



# Prévention et promotion de la santé

## Une responsabilité collective

La santé est multidimensionnelle. La politique actuelle de santé affiche la volonté de mettre en place une approche de promotion de la santé, qui inclut la prévention, intervenant dans tous les secteurs et à tous les niveaux.

Le Plan national de santé publique comprend un ensemble de mesures considérant l'individu, mais également son environnement, et cela tout au long de son parcours de vie.

La santé est liée à des comportements individuels, elle dépend des contextes sociaux, économiques, environnementaux... Les actions ou interventions publiques ont donc une incidence majeure.

Ce dossier, après avoir défini la promotion de la santé et la prévention, les outils et ressources existants, la nécessité d'évaluation, présente quelques illustrations

de la responsabilité collective en matière de santé : aménagement urbain, qualité de vie au travail, promotion de la santé à l'école, dans les services judiciaires pour la jeunesse...

Afin d'aider les individus à adopter des comportements favorables à une bonne santé, les concepts d'*empowerment*, de marketing social critique, de littératie sont développés.

L'exemple de Mouans-Sartoux, dans les Alpes-Maritimes montre ce que peut faire une commune pour améliorer la santé de ses administrés dans une approche écologiste. Enfin, en matière de conduites

addictives, une réflexion est proposée

pour une politique de prévention

respectueuse des libertés

individuelles. ➤

Dossier coordonné par  
**Zeina Mansour**  
Vice-présidente du Haut  
Conseil de la santé publique,  
directrice du comité régional  
d'éducation pour la santé  
de Provence-Alpes-Côte d'Azur

# Des ressources et des méthodes partagées

**La santé est multidimensionnelle. Au-delà des approches, les stratégies et les interventions de la prévention se croisent et se complètent. Il existe des ressources documentaires validées et partagées. En amont, toute mesure envisagée devrait prendre en compte ses impacts sur la santé.**

## Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?

« **U**n état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » : ainsi est définie la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À travers cette définition se construisent, s'opposent, se complètent depuis des années celles de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Qu'en est-il ?

### La prévention, un concept en miroir de la maladie

La prévention a été définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Depuis, cette définition a englobé des conceptions diverses et une catégorisation d'actions préventives qui s'est, dans certains cas, confondue avec ce que d'autres sources considèrent comme relevant du champ de la promotion de la santé [6].

De manière générale, la prévention se décline selon deux nomenclatures : d'une part, en prévention primaire, secondaire, tertiaire et parfois quaternaire [38], et, d'autre part, en prévention universelle, sélective et ciblée [32]. Dans la première nomenclature, la prévention s'envisage en référence à la maladie et en fonction de facteurs de risque ou de symptômes. La prévention primaire vise à

diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, la secondaire à en diminuer la prévalence, la tertiaire à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, récidives, complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, et la quaternaire à protéger les patients d'actes inutiles. En réaction à cette définition dont l'action relevait uniquement des professionnels du soin, Gordon [32] a proposé une définition structurée autour des populations en s'appuyant sur un calcul coût-bénéfice qui justifie ou non de cibler l'ensemble d'une population. Ainsi, la prévention est alors décrite comme universelle lorsqu'elle concerne l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, sélective lorsqu'elle s'adresse à des sous-groupes de population spécifiques (femmes, adolescents, etc.) et ciblée lorsqu'elle n'est recommandée que pour des personnes présentant un facteur de risque, une condition ou une anomalie les identifiant comme présentant un risque suffisamment élevé pour nécessiter l'intervention (par exemple la glycosurie chez les femmes enceintes). Si la nomenclature de Gordon ponctue aujourd'hui encore les nombreuses productions scientifiques et professionnelles, elle n'est pas sans défaut. Le critère central de catégorisation – le coût-bénéfice – rend la ligne de

**Linda Cambon**  
Docteure – HDR – en santé publique, titulaire de la chaire de recherche en prévention des cancers INCa/ IReSP/EHESP, UMR 6051, Crape/Arenes, membre du HCSP

**François Alla**  
Professeur de santé publique à l'université de Lorraine, membre du HCSP

**Franck Chauvin**  
Professeur de santé publique au CHU de Saint-Étienne, président du HCSP



séparation des approches arbitraire, donc fragile et peu stable dans un système décisionnaire complexe. De plus, la nature des stratégies n'est pas précisée, rendant la définition des catégories peu transparente.

D'autres catégorisations de la prévention sont également utilisées, notamment une adaptation de la définition en prévention primaire, secondaire et tertiaire qui, contrairement à celle de 1957 décrite par Gordon, reconnaît l'action hors services de soins [50]. Ainsi ce qui fonde la distinction entre les différents niveaux relève à la fois de la cible populationnelle sélectionnée et du moment où cette action s'inscrit dans le *continuum* risque-pathologie (incluant les accidents et les traumatismes). La prévention primaire consiste alors en des actions sur l'ensemble d'une population (par exemple les habitants d'une ville, les femmes en âge de procréer, les adolescents, etc.) sans que soit pris en compte le statut d'exposition au risque (par exemple un programme de prévention du tabagisme). En prévention secondaire, l'action se porte sur un sous-groupe exposé au risque (par exemple les fumeurs) sans prendre en compte le développement de symptômes ou d'une pathologie associée à la consommation de tabac. Enfin la prévention tertiaire consiste en des actions déployées généralement dans un cadre clinique auprès d'individus souffrant d'une pathologie chronique. Il s'agit alors d'agir sur les facteurs de risques en lien avec une récurrence ou d'autres pathologies (par exemple un programme de promotion de l'activité physique chez des patients en cancérologie).

### Vers une approche plus politique, systémique et décentrée de la maladie : la promotion de la santé

En s'appuyant sur une définition qui évoque les chartes d'Ottawa [60] et de Bangkok [61] : « *La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer* ». Conceptuellement [60], la promotion de la santé représente donc un processus politique et social qui combine d'une part des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique. Il s'agit d'offrir des ressources favorables à la santé ou de réduire les effets négatifs des environnements sur la santé des individus et des populations.

Concrètement, les interventions se situent alors dans et hors du système de santé et recouvrent différentes dimensions. La première est politique par l'inscription de la promotion de la santé à l'agenda des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux. La seconde est environnementale à travers une approche systémique et écologique modifiant les conditions de vie et incluant la protection des milieux naturels et des espaces construits. La troisième est communautaire et renforce la mobilisation, la participation des populations aux décisions qui concernent leur santé. La quatrième est individuelle et invite au

développement de l'information et de l'éducation pour la santé dans un objectif d'*empowerment* des personnes. Enfin, la dernière, liée au système de santé puisqu'il s'agit de favoriser un système qui, par-delà son mandat clinique et curatif, soutient les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine, fait intervenir d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental et exige une attention accrue à l'égard de la recherche et des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels.

Par cette multi dimensionnalité, il s'agit de susciter et renforcer la résilience des communautés, de développer des activités de promotion de la santé pour la communauté au sens large ou pour des populations présentant un risque accru en matière de santé, mais aussi et surtout de développer des politiques et des actions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, inscrivant dès lors la nécessité pour les nations de favoriser la santé dans toutes les politiques. Ces déterminants sont structurels (éducation, emploi, revenu, position socio-économique, genre, etc.) et intermédiaires (conditions matérielles, comportements, facteurs biologiques et psychosociaux, etc.) [52]. Cette action sur les déterminants vise notamment à agir sur le gradient social de la santé pour réduire l'iniquité en santé [11]; elle dépasse sur ce registre de l'équité la simple intervention sur les populations les plus vulnérables, inscrivant l'action dans le concept d'universalisme proportionnée [53].

### Au-delà des définitions, des pratiques qui se complètent

À l'aune de ces deux groupes de définition, là où la prévention est affaire de risques, de pathologies et de traumatismes, la promotion de la santé est un espace d'interventions centrées sur les déterminants sociaux de la santé tels que les conditions d'emploi, de logement, de cohésion sociale et l'aménagement des villes, communes et territoires. Elle réfère donc peu aux facteurs de risque. Ainsi, la vision que l'on a de la santé et de la maladie et de leurs déterminants conditionne les stratégies d'interventions, le choix des populations cibles, le type d'acteur à impliquer.

Pour autant, les stratégies opérationnelles qui déclinent ces deux concepts peuvent se recouper. Ainsi l'éducation pour la santé et l'information se situent à la fois dans le concept de promotion de la santé (par exemple action de sensibilisation des élus aux impacts des conditions d'habitat sur la santé) et dans celui de la prévention. De même, dans une acception de prévention universelle, il est tout fait imaginable de déployer des stratégies systémiques hors cadre sanitaire, pénétrant ainsi le périmètre conceptuel de la promotion de la santé. Pour accentuer encore la porosité des deux concepts, certaines définitions ont été proposées, comme celle de « prévention globale » entendue comme la gestion de la santé au travers de quatre types d'action [25] : par les risques, par les populations, par les milieux de vie et

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Remerciements :

Éric Breton,  
Roger Salomon,  
Zeina Mansour.

par les territoires. Ou encore existe celle de l'Institut national suédois de santé publique [26] qui a complété la nomenclature de Gordon par l'ajout d'une dimension précisant la fonction remplie par l'action de prévention, laquelle peut être environnementale (actions sur les composantes, sociales, économiques, physiques des environnements), développementale (actions d'amélioration des compétences) ou informationnelle (actions sur les connaissances). La question de l'intervention sur les déterminants y est ainsi intégrée, comme dans celle adoptée par la loi française n° 2002-303 du 4 mars 2002, qui décline des fonctions incluant une approche relative aux conditions de vie et à la réduction des inégalités sociales de santé.

Ainsi, au-delà des définitions et derrière les approches conceptuelles qui s'opposent, les stratégies qui les déclinent se croisent et se complètent, rendant floues ces frontières au sein d'une seule même logique : la convergence d'effort au bénéfice de la santé, que

cette dernière soit but ou processus, et des actions proportionnées aux besoins des citoyens... que cette proportionnalité soit liée au gradient social (dans l'universalisme proportionné) ou aux vulnérabilités quant à la maladie (dans les types de prévention). Ainsi la santé est multidimensionnelle et toute intervention doit être conçue en ayant intégré cette caractéristique majeure. Dans ce cadre, l'initiative One Health, « une seule santé », en est l'aboutissement le plus récent [64] puisqu'elle promeut une approche systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaire. Croisant ainsi les intérêts et la protection de toute forme de vie à la dimension éminemment territoriale dans lesquelles elles cohabitent, l'initiative One Health constitue une vision intégrative des questions de santé. Elle illustre l'interdépendance des déterminants et par conséquent la nécessité d'appréhender cette vision dans toute démarche de santé publique. ➤

## Entre « données probantes » et « partage de connaissances » Quelques ressources et outils en promotion et éducation pour la santé ?

