participation de services de l'État, d'instances d'expertise, de contrôle, d'évaluation, d'études et de recherche, de professionnels (médecins, diététiciens, infirmiers), ainsi que les industries agroalimentaires, les associations spécialisées, les éducateurs en nutrition. Il devra prendre en compte les nouvelles sources d'information nutritionnelle qui ont supplanté le rôle de la famille en la matière. Le rapport propose, dans ses recommandations, une série d'objectifs d'actions pour la population générale, mais aussi pour les groupes de populations spécifiques (groupes d'âge, femmes enceintes, migrants, populations défavorisées, personnes allergiques, etc.). En matière d'information nutritionnelle, il est suggéré de créer des outils – pour les professionnels et pour le public – pour la mise en œuvre d'actions, de prévoir des campagnes nationales d'information, avec le développement d'un niveau régional par la création de centres ressources, des actions de terrain (en milieu scolaire, dans les lieux de restauration collective, etc.) et la recherche de partenariats dans les milieux artistique, culturel, sportif, politique. Les autres recommandations concernent des actions spécifiques pour des populations à risque, la formation des acteurs de terrain, le développement de la recherche, la surveillance suivie de l'état nutritionnel de la population. La mise en œuvre d'un programme aussi ambitieux, impliquant une approche multidisciplinaire et donc complexe, sera difficile, mais l'enjeu est essentiel.

Rennes : Éditions de l'ENSP (coll. Avis et rapports), 2000, 278 pages, 170 FF.

PARIS, 15-20 JUILLET 2001

XVII^E CONFÉRENCE MONDIALE
DE PROMOTION DE LA SANTÉ
ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

XVIITH WORLD CONFERENCE
ON HEALTH PROMOTION
AND HEALTH EDUCATION

XVII^A CONFERENCIA MUNDIAL
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD



50 ANS 50 YEARS 50 AÑOS

La Santé :
un investissement
pour une société
équitable

La Conférence
du 50^e anniversaire
de l'UIPES

Seconde annonce

Health :
an investment
for a just
society

The 50th anniversary
Conference
of the IUHPE

Second announcement

La Salud :
una inversión
para una sociedad
más justa

La Conferencia
del 50^o aniversario
de la UIPES

Segundo anuncio



INTERNATIONAL UNION
FOR HEALTH PROMOTION
AND EDUCATION

UNION INTERNATIONALE DE
PROMOTION DE LA SANTÉ ET
D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Comité d'organisation CFES – XVII^e Conférence mondiale
2, rue Auguste Comte – BP 51 – 92174 Vanves Cedex – France
Tél. : 01 41 09 96 48 / Fax : 01 46 45 00 45
E-mail : mlapergue.cfes@imagnet.fr
www.cfes.sante.fr

Inscription à tarif préférentiel avant le 1^{er} mars 2001
Date limite d'inscription : 30 juin 2001.



www.cfes.sante.fr