### Les données probantes et le partage de connaissances comme enjeux des nouvelles stratégies nationales et régionales en santé

La stratégie nationale de santé 2018-2022 affiche dans ses objectifs l'analyse des meilleures connaissances disponibles pour appuyer les décisions et le développement de la production, de la diffusion et de l'utilisation des connaissances.

La Direction générale de la santé, dans son projet stratégique 2017-2019, ambitionne d'améliorer la disponibilité des connaissances, issues de la recherche ou de l'évaluation des pratiques, pour appuyer les décisions et les choix en matière de stratégies et d'intervention. Elle préconise la valorisation et l'accompagnement « des acteurs non institutionnels de la promotion de la santé et de la prévention » pour une mise en œuvre opérationnelle adaptée au plus près des réalités de terrain. Elle insiste enfin sur la disponibilité des résultats des interventions, des programmes et des politiques en termes d'efficacité sanitaire, sociale et économique.

Les nouveaux projets régionaux de santé des agences régionales de santé mettent eux aussi l'accent sur l'utilisation des données probantes ou prometteuses, l'étude des conditions de leur transférabilité et l'accessibilité de l'information.

Enfin, la mise en place récente des dispositifs régionaux d'appui à la prévention et à la promotion de la santé

visent à fédérer les compétences et les ressources régionales en promotion de la santé avec la production et le transfert des connaissances.

Derrière ces différents affichages institutionnels autour des données probantes, du partage et du transfert de connaissances, de l'accès à l'information, nous allons tenter de mettre en scène des ressources documentaires incontournables et protéiformes. Or parler des outils et des ressources en promotion de la santé offre une alternative : faire un inventaire de ce qui existe ou mettre en exergue les principales ressources. Pour la première option on se heurtera à un problème d'exhaustivité – les champs de la prévention, de la promotion de la santé sont vastes –, d'ordonnement – approche populationnelle, comportementale? –, et de temporalité. Nous choisirons donc la seconde option, centrée sur les données probantes, qui permettra aux acteurs de la promotion de la santé d'accroître certaines de leurs connaissances, de rebondir vers de nouvelles sources, et de se constituer un florilège de ressources incontournables...

### À la recherche du terme juste...

La première étape dans toute recherche documentaire est de s'interroger sur les définitions des termes utilisés. De quoi parle-t-on ? Les glossaires et les thésaurii sont des ressources indispensables pour cerner la définition d'un concept et mettre en place une culture commune,

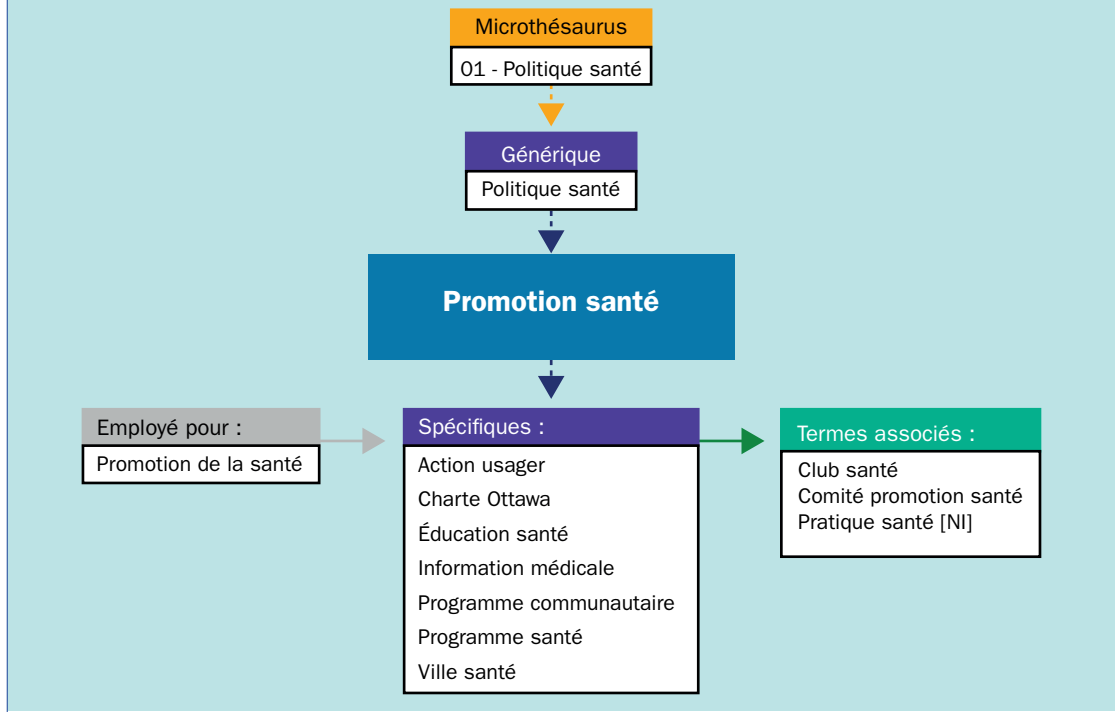
### Anne Sizaret

Instance régionale  
d'éducation et de  
promotion de la  
santé Bourgogne  
Franche-Comté



figure 1

### Exemple d'arborescence du terme « Promotion de la santé » dans le thésaurus BDSP



ou d'un parler commun, au sein d'un groupe de travail par exemple. On notera le glossaire de la promotion de la santé de Don Nutbeam pour l'OMS édité en 1999 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1)), le glossaire des termes de santé publique internationaux de la Banque de données en santé publique (BDSP) (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>) ou le glossaire éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique à destination de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ([http://www.cres-paca.org/\\_depot\\_arkcms\\_crespaca/\\_depot\\_arko/articles/35/voir-le-document\\_doc.pdf](http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/35/voir-le-document_doc.pdf)).

Le thésaurus, quant à lui, est une liste normalisée et structurée de termes (descripteurs ou mots clés), indispensable pour cerner l'environnement sémantique d'un concept. Les termes sont reliés entre eux par des relations sémantiques, génériques et associatives. Combinés entre eux, ils servent à décrire un document (indexation) et à formuler une question lors de l'interrogation d'une base de données. Il existe trois thésaurus importants en santé publique : celui de la BDSP (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>), le thésaurus en éducation pour la santé édité par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/882.pdf>) et le Medical Subject Headings (MeSH) de la base de données Medline (la version francophone est accessible avec l'URL <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>).

### Les « données probantes » ? Dans quelle étagère ?

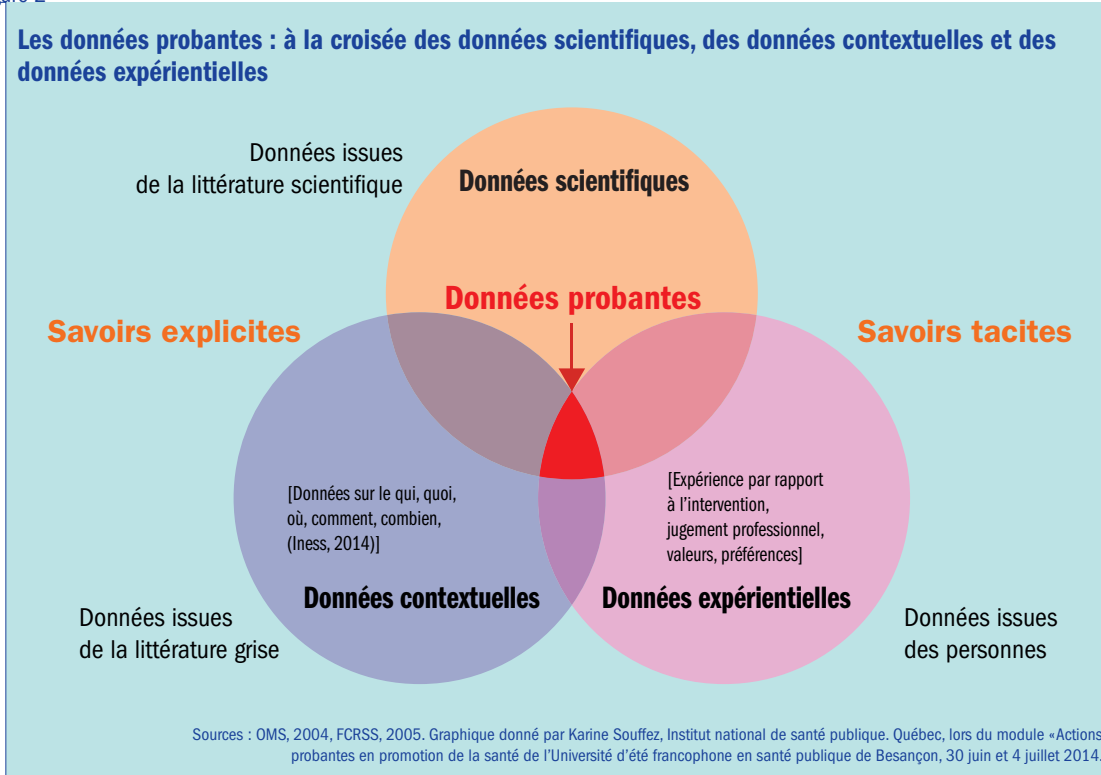
Le Centre de collaboration nationale en santé publique de Montréal définit la santé publique fondée sur des données probantes comme « le processus consistant à extraire et à disséminer les meilleures données disponibles issues de la recherche, de la pratique et de l'expérience, ainsi qu'à utiliser ces données pour éclairer et améliorer la pratique et les politiques en santé publique »<sup>1</sup>. La recherche documentaire de données probantes se fera autour de trois grands types de ressources, pointant les savoirs contextuels, les savoirs expérientiels ou les savoirs scientifiques.

Le savoir expérientiel est le plus difficile à repérer. L'écriture en est le mode de diffusion le plus efficace : au mieux les données expérientielles ont fait l'objet d'une publication dans une revue professionnelle... qui sera peut-être indexée dans une base de données bibliographique parce qu'une documentaliste l'aura identifiée comme apport de connaissances ; au pire elles seront mentionnées dans un rapport d'activité qui tombera dans les oubliettes très rapidement.

À l'intersection de ces trois types de savoirs, les données probantes sont, dans les faits, rarement directement accessibles : le repérage de l'information est ardu et chronophage, l'accès peut être payant, en

1. « Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ? » Montréal : Centres de collaboration nationale en santé publique, 2011. <http://www.nccmt.ca/fr/au-sujet-du-ccnmo/eiph>

figure 2



anglais, avec une terminologie absconse. Toutes sortes de difficultés qui ankyloseront les élans documentaires du professionnel.

### Et la ressource magique, c'est sur quel rayon ?

Des sites ou des portails Internet mettent à disposition, gratuitement ou non, des synthèses, les revues de la littérature ou les méta-analyses.

#### Des producteurs de revues systématiques

- La Cochrane Library (<http://www.cochranelibrary.com/> et <http://france.cochrane.org/>) évalue les effets des interventions en santé (en prévention, diagnostic, thérapeutique et rééducation) et les axes d'amélioration possibles.
- Le Centre national de collaboration des méthodes et outils est un organisme canadien dont la mission est de soutenir le perfectionnement des connaissances et le renforcement des capacités des professionnels de la santé publique à utiliser les meilleures données probantes qui soient dans leur pratique (<http://www.nccmt.ca/>). Il alimente les deux bases de données suivantes :
  - ◆ Health Evidence (<https://www.healthevidence.org/>), base de revues systématiques autour de l'efficacité des interventions en promotion de la santé ;
  - ◆ Public Health + (<http://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/public-health-plus>), base de données d'études et de revues de haute qualité, préévaluées et pertinentes à la santé publique.

- Le réseau des bases factuelles en santé (HEN) de l'OMS produit des synthèses des meilleures bases factuelles disponibles en réponse aux questions des décideurs politiques (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/health-evidence-network-hen>).

#### Des producteurs de synthèses ou de dossiers de connaissances

- La Société française de santé publique propose des dossiers documentaires réalisés par des experts de la thématique, comportant de nombreux liens vers les textes législatifs essentiels, des rapports, des sites dédiés, ainsi que des références bibliographiques (<http://www.sfsp.fr/lire-et-ecrire/les-dossiers-documentaires>).
- Santé publique France propose des synthèses sur des interventions validées (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/connaissances-interventions.asp>).
- Le portail canadien des pratiques exemplaires permet aux professionnels de la santé d'accéder à des interventions efficaces et évaluées en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions>).
- L'Institut national de santé publique Québec (INSPQ) édite des publications et des synthèses de connaissances en santé publique et en promotion de la santé (<https://www.inspq.qc.ca/publications/2157>).



tableau 1

Ressources documentaires en fonction de la typologie des savoirs

Type de savoirs	Savoirs contextuels
Type de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données sur le qui, quoi, quand, où, comment, combien et pourquoi</li> <li>Recommandations, documents de travail, rapports d'activité, rapports d'études ou de recherches, littérature grise<sup>1</sup>, expertise collective, référentiels de bonnes pratiques, diagnostics locaux de santé, conférences de consensus</li> </ul>
Exemples de sources (par ordre alphabétique de structures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agences régionales de santé : <a href="http://www.ars.sante.fr/">www.ars.sante.fr/</a></li> <li>France stratégie : <a href="http://www.strategie.gouv.fr">www.strategie.gouv.fr</a></li> <li>Haut Conseil de la santé publique : <a href="http://www.hcsp.fr/">www.hcsp.fr/</a></li> <li>Haute Autorité de santé <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a></li> <li>Inserm, expertises collectives : <a href="http://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives">www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives</a></li> <li>Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) : <a href="http://www.fnes.fr/les-membres-de-la-fnes-les-ireps">www.fnes.fr/les-membres-de-la-fnes-les-ireps</a></li> <li>Institut Renaudot, <i>Les Cahiers de l'institut</i> : <a href="http://www.institut-renaudot.fr">www.institut-renaudot.fr</a></li> <li>Observatoires régionaux de la santé : <a href="http://www.fnors.org/Inter/Coordonnees.html">www.fnors.org/Inter/Coordonnees.html</a></li> <li>Organisation mondiale de la santé : <a href="http://www.who.int">www.who.int</a></li> <li>Santé publique France : <a href="http://www.santepubliquefrance.fr/">www.santepubliquefrance.fr/</a></li> <li>Société française de santé publique : <a href="http://www.sfsp.fr/">www.sfsp.fr/</a></li> <li>Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé : <a href="http://www.iuhpe.org/">www.iuhpe.org/</a></li> </ul>

1. La littérature grise, terme générique, désigne les documents produits par l'administration, l'industrie, l'enseignement supérieur et la recherche, les services, les ONG, les associations, etc., qui n'entrent pas dans les circuits habituels d'édition et de distribution. Il s'agit surtout de rapports, travaux non publiés (*working papers*), thèses, conférences, présentations, mémoires, etc. Imprimés ou en format numérique, ces documents

● RESO, le service universitaire de promotion de la santé de l'université de Louvain, en Belgique, réalise des synthèses des connaissances sur des thématiques d'actualité en promotion de la santé (<https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/revues-de-litterature.html>)

**Des bases de données bibliographiques pour repérer des données expérientielles issues de la littérature professionnelle ou de la littérature grise**

- La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) dresse l'inventaire des bases de données des Ireps (<http://www.fnes.fr/ressources-documentaires>) dans lesquelles sont indexées des ressources et des productions écrites locales.
- La base de données Bib-Bop (<http://www.bib-bop.org>) est alimentée par un réseau de sept Ireps et propose près de 20 000 références avec un lien vers le texte intégral, le cas échéant.
- La BDSP, Banque de données en santé publique, est alimentée par une quarantaine de contributeurs (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>). On y trouve plus de 500 000 références indexées (dont 20 % sont accessibles en ligne).

● LiSSa, Littérature scientifique en santé (<https://www.lissa.fr/>), est la petite dernière. Cette base de données, riche tout de même de 800 000 références, a pour objectif de donner plus de visibilité et d'accessibilité à la littérature scientifique en langue française. Elle est produite par l'équipe du CISMéF du CHU de Rouen, qui œuvre depuis 1995 à la mise en place d'un catalogue et index des sites médicaux de langue française.

**Il ne suffit pas d'avoir une bonne ressource entre les mains, encore faut-il savoir la partager**

C'est là qu'intervient l'idée de transfert et de partage des connaissances que l'Institut national de santé publique Québec définit comme « *un ensemble d'activités et de mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion de la santé* » [47]. Le Centre de recherche sur la communication et la santé de l'université du Québec, ComSanté, ajoute que « *dans le domaine sociosanitaire, le transfert des connaissances correspond à une démarche systémique, articulée et structurée autour des données probantes,*

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

## Savoirs expérientiels

- Données sur le savoir-faire
- Articles et revues professionnels, blogs, récits d'action, bases d'action, rapports d'activités de promoteurs, littérature grise<sup>1</sup>...

## Des revues professionnelles

- *Actualité et dossier en santé publique* (Haut Conseil de la santé publique) : [www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp)
- *Horizon pluriel* (Ireps Bretagne) : [irepsbretagne.fr/spip.php?article7](http://irepsbretagne.fr/spip.php?article7)
- *Interaction santé* (Ireps Auvergne Rhône-Alpes) : [ireps-ara.org/actualite/actu.asp?action=actu\\_pge&idz=16&id=7](http://ireps-ara.org/actualite/actu.asp?action=actu_pge&idz=16&id=7)
- *Priorités santé* (Cres Paca) : [www.cres-paca.org/r/29/priorites-sante/](http://www.cres-paca.org/r/29/priorites-sante/)
- *Santé en action* (Santé publique France) : [inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/](http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/)
- *Éducation santé* (Alliance nationale des mutualités chrétiennes - Belgique) : [educationsante.be/](http://educationsante.be/)

## Des sites ou des bases d'actions

- Caisse des dépôts au service des territoires : [www.caissedesdepotsdesterritoires.fr](http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr)
- Inspir'Actions, Fabrique territoires santé : [www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/inspir\\_actions](http://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/inspir_actions)
- OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) : [www.oscarsante.org/](http://www.oscarsante.org/)
- Observatoire régional de l'innovation en santé : [www.oris-aquitaine.org/](http://www.oris-aquitaine.org/)

## Savoirs scientifiques

- Articles publiés dans des revues à comité de lecture
- Ouvrages
- Revues de la littérature
- Méta-analyses
- *Global Health Promotion* (IUHPES) : [journals.sagepub.com/home/PED](http://journals.sagepub.com/home/PED)
- *Revue d'épidémiologie et de santé publique* : [www.em-consulte.com/revue/RESPE/presentation/revue-d-epidemiologie-et-de-sante-publique](http://www.em-consulte.com/revue/RESPE/presentation/revue-d-epidemiologie-et-de-sante-publique)
- *Santé publique* (Société française de santé publique) : [www.sfsp.fr/](http://www.sfsp.fr/)

sont souvent difficiles à identifier et à acquérir. Schöpfel J. Littérature « grise » à l'ombre de la lumière. L'association des professionnels de l'information et de la documentation (ADBS). *I2D. Informations, données & documents*, 2015, 1 : p. 29.

pour générer des changements de pratiques, de compétences ou de comportements ».

Même si le partage de connaissances n'est pas un phénomène nouveau, des modes de diffusion et d'essaimage originaux, esthétiques, pédagogiques et issus de milieux autres que celui de la santé émergent et facilitent la circulation et l'appropriation de l'information pour l'amener sur le terrain de la connaissance. Parmi les modes de transmission des connaissances les plus remarquables du moment, on peut noter la production écrite et dessinée de Léa Mazé et de Pierre Nocerino sur l'accueil des personnes âgées en institution [55], les capsules vidéo de l'INSPQ déconstruisant les mythes sur la santé sexuelle des jeunes à partir des données de l'étude Pixel (<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/pixel/sante-sexuelle-jeunes-adultes/videos>), les infographies comme celle de Santé publique France sur l'état de la santé de la population en France [72]. Diane Berthelette détaille les effets résultant directement ou indirectement de la production et de la diffusion des nouvelles connaissances par les chercheurs [8]. Internet met à disposition de nombreux outils gratuits et intuitifs et quelques référentiels,

pour réaliser de tels supports et des présentations d'information.

Toutes ces ressources numériques ne sauraient dispenser le professionnel du recours à l'expertise des documentalistes. Les centres de documentation des instances régionales d'éducation et promotion de la santé (Ireps), des observatoires régionaux de santé (ORS) et des agences régionales de santé (ARS) sont de précieuses ressources alliant fonds scientifique et technique, national et international, productions régionales originales et repérées sans doute nulle part ailleurs, documents d'information grand public, et outils d'intervention en promotion de la santé pour les Ireps. Les documentalistes vont accompagner le professionnel dans la construction de son projet ou de son intervention en lui fournissant des ressources valides, fiables et pertinentes. De plus en plus, leurs missions ne sont plus « *seulement de traiter l'information (encore qu'il faille maîtriser bien des techniques et du savoir-faire pour accéder à ces morceaux de savoir disséminés), mais aussi, et surtout de faciliter pour le public l'appropriation de ces éléments multifformes, porteurs potentiels de savoirs, pour qu'ils deviennent pour lui connaissance* » [12].





# Évaluer l'impact sur la santé des différentes mesures et décisions publiques

**Jean Simos**  
Responsable de la Division santé environnementale et promotion de la santé, Institut de santé globale, faculté de médecine, université de Genève

Les initiateurs de la Charte d'Ottawa, qui a fondé la promotion de la santé en 1986, ambitionnaient de créer une « *nouvelle santé publique* ». Il s'agissait d'un véritable changement de paradigme, qu'on peut décrire, de manière certes anachronique, par le basculement de la *pathogénèse*, centrée sur les maladies, à la *salutogénèse*, concept inventé par Antonowski à la fin des années 1990. Ce concept exprimait mieux la définition positive de la santé posée en 1946 par la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et était centré sur les déterminants de la santé, notion introduite en 1976 déjà par le rapport Lalonde sur la santé des Canadiens.

## Les politiques publiques saines

Comme le montre avec précision et sans ambivalence le logo de la conférence d'Ottawa, la Charte du même nom a défini trois stratégies (conférer les moyens, servir de médiateur, promouvoir l'idée) et cinq champs d'action prioritaires (réorienter les services de santé, créer des milieux favorables, développer les aptitudes personnelles, renforcer l'action communautaire et construire des politiques publiques saines) pour la promotion de la santé. Si les quatre autres champs d'action sont représentés dans le logo sous forme d'ailerons qui créent une dynamique, celui des politiques publiques saines est désigné par un grand cercle rouge extérieur, « *qui tient ensemble tous les autres éléments* » (et qui n'est transpercé que par l'action communautaire, qui fait évoluer les politiques publiques). Il s'agit donc d'un domaine particulièrement important et essentiel pour une promotion de la santé couronnée de succès.

Que nous dit la Charte d'Ottawa dans le chapitre correspondant ? En tout premier lieu : « *La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.* »

Comment donc inciter les décideurs à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé, d'autant plus que la grande majorité de ces décisions n'ont, en apparence et d'un point de vue formel, rien à voir avec la santé ? C'est sur ce point précis que la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) trouve son origine.

## Définition et buts

Les fondements du concept d'EIS (Health Impact Assessment ou HIA, en anglais) renvoient à la définition

de la santé et à l'approche par les déterminants de la santé. L'état de santé des individus et des populations est largement le résultat de l'environnement social, culturel et physique dans lesquels ils ou elles vivent. Des facteurs comme l'état de notre environnement, l'accès aux ressources nécessaires pour satisfaire les besoins fondamentaux, l'exposition aux risques et la capacité d'y faire face, le revenu et le niveau d'éducation, le réseau social et les relations avec les amis, la famille et les voisins ont tous un impact considérable sur la santé et le bien-être. Ces facteurs constituent les déterminants de la santé. Ainsi, agir en faveur de la santé n'est pas seulement chercher à guérir, ou même à prévenir une maladie, mais c'est intervenir autant que faire se peut sur tout ce qui la « *détermine* » [77].

Les évaluations d'impact sur la santé, apparues à la fin de la dernière décennie du XX<sup>e</sup> siècle, cherchent à identifier comment les différentes actions de développement d'une société, notamment ses différentes politiques publiques, induisent des changements, la plupart du temps non intentionnels, sur les déterminants de la santé et quels sont les changements potentiels sur l'état sanitaire des populations qui en résultent. Elles fournissent une base pour s'atteler de manière proactive à tout risque associé à des dangers pour la santé [40].

L'évaluation d'impact sur la santé est définie comme « *une combinaison de procédures, méthodes et outils par laquelle une politique, un programme ou un projet peuvent être jugés selon leurs effets potentiels sur la santé de la population (directs ou indirects, positifs ou négatifs) et la distribution de ces effets au sein de cette population* » [62]. Il est usuel d'ajouter, à l'instar de l'International Association for Impact Assessment en 2006, la phrase suivante à cette définition : « *L'évaluation d'impact sur la santé identifie les mesures appropriées, aptes à gérer ces effets* ». En effet, il ne s'agit pas de simplement effectuer une évaluation mais aussi d'émettre des recommandations en vue de la prise de décision. Enfin, une confusion existe toujours en France, mais aussi ailleurs, entre évaluation d'impact sur la santé et étude d'impact sanitaire [76].

Les buts de l'évaluation d'impact sur la santé sont [40] :

- identifier les impacts potentiels, négatifs et/ou positifs, d'une décision concernant une politique, un programme ou un projet,
- améliorer la qualité des décisions politiques au travers de recommandations visant à accroître les impacts positifs et à minimiser les impacts négatifs

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

afin de faire introduire dans le processus de décision la prise en considération de la protection et de la promotion de la santé.

### Méthodologie

La méthodologie des évaluations d'impact sur la santé est directement inspirée de celle de l'étude d'impact sur l'environnement. Le processus est structuré en plusieurs étapes (figure 1) et cherche à associer l'ensemble des parties prenantes en favorisant autant que possible la participation de la population concernée par le projet.

- La sélection (*screening*), ou dépistage ou tri préliminaire, permet, à travers de critères et d'outils divers, de définir si une politique, un programme ou un projet doit faire l'objet d'une EIS. Elle revient à examiner les liens potentiels qui peuvent exister entre les objets sélectionnés et la santé. Il s'agit également de vérifier quels différents aspects de la santé pourraient être affectés par une mesure donnée.

- Le cadrage, analyse sommaire (*scoping*) ou délimitation et définition de l'étude, détermine la portée et établit les termes de référence de l'évaluation d'impact sur la santé (le type d'évaluation à réaliser, le comment et le pourquoi). Il permet ainsi d'établir les frontières de l'EIS, de convenir de la façon dont l'évaluation devra être menée, d'attribuer des responsabilités et de convenir de la manière de surveiller et d'évaluer le processus d'EIS et ses résultats sur la santé.

- L'analyse ou appréciation des effets (*appraisal*), examine le potentiel de l'objet évalué à affecter positivement ou négativement la santé. Elle consiste à apprécier les impacts potentiels des objets sur la santé de la population et leur répartition.

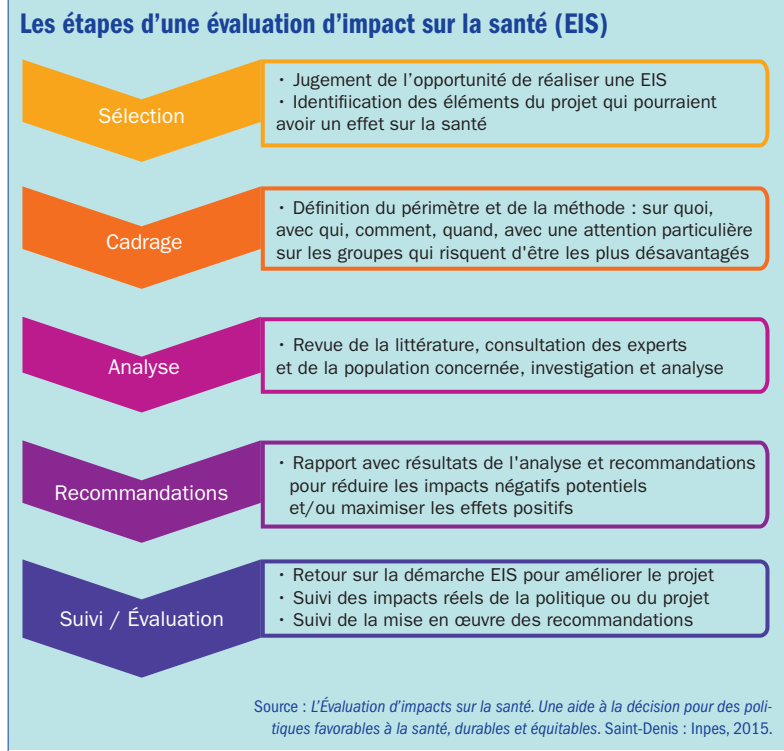
- Le rapport expose les résultats de l'évaluation et rassemble les données probantes et contient les recommandations qui devraient minimiser les impacts négatifs et maximiser les impacts positifs sur la santé de la décision à prendre.

- Le suivi de la mise en œuvre (*monitoring*) des changements proposés et la post-évaluation, consiste à vérifier les résultats de la mise en œuvre des recommandations formulées et à évaluer *a posteriori* le processus réel de l'évaluation d'impact sur la santé.

Comme pour toute évaluation, un modèle logique identifie les cheminements les plus pertinents de la cascade des conséquences en examinant comment certains déterminants de la santé peuvent être affectés par un projet de décision portant sur une politique, un programme ou un projet. Ces cheminements peuvent être directs (par exemple nombre de personnes supplémentaires qui vont souffrir de troubles respiratoires en cas de pic de pollution de l'air) ou indirects (par exemple densité du trafic qui empêche le recours à la marche à pied ou au vélo et qui augmente ainsi la sédentarité).

L'étape du cadrage, où les termes de référence de l'évaluation d'impact sur la santé sont posés, est cruciale. C'est, en principe, lors de cette étape que seront

figure 1



identifiées les techniques d'évaluation à utiliser par la suite :

- collecte et analyse de données appropriées produites par les sources officielles,
- interviews de personnes clés quant à l'information pertinente,
- conduite de discussions en *focus-group* avec les parties prenantes (*stakeholders*) et autres approches participatives,
- mesures directes menées dans les différents domaines (biophysique, social, etc.),
- analyse cartographique en utilisant des systèmes d'information géographique,
- revue de la littérature scientifique et « grise » pour extraire les données pertinentes.

Les recommandations doivent être techniquement fiables, socialement acceptables et économiquement faisables.

La typologie des évaluations d'impact sur la santé varie sur un spectre qui va des EIS approfondies (*comprehensive HIA*) aux EIS ultrarapides (*desktop HIA*), en passant par les EIS intermédiaires et les EIS rapides (*rapid HIA*). Le choix du type d'évaluation d'impact sur la santé à conduire dépend essentiellement du calendrier du projet à évaluer et du temps imparti pour la mettre en œuvre, ainsi que des ressources et données disponibles et du niveau de consultation souhaité.

Toutefois, il est important de comprendre que l'évaluation d'impact sur la santé ne consiste pas en une



méthodologie figée, mais constitue plutôt un processus flexible et créatif qui utilise différents outils provenant des disciplines médicales (épidémiologie), sociales, économiques et environnementales, dans une perspective interdisciplinaire et multisectorielle [40].

### **Dans le processus d'évaluation des politiques publiques, l'EIS intervient de manière proactive dans un stade précoce, avant que la programmation et la mise en œuvre ne soient décidées**

#### **Utilité et utilisation des évaluations d'impact sur la santé en France**

L'évaluation d'impact sur la santé sert principalement :

- comme outil d'aide à la décision (surtout des « décisions à externalités sanitaires ») : possibilité de minimiser les impacts négatifs et de renforcer les effets positifs sur la santé avant que le processus décisionnel ne soit terminé,

- à mieux informer les décideurs et planificateurs,
- à améliorer la transparence du processus décisionnel vis-à-vis du public,
- à lutter contre les inégalités en matière de santé : ce sont souvent les groupes désavantagés ou marginalisés qui font les frais des effets négatifs sur la santé [78].

Elle peut aussi remplir d'autres fonctions d'une utilité certaine pour la santé de la population :

- identifier les impacts du projet de décision sur les inégalités en matière de santé,
- attirer l'attention sur l'état sanitaire des groupes vulnérables,
- renforcer l'action intersectorielle pour la santé,
- traiter les répercussions des effets sanitaires attendus sur le développement durable,
- réduire la charge sur les services de santé,
- inciter les services hors du champ sanitaire à tenir compte des effets de leurs actions sur les déterminants de la santé.

Malgré l'existence de ces multiples éléments de typologie, chez bien des professionnels persiste une grande confusion quant à ce qui est ou ce qui n'est pas une évaluation d'impact sur la santé. Pour opérer de manière univoque cette distinction, on peut se référer à la liste suivante de critères :

- l'évaluation d'impact sur la santé est menée en vue de contribuer à un processus de prise de décision et il est prévu qu'elle soit conclue et communiquée avant que la décision ne soit prise ;
- elle suit le processus systématique qui inclut les différentes étapes définies pour une EIS (voir plus haut) ;
- elle définit la portée des effets sur la santé à travers une prise en compte systématique de tous les facteurs associés au projet de décision évalué et qui peuvent potentiellement affecter la santé. Elle focalise l'analyse aux effets qui sont estimés comme les plus importants pour la santé ;

- elle décrit avec un minimum d'informations l'état de santé des populations qui seront affectées par le projet de décision ;

- elle caractérise les effets sur la santé selon leurs nature, sens, intensité, distribution, durée et probabilités d'apparition ;

- elle utilise les meilleures données probantes (*evidence base*) existantes pour analyser les effets sur la santé et leur distribution ;

- elle sollicite et réagit aux intrants (*inputs*) fournis par les parties prenantes (*stakeholders*) tout au long des différentes étapes du processus – et cela de manière transparente ;

- elle recommande, dans le contexte du projet de décision, des actions à entreprendre pour protéger et promouvoir la santé et réduire les inégalités de santé.

La pratique de l'évaluation d'impact sur la santé a été plus tardive en France que dans les pays anglo-saxons, voire certains pays francophones (Québec, Suisse). Néanmoins, elle connaît une progression très rapide depuis 2011 et la première EIS, réalisée à Rennes, suscite un intérêt croissant, essentiellement à l'échelon régional et local, notamment en ce qui concerne les projets d'aménagement urbain. Elle a eu droit de cité dans la plupart des plans régionaux santé et environnement (PRSE) et l'annexe relative aux transports du troisième Plan national santé et environnement (PNSE3) a conduit l'administration centrale à saisir le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) afin de proposer des mesures concernant la prise en compte des évaluations d'impacts sur la santé dans les documents de planification territoriale [16].

#### **Conclusion et perspectives**

Le rapport que le HCSP a rendu aux ministères commanditaires au printemps 2018 souligne le potentiel non encore exploité des évaluations d'impact sur la santé et émet une série de recommandations, aussi bien structurelles que stratégiques et opérationnelles. Parmi elles soulignons notamment celle de la mise sur pied d'un Centre national de ressources, en charge de mener le plaidoyer, à travers le pays et à tous les échelons, pour la prise en compte des impacts sur la santé. Au-delà de la seule planification territoriale, il devrait « œuvrer pour les engagements internationaux d'aller vers "la santé dans toutes les politiques" (SdTP) et son intégration dans l'Agenda 2030 » [16]. En effet, le concept de SdTP (HiAP, Health in All Policies) est la version contemporaine de celui de politiques publiques saines, de la Charte d'Ottawa.

Mises en consultation publique fin 2017 sous forme d'un rapport provisoire, les recommandations du HCSP ont, dans leur immense majorité, reçu un accueil très favorable. Il reste maintenant à les intégrer officiellement dans l'action publique et à les mettre en œuvre par les acteurs qui, surtout aux niveaux national et régional, ont la responsabilité collective de la promotion de la santé. ➤

# Créer des environnements de vie favorables à la santé

L'état de santé dépend en grande partie des environnements de vie : milieu socio-culturel, pollution, économie, conditions de travail, éducation... L'action de l'État et des collectivités territoriales est fondamentale. Certaines populations (enfants, personnes vulnérables...) font l'objet de programmes spécifiques.

## Environnements de vie, territoires et aménagements urbains Vers une gouvernance en faveur de la santé et du bien-être

Concevoir que les « milieux » de vie impactent la santé de l'« Humain », c'est renouer avec les conseils d'Hippocrate<sup>1</sup>, qui, 400 ans avant notre ère, préconisait dans *De l'art médical* « [...] qu'avant même de soigner, de considérer d'abord les saisons et l'influence respective que chacune d'elles peut avoir; d'acquérir des notions [...] sur la nature des eaux dont les habitants font usage; d'étudier les divers états du sol; de reconnaître le genre de vie des habitants [...] Ce pourrait être la première définition des "environnements de vie" et de leurs impacts sur la santé physique et mentale entendue dans un concept global de "qualité de vie, bonheur, bien être et satisfaction de la vie" » [10].

### Villes, santé et qualité de vie : s'inspirer des leçons de l'histoire

Au début de notre ère, chez les Romains : « [...] Au centre de Rome [...] se trouve la place publique (forum) [...] bordée de halles (basiliques) qui offrent un abri

contre les intempéries [...]. L'idéal de la vie civique comporte un deuxième aspect : l'otium, le loisir [...]. L'après-midi est consacré aux grands loisirs communs des citoyens : le bain et les jeux [...]. Les thermes ne servent pas seulement de bains. Ils constituent de vrais "centres de loisirs". Le simple promeneur trouve dans les jardins des thermes de nouveaux espaces de promenade et de jeu, de rencontre ou de sociabilité. Sur ces parcs ouvrent des bibliothèques, des musées, des salles de conférences » [36]. En France, il faudra attendre le Second Empire pour que ces concepts sur l'aménagement urbain soient remis à l'honneur avec le baron Haussmann (1809-1891), qui a révolutionné l'urbanisme pas seulement en aérant et ventilant Paris, mais en prenant en compte les habitants et l'aménagement de la ville. Il a mis en place des omnibus qui, pour un prix modique, permettaient la traversée de Paris. Il a ainsi facilité les déplacements et permis de relier anciens et nouveaux quartiers tout en mixant habitats et habitants. Il a « fabriqué de la santé », comme le Monsieur Jourdain de Molière, qui faisait de la prose sans le savoir. Dans cetteestruc-

**Catherine Cecchi**  
Responsable pédagogique mastère spécialisé « Architecture, territoires et santé », École nationale supérieure d'architecture de Montpellier-La Réunion, présidente Société régionale de santé publique d'Occitanie, vice-présidente Société française santé environnement, administratrice Société française santé publique

1. *Traité d'Hippocrate des airs, des eaux et des lieux*. Vers 460-370 av. J.-C.



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

turation de la ville se trouvent les bases du concept « environnements de vie ».

### Environnements de vie, facteurs favorables ou défavorables à la santé

Les recherches scientifiques montrent que le système de soins participe à environ, et seulement, 15 % de l'état de santé d'une population. 85 % des facteurs qui contribuent à la santé ne dépendent pas des progrès thérapeutiques mais d'autres facteurs. C'est en ce sens que les recommandations d'Hippocrate sur les environnements de vie sont d'une actualité troublante. On peut classer les environnements en quatre grands types : socioculturels (familiaux, affectifs, amicaux, ludiques...), physiques (naturels, aménagements bâti et non-bâti, sanitaires, transports, mobilité, numériques, sportifs, géographiques...) politiques (administratifs, politiques publiques, gouvernance, législation, réglementation...), et économiques (emplois, institutions, parcours professionnels...).

Ils se déclinent tout au cours de la vie, sous de nombreuses formes (figure 1) : environnements de vie de la petite enfance, des adultes, des seniors, des adolescents, des commerçants, des artistes, des actifs, des inactifs, des retraités, mais aussi de loisirs, de travail, d'activité physique, de savoirs, de culture... Ils peuvent être urbains, ruraux, semi-ruraux, montagnards, campagnards, maritimes... et constituent pour chacun, une véritable toile d'araignée qui se construit au niveau individuel et/ou collectif. Lorsque les actions à mener

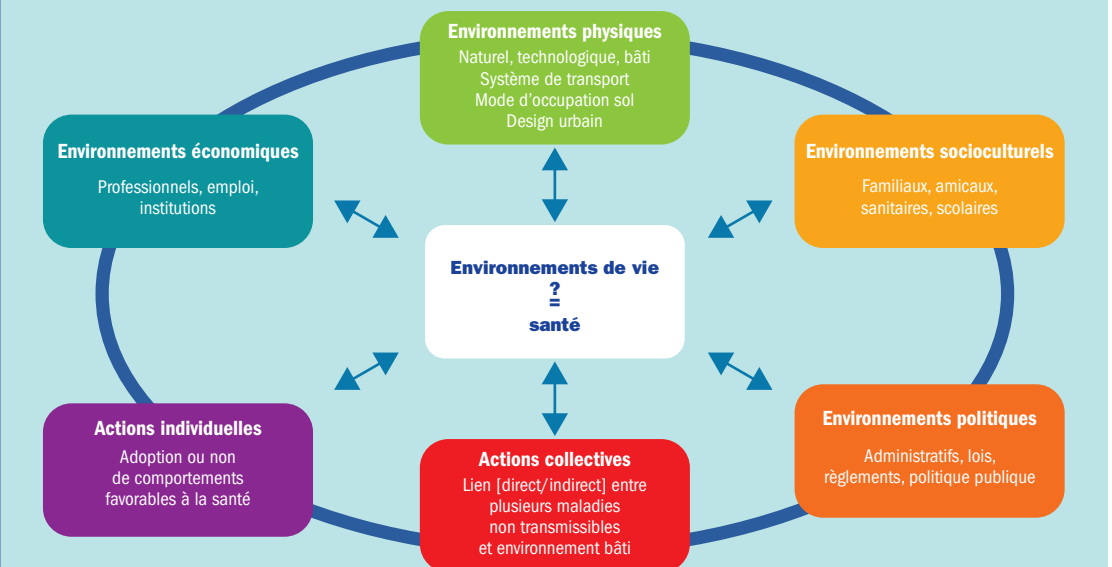
le sont avec des non-professionnels de santé, il nous paraît plus judicieux d'utiliser le terme « environnements de vie » que celui de « déterminants de santé <sup>2</sup> » bien que ce soit celui utilisé dans le langage des professionnels. Ce dernier renvoie dans l'inconscient individuel et/ou collectif à une notion de santé « déterminée » et sur laquelle il serait donc plus difficile d'agir. Le concept d'environnements de vie permet à l'imaginaire de mettre plus facilement des mots sur les champs d'action possibles à développer. Les facteurs favorables ou défavorables à la santé complètent ce concept.

Les facteurs favorables existent sous la forme de facteurs producteurs de santé comme la mixité générationnelle, les espaces verts urbains, les outils numériques... et sous la forme de facteurs protecteurs de santé comme l'activité physique, le bien-être, la qualité de vie, une alimentation saine... Il existe d'autres facteurs dits défavorables à la santé, ce sont les facteurs d'agression comme la sédentarité, l'isolement social, le stress, les dérives d'usage des outils numériques,

2. « Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. » Agence de la santé publique du Canada, 2007.

figure 1

### Schéma inspiré du Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie dans les municipalités



Sources : Éthique et santé publique, environnements de vie santé architecture. Ensam Montpellier, 2016.

les pollutions, les pesticides... Enfin, un dernier groupe est constitué par les facteurs de réparation comme le soin, la prévention, la compassion, l'empathie, la dépollution... Le diagnostic santé du territoire, de la ville, du quartier..., qui précède les décisions et les différents scénarios proposés pour les actions à mettre en œuvre, doit comptabiliser une supériorité du nombre de facteurs favorables par rapport au nombre de facteurs défavorables. L'action présentant le plus de facteurs favorables est celle qui devrait être retenue. Il est utile, à ce stade, de s'interroger sur la façon d'évaluer ces facteurs et leurs impacts sur la santé mais aussi sur les normes. Vérifier que ces dernières sont adaptées ou comment elles peuvent l'être par rapport aux projets et à leurs contextes (régions, climat et modes de vie). Les besoins sont si différents en montagne et au bord de la mer! Une réglementation mal faite, mal adaptée peut être productrice de stress, de facteurs d'agression et impacter négativement la santé de chacun et/ou de tous (figure 2).

La déclaration d'Adélaïde de l'OMS en 2010 préconise de « mettre la santé dans toutes les politiques ». Cette recommandation, reprise par la Stratégie nationale de santé 2018-2020 dans son Axe 1 (p. 10), qui préconise de « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ». Elle recommande, page 16, de « promouvoir les comportements favorables à la santé, et entre autres de promouvoir une activité physique régulière. Il est aujourd'hui établi que l'activité physique est un facteur de prévention de certaines maladies chroniques. Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :  
« – encourager la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie, notamment grâce au développement de l'offre de pratique, à des aménagements de l'espace public favorisant le temps passé dans les espaces de

*nature et le développement des mobilités actives, dont la marche et le vélo ;*

*« – lutter contre les comportements sédentaires dans la vie quotidienne (domicile, travail, école...)... ».*

### Vaincre la sédentarité, lutter contre l'isolement social

Concevoir la ville idéale a toujours été un objectif des bâtisseurs, la nécessité d'y adjoindre l'hygiène, le bien-être, la qualité de vie a trouvé une réponse différente selon les époques, les modes de vie, les cultures, les lieux. Vaincre la sédentarité, lutter contre l'isolement social et promouvoir l'activité physique peuvent trouver une réponse dans l'appropriation des espaces publics par les habitants. Cela nécessite de mettre en place, à l'échelle la plus fine, une réelle collaboration avec les habitants, basée sur la confiance, et d'intégrer à la réflexion, leurs modes de vie et leurs différentes tranches d'âge. « Pour réussir, la politique de la ville doit se faire avec les habitants »<sup>3</sup>. L'aménagement de la cité doit permettre à la ville de devenir « responsive » [...] à l'écoute des besoins des citoyens, [...] pour développer des services urbains adaptés »<sup>4</sup>.

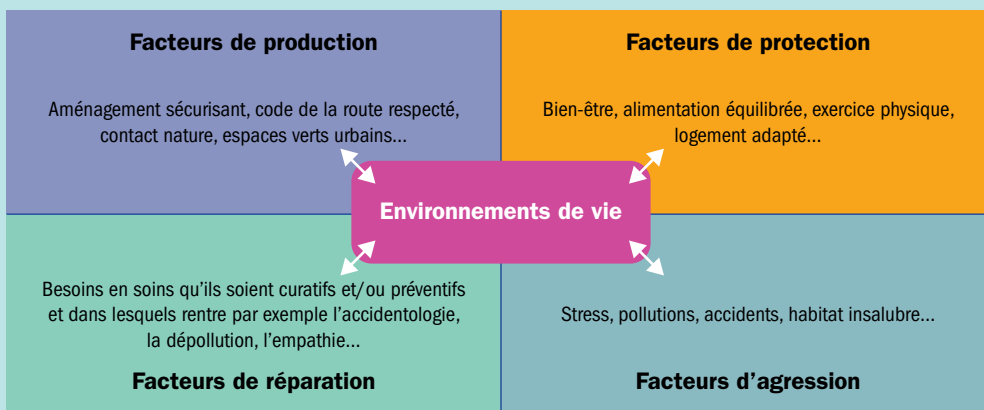
Par exemple, opter pour une demi-heure de marche quotidienne est préconisé par les professionnels pour éviter les méfaits de la sédentarité, l'apparition de l'obésité (facteurs d'agression). C'est un choix individuel qui pour se concrétiser est grandement conditionné par les environnements de vie, qui eux relèvent souvent du système collectif. Le préfet Haussmann l'avait pressenti dans la restructuration de Paris « en mettant au cœur des aménagements urbains la nature et la végétation et en donnant aux Parisiens à moins de dix minutes de marche de leurs domiciles, un parc ou un square » [13].

3. Dossier de presse, « La nouvelle géographie de la politique de la ville », mardi 17 juin 2014, ville.gouv.fr

4. Susan Crawford, Professeur, Harvard Law School.

figure 2

## Environnements de vie et facteurs de santé



Adaptation d'après M. De Spiegelare.



## Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective

Impulser la « marchabilité » en ville, c'est proposer une réappropriation de l'espace public par les habitants mais aussi repenser les rythmes du temps de travail et de vie. Il est nécessaire de faciliter ce choix en proposant des actions où les facteurs favorables producteurs ou protecteurs de santé, retenus dans les projets, l'emportent sur les facteurs défavorables. L'aménagement d'espaces végétalisés comme les squares ou les placettes peut en être une étape. Ces poumons verts dans les quartiers, aident à la production de facteurs favorables à la santé. Les objectifs de chacun des habitants-usagers-citoyens (HUC) peuvent être différents dans l'appropriation et l'usage des espaces publics ou « communs » : donner un but à une promenade, rencontrer d'autres enfants ou parents, discuter tranquillement sur un banc avec une amie, « prendre l'air », favoriser les rencontres inter-générationnelles dans un espace ludique, proposer des activités physiques, transformer les habitants en agriculteurs en créant des potagers urbains... Quel que soit le but, l'aménagement d'espaces végétalisés en proposant la marche, facteur protecteur favorable à la santé, pour accéder à ces îlots de verdure, répond à la préconisation d'adopter de saines habitudes de vie. Ces agencements ne peuvent être pensés sans adjoindre le volet accessibilité, dont la sécurisation est prioritaire. Pour cela, les trottoirs, facteurs de protection, doivent être réservés aux piétons et séparés des voies de passage réservés aux véhicules de tous genres (vélos, scooters, skate-board, trottinettes...), qui sont dans ce cas des facteurs d'agression. Les trottoirs larges doivent être émaillés de bancs permettant des haltes pour les usagers les plus fragiles (seniors, handicapés, femmes enceintes, personnes portant des charges lourdes...).

Ces aménagements urbains prenant en compte la réduction des facteurs d'agression, comme les pollutions visuelles, olfactives, sanitaires, auditives, les risques d'accidents sur la voie publique, les animaux nuisibles... contribuent à améliorer les environnements de vie et impactent globalement sur l'état de santé d'une population. Au niveau individuel ils contribuent à diminuer le risque d'obésité, à vaincre la sédentarité et rompre l'isolement social. Le regard santé, incluant l'analyse des facteurs favorables ou défavorables et leurs impacts, doit être posé en transversalité sur les projets et les actions à déployer dans les politiques d'aménagement des territoires, qu'ils soient urbains ou non. « La qualité de vie des habitants a pris une nouvelle dimension pour l'élaboration des politiques publiques. Elle doit être prise en compte car elle constitue aujourd'hui un facteur essentiel de l'attractivité territoriale. Il est donc devenu nécessaire de mettre en place des indicateurs pour tenter de la mesurer et intégrer... une dimension de "perception des habitants" »<sup>5</sup>.

Les « Millennials », « Milleniums » ou « génération Y », citadins nés entre 1980 et 2000 en Occident, enfants

de la révolution numérique, sont friands de ces modes de vie incluant une appropriation par les habitants de l'espace public. Ils « *conserveront selon le démographe Dowell Myers, tout au long de leur vie, un attrait particulier pour les quartiers denses "walkable", proposant un mélange de commerces et de logements et une connexion efficace au réseau de transport en commun. Ils sont demandeurs d'un espace urbain plus écologique, plus collaboratif et sont désireux de voir les villes s'adapter à leurs besoins et non l'inverse* ». C'est une approche plus holistique, plus « écologique » des modes de vie urbains, en symbiose avec les habitants, qui se profile pour le XXI<sup>e</sup> siècle. « *Au-delà de l'urgence climatique, pour les villes, la priorité c'est d'adapter les infrastructures, l'habitat et les transports en fonction de leur évolution socio-démographique* »<sup>6</sup>.

En conclusion, les villes, où résident plus de 70 % de la population mondiale, vont devoir se réinventer, en particulier sur la nature et l'usage des espaces publics ou « communs », véritables jardins des habitats urbains, qui sont par essence des ressources partagées. Pour relever ce défi, il est indispensable de mobiliser tous les acteurs : habitants, élus, citoyens, décideurs publics et privés, architectes, urbanistes, professionnels de santé, chercheurs et experts. Les auteurs du guide *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils* [69] déplorent le cloisonnement des politiques d'urbanisme, de santé et d'environnement. Pour rompre cette sectorisation souvent en tuyaux d'orgue, il est nécessaire de créer des liens entre tous les acteurs, de tuiler leurs compétences pour rendre plus efficaces les solutions retenues à toutes les échelles et de développer les projets en confiance avec les habitants. Si qualité de vie et bien-être sont intégrés aux réflexions et conceptions actuelles de l'évolution de l'urbain, la santé des habitants doit être véritablement mise au cœur des politiques publiques développées par de nombreux acteurs.

Placer « Humain et Santé » au cœur des environnements de vie, permettra d'aboutir au travailler ensemble pour « mettre la santé dans toutes les politiques »<sup>7</sup>. Dans ce cadre, et comme le note Sibylle Vincendon : « *Les élus ont donc bien un pouvoir. Certes, il peut d'abord servir à interdire [...]. Les règles ne manquent pas, loin de là et, preuve que l'inflation dans le domaine ne garantit rien, "tous les règlements n'ont jamais empêché de construire un bâtiment [un quartier, une rénovation, une réhabilitation, un aménagement d'espace urbain] raté"* (Yves Lion – architecte) ». L'application de la déclaration d'Adélaïde de l'OMS ne pourra se concrétiser que si elle est soutenue par les habitants et appuyée par une véritable volonté politique locale, régionale, nationale et même internationale. ➤

5. de Boismenu I. Des indicateurs de bien-être pour révéler les ressources des habitants. *Idées & Territoires*, nov. 2017 : p. 13.

6. Dominique Bureau, délégué général du Conseil économique pour le développement durable (CEDD) et membre du comité scientifique de La Fabrique de la Cité.

7. OMS. Déclaration d'Adélaïde, 2010.

### Liens

<https://www.ibicity.fr/la-nouvelle-valeur-des-espaces-publics/>  
<https://www.lafabriquedelacite.com/fabrique-de-la-cite/data.nsf/>  
[https://www.opqtecc.org/missions-programmation-urbaine-integrent-avantage-management\\_4\\_1\\_189.html](https://www.opqtecc.org/missions-programmation-urbaine-integrent-avantage-management_4_1_189.html)

# Polluants de l'air intérieur, encore de nombreuses zones d'ombre

**N**os connaissances dans le domaine de la pollution intérieure sont beaucoup moins précises qu'en ce qui concerne la pollution extérieure.

Cela provient d'au moins à trois raisons. La première tient à ce qu'historiquement, l'origine des polluants était manifestement extérieure, les ambiances intérieures n'étant, *a priori*, contaminées qu'à travers elle. La deuxième est que la pollution intérieure est de nature plus complexe du fait de la diversité des sources, qui varient d'un local à un autre. Un capteur de pollution extérieure situé en zone urbaine représente l'exposition d'un grand nombre de personnes, tandis qu'un logement ou tout autre local constitue un micro-environnement particulier dont l'étude météorologique ne peut être extrapolée aux autres logements du quartier. Enfin, dans la troisième intervient la notion d'espace privatif, qui complique les investigations.

Malgré ces difficultés, cette thématique a connu, au cours des vingt dernières années, un développement rapide, notamment du fait de la création d'organismes institutionnels dédiés : l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI) en 1999, l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) faisant suite à l'Agence française de sécurité sanitaire (Afsset créée en 2000), Santé publique France succédant, entre autres, à l'Institut de veille sanitaire (InVS) créé en 1998.

Nous nous focaliserons sur les logements mais évoquerons, dans le domaine des établissements recevant du public, le cas des locaux scolaires. Nous laisserons de côté la pollution d'origine professionnelle dont la diversité se prête mal à une présentation synthétique.

Les polluants se divisent, par leur nature, en quatre groupes : polluants chimiques, polluants physiques, polluants microbiologiques et polluants radioactifs.

## Polluants chimiques

Ils ont pour origine d'une part l'équipement et l'entretien de la maison, d'autre part l'activité de ses occupants.

En ce qui concerne les polluants émis par l'équipement, on citera le formaldéhyde émis par les mousses urée-formol des cloisons, par les meubles encollés et certaines colles à moquette ou revêtements de sol, dans les mois suivant leur livraison, les retardateurs de flamme contenus dans certains canapés, ou encore le bisphénol A et autres modificateurs endocriniens issus des plastiques.

Les produits d'entretien, qui libèrent des composés organiques volatils (COV), c'est-à-dire en suspension dans l'air à température ambiante, se sont multipliés dans le logement d'aujourd'hui. Ceux qui sont présentés sous forme d'aérosols sont plus facilement aéroportés

et maintenus en suspension dans l'air ambiant. Ils ont attiré l'attention des organismes de protection des consommateurs [1, 21], qui proposent en substitution des produits labellisés peu émetteurs ou des produits traditionnels tels que le vinaigre blanc ou le bicarbonate de soude. Leurs effets sur la santé sont mal connus, pour certains potentiellement mutagènes, reprotoxiques et cancérigènes, en tout cas irritatifs à forte concentration. On en rapproche les encens, parfums d'intérieur et bougies parfumées qui émettent notamment par leur combustion du benzène à haute concentration. À ranger également dans cette catégorie les huiles essentielles qui sont, de façon paradoxale, promues pour leur capacité à purifier l'air... alors qu'y sont ajoutés des produits chimiques qui, bien qu'étant naturels, ont les mêmes effets délétères sur l'organisme humain que les produits synthétiques.

Parmi les polluants chimiques, le monoxyde de carbone ou CO occupe une place particulière. Il est produit lors d'une combustion incomplète et s'accumule si l'air de la pièce n'est pas suffisamment renouvelé, conduisant à une intoxication. On a relevé en France, en 2016-2017, 1 000 cas d'intoxication et 100 décès. La prévention passe par un bon réglage des appareils de combustion, usage limité des chauffages d'appoint et une bonne ventilation des locaux.

Tout différent est le dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>), gaz produit notamment par la respiration humaine et témoin du confinement des locaux densément occupés, notamment les locaux scolaires. Ce gaz n'a pas d'effet sur la santé, sauf à très forte concentration, mais sa présence témoigne d'un renouvellement insuffisant de l'air des locaux, ce qui peut conduire à l'accumulation dans ces locaux des polluants générés, notamment en milieu scolaire, par les composés organiques volatils.

Enfin, le tabagisme occupe une place particulière par le nombre extrêmement élevé, proche de 4 000, et la diversité des composés chimiques renfermés dans les cigarettes. Son retentissement sur l'environnement est tel, en matière de COV et de particules, qu'il masque le rôle des autres aérocontaminants.

## Polluants particulaires

Ils sont représentés par les particules en suspension, classées en fonction de leur diamètre en particules grossières (plus de 10 micromètres ou  $\mu\text{m}$ ), particules inhalables (moins de 10  $\mu\text{m}$ ), particules fines (moins de 2,5  $\mu\text{m}$ ) et particules ultrafines (moins de 0,1  $\mu\text{m}$ ). Toutefois, ce mode d'expression des résultats est critiquable car une particule est d'autant plus réactive chimiquement que sa surface de contact avec le milieu

## Denis Charpin

Unité de pneumologie, groupe hospitalier de la Timone, Aix-Marseille université, Association pour la prévention de la pollution atmosphérique

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.





ambiant est plus grande. À poids égal, un grand nombre de particules ultrafines a donc une réactivité chimique supérieure à celle d'un petit nombre de particules de plus grande taille.

Dans le logement, les sources de particules sont représentées par l'air extérieur, les appareils de combustion, les activités de cuisine, les cheminées et le tabagisme. Dans les pays en développement, le chauffage et la cuisine des habitations primitives sont assurés par l'utilisation de combustibles tels que les débris végétaux, le charbon de bois et les déjections animales. La combustion est de mauvaise qualité et l'évacuation des fumées ne se fait pas par une cheminée, d'où une exposition massive et prolongée des occupants aux aérocontaminants. Les conséquences sanitaires de cette exposition aux produits de combustion de la biomasse sont majeures : multiplication des pneumonies chez l'enfant, apparition d'asthme, de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), de cancer bronchique et dilatations de bronches [33, 67]. Dans les pays développés, les conséquences sanitaires d'une exposition aux particules de l'air intérieur sont encore mal connues. On a montré qu'elle influence le cours évolutif de l'asthme et de la BPCO.

### Polluants microbiologiques

Ils sont représentés par les acariens, les moisissures, les blattes et les animaux de compagnie.

L'établissement d'un lien entre l'exposition à ces polluants microbiologiques et l'impact sanitaire est difficile car on les trouve bien souvent conjointement dans les logements du fait que l'excès d'humidité représente un facteur de risque commun au développement des trois premiers (tableau 1).

### Acariens de la poussière de maison

Ils prolifèrent dans un logement bien chauffé, entre 20 et 25 °C, dont l'humidité relative est voisine de 75 à 80 %. On les trouve notamment dans les objets rembourrés et la literie. Ils émettent des particules fécales qui renferment l'essentiel des allergènes et induisent chez les patients allergiques une synthèse

d'immunoglobulines E ou IgE. Chez le patient allergique aux allergènes acariens, l'exposition à ces allergènes a un impact négatif tant au plan clinique, spirométrique que sur celui des besoins médicamenteux. Pour autant, les études d'éviction (prévention secondaire) se révèlent décevantes [17, 35, 45] et les sociétés savantes ne recommandent plus la mise en œuvre des mesures d'éviction physique et/ou chimiques classiques. Ce résultat décevant peut tenir à plusieurs facteurs : des procédures d'éviction pas assez efficaces pour abaisser substantiellement les taux allergéniques, la présence d'autres aérocontaminants mal pris en compte dans l'éviction, ou une hétérogénéité génétique parmi les patients sensibilisés à ces allergènes. Des personnels spécialisés, les conseillers habitat-santé ou conseillers en environnement intérieur, disponibles dans certaines régions et mobilisés à la demande du médecin, réalisent un audit environnemental du logement et doivent aider les propriétaires à corriger des défauts du bâtiment, bien souvent à l'origine de l'excès d'humidité.

Un débat existe aujourd'hui quant à l'intérêt de mesures d'éviction des acariens à mettre en place avant la naissance d'un bébé, quand les parents sont allergiques (prévention primaire). Les études réalisées dans ce domaine ne sont pas probantes.

### Moisissures intérieures

On les trouve dans 15 % à 20 % des logements en France mais 5 % en renferment plus de 1 m<sup>2</sup>.

Les zones géographiques les plus concernées sont les régions humides à climat doux car un air chaud contient davantage de vapeur d'eau qu'un air plus frais.

Le mode d'action des moisissures sur l'homme n'est pas univoque : à côté du mécanisme allergique lié à la présence d'allergène sur les spores et le mycélium, on a identifié un mécanisme irritatif lié à la présence dans la paroi fongique de substances pro-inflammatoires et aussi un mécanisme toxique en relation avec la production, par le métabolisme de certaines moisissures hydrophiles, de mycotoxines. Encore davantage que dans le cas des allergènes acariens, la présence de moisissures relève le plus souvent d'un défaut du bâti.

tableau 1

### L'excès d'humidité favorise la production d'aérocontaminants de natures diverses

Humidité = expositions multiples

#### Moisissures

- spores et antigènes fongiques
- glucanes
- composés organiques volatils microbiens
- mycotoxines

#### Bactéries

- Gram - : endotoxines
- Gram + : peptidoglycane

#### Composés organiques volatils

#### Allergènes

- acariens

L'impact sanitaire lié à l'exposition aux moisissures du logement a donné lieu à de nombreuses études épidémiologiques transversales et longitudinales sous la forme de suivi de cohortes. Leurs résultats ont été synthétisés dans plusieurs méta-analyses publiées successivement au cours des années 2000 [24, 56, 85]. Ces méta-analyses (tableau 2) elles-mêmes ont amené les institutions à publier des rapports qui ont vocation à être pris en compte par les décideurs (tableau 3).

Les procédés de décontamination doivent être rigoureux pour ne pas propager dans le logement les moisissures

et les substances qui les accompagnent et pour ne pas exposer les personnes qui décontaminent (tableau 4). Le financement des travaux de réhabilitation peut bénéficier d'aides publiques.

#### Blattes ou cafards

On les trouve dans les immeubles mal entretenus, surtout si de la nourriture traîne dans la cuisine et si le logement est humide. La carapace de l'animal renferme des allergènes qui induisent de la rhinite ou de l'asthme allergique. La prise en charge comporte, outre des

tableau 2

### Méta-analyse concernant l'association entre présence de moisissures dans le logement et différents indicateurs de santé respiratoire

	Population	Nombre d'études réalisées	Risque relatif [intervalle de confiance à 95 %]
Symptôme ORL	Tous	13	1,70 [1,44 ; 2,00]
Toux	Tous	18	1,67 [1,49 ; 1,86]
	Adultes	6	1,52 [1,18 ; 1,96]
	Enfants	12	1,75 [1,56 ; 1,96]
Sifflements	Tous	22	1,50 [1,38 ; 1,64]
	Adultes	5	1,39 [1,04 ; 1,85]
	Enfants	17	1,53 [1,39 ; 1,68]
Asthme actif	Tous	10	1,56 [1,30 ; 1,86]
Asthme dans la vie	Tous	8	1,37 [1,23 ; 1,53]
Apparition d'un asthme	Tous	4	1,34 [0,86 ; 2,10]

La 4<sup>e</sup> colonne indique le risque relatif (et son intervalle de confiance à 95 %) d'être atteint de tel ou tel symptôme ou maladie si l'on occupe un logement contaminé par les moisissures par rapport à une personne occupant un logement non contaminé.

Source : Fisk, Indoor Air 2007 [24].

tableau 3

### Présence de moisissures et survenue d'effets sur la santé

- Développement d'asthme (enfant)
- Exacerbation des symptômes de l'asthme (enfant)
- Incidence augmentée de l'asthme dans les bâtiments ayant connu des dégâts des eaux (adultes sur le lieu de travail)
- Rhinite allergique
- Altération de la fonction cognitive chez l'enfant pour des expositions sur plus de deux ans dès la naissance
- Pas de conclusion sur le syndrome du bâtiment malsain

Source : Moisissure dans le bâti, Anses, juin 2016.

tableau 4

### Évaluation de la contamination fongique : observation de l'étendue des surfaces moisissées cumulées dans les pièces d'habitation (hors cave, grenier, garage...)

< 0,2 m <sup>2</sup> (équivalent à 3 feuilles A4)	0,2-3 m <sup>2</sup>	> 3 m <sup>2</sup>
Niveau faible de contamination	Niveau moyen de contamination	Niveau élevé de contamination
Nettoyage par le particulier sauf pour les personnes atteintes de pathologies respiratoires chroniques et immunodéprimées	Nécessite une intervention de remédiation, de préférence par un professionnel du bâtiment	Nécessite une intervention de remédiation, par un professionnel labélisé

Source : Moisissure dans le bâti, ANSES, juin 2016.



médicaments antiallergiques et/ou antiasthmatiques, l'éviction des blattes, qui passe par des mesures de décontamination, à la fois et en même temps dans les parties communes des immeubles et dans les différents appartements.

### Animaux de compagnie

On dénombre en France 11 millions de chats et 9 millions de chiens. Les premiers sont plus allergisants. Ils peuvent provoquer chez le sujet allergique de l'asthme et de la rhinite. Il n'y a pas de mesure environnementale efficace qui peut permettre à une personne allergique à l'animal de le tolérer s'il reste au domicile. Les petits rongeurs tels que rat, souris, gerbille, cobaye, etc. sont aujourd'hui très populaires mais peuvent induire une réaction allergique après quelques semaines seulement de contact.

La question de savoir si la présence d'un animal au domicile de bébé peut induire, ou au contraire limiter, le risque de voir se développer une allergie n'est aujourd'hui pas tranchée. D'une manière plus générale, particulièrement dans le domaine de l'allergie alimentaire, le paradigme actuel est celui de l'induction d'une tolérance par un contact précoce (« fenêtré d'exposition ») avec l'allergène plutôt que l'éviction, dont on a vu les limites.

### Polluants radioactifs

Le radon est un radioélément provenant de la dégradation de l'uranium présent dans l'écorce terrestre, tout particulièrement dans les sols granitiques et volcaniques. De ce fait, on le trouve en France en Bretagne, dans le Massif central, les Alpes et les Pyrénées et le massif

de l'Esterel. Il peut s'infiltrer dans les logements, sous forme gazeuse, par l'intermédiaire de pores et fissures dans le sol ou par l'intermédiaire des eaux souterraines, et contaminer le logement.

L'impact sanitaire est constitué essentiellement par le risque de cancer du poumon. Dans les zones géographiques concernées, on estime que 20 % des cancers du poumon relèvent de ce facteur de risque [2].

Le dépistage est facile, par l'intermédiaire d'un dosimètre commandé sur un site, laissé en place dans le logement pendant deux mois puis renvoyé à une société qui effectue le dosage. Le particulier peut, pour faire cette évaluation, se procurer le dosimètre auprès d'une des trois sociétés (Algade, Pe@ri et Radonova) ou faire venir à son domicile un organisme agréé (dont la liste se trouve sur le site de l'Autorité nationale de sûreté nucléaire) qui effectue le dosage. Son prix est de l'ordre de 25 euros.

S'il y a présence de radon, il faut procéder à des travaux d'étanchéification du sol de la maison.

### Conclusion

Les connaissances concernant les polluants de l'air intérieur ont explosé au cours des vingt dernières années mais il reste encore de nombreuses zones d'ombre, en particulier l'action conjuguée des différents polluants (« effet cocktail »), la caractérisation des particules et leur effet spécifique en fonction de la composition chimique, le développement d'indicateurs biologiques d'exposition, les interactions entre génétique et environnement, et le vaste domaine de la gestion technique et sociétale de l'habitat insalubre. ➤

# Le stress, les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail

## Des concepts au cœur de la prévention et de la promotion de la santé

**Edith Salès-Wuillemin**  
Professeure de psychologie sociale et du travail, université Bourgogne Franche-Comté, Laboratoire Psy-DREPI, psychologie : dynamiques relationnelles et processus identitaires, Groupe Qualtra : qualité de vie au travail : recherche, diagnostic, formation

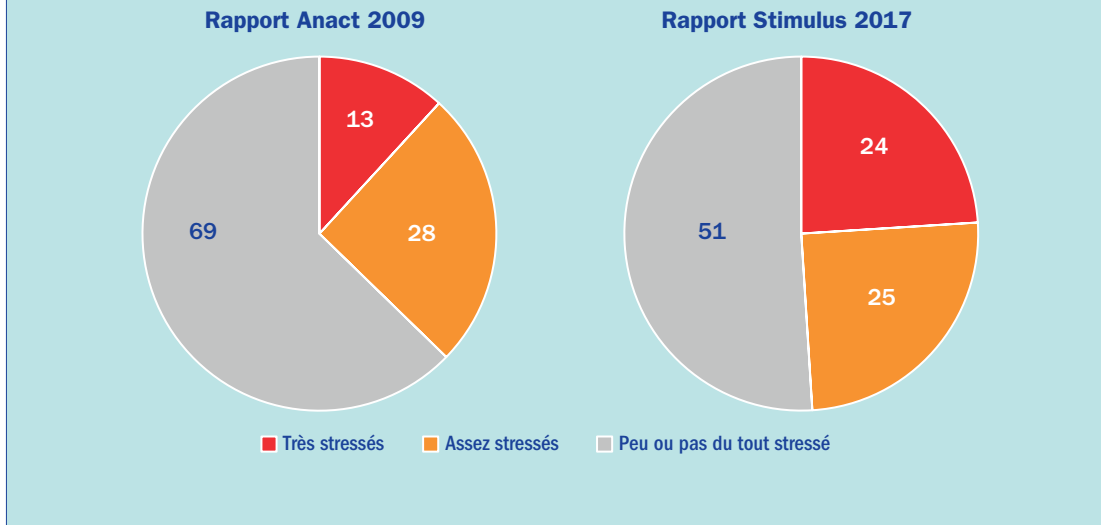
Lorsque le travail est source de souffrances physiques (par exemple troubles musculo squelettiques ou TMS), de difficultés cognitives (fatigue intellectuelle...), de troubles affectifs (irritabilité...) et comportementaux (hyperactivité...), il se retrouve au cœur de la santé publique, de la prévention du stress et des risques psychosociaux (RPS). La comparaison entre deux enquêtes menées en France (figure 1) la première pour l'Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) en 2009 [58]; la deuxième en 2017 par Stimulus, observatoire de la santé psychologique [82] – montre l'ampleur du problème. Apparaissent une nette augmentation du nombre de salariés se déclarant

très stressés (1/10 en 2009 contre 1/4 en 2017) et une diminution de ceux qui se disent peu ou pas stressés (6/10 en 2009 contre 1/2 en 2017).

Dans une démarche de prévention de la santé au travail, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Anact préconisent de mesurer l'impact des conditions de travail (réorganisation des structures de travail, rationalisation des coûts...) sur la santé physique et mentale des individus. Des outils d'autodiagnostic et un accompagnement sont proposés. Plus récemment, une ouverture sur la qualité de vie au travail (QVT) oriente la démarche vers une politique de promotion de la santé au travail [48, 49, 59].

figure 1

### Le stress ressenti par les salariés, comparaison des rapports Anact (2009) et Stimulus (2017) (en pourcentage)



#### La démarche de prévention du stress et des risques psychosociaux

Cette démarche permet d'anticiper et prévenir l'apparition du stress et des risques psychosociaux (prévention primaire), de modifier l'organisation de travail lorsqu'ils sont détectés (prévention secondaire) et d'accompagner les individus et les organisations de travail, lorsque les risques psychosociaux sont installés (prévention tertiaire).

Le plan d'action est mis en place par l'organisation de travail à l'issue d'une démarche en sept étapes :

1. constitution d'un comité de pilotage (direction ou comité de direction, médecin du travail, CHSCT, représentants du personnel...);
2. précision du cadre législatif de l'intervention et relevé des indicateurs-objectifs du tableau de bord des risques (absentéisme, *turnover*, accidents du travail...);
3. mise en place du diagnostic (de préférence par des consultants externes) dans une cohérence conceptuelle et méthodologique;
4. analyse des résultats du diagnostic;
5. proposition d'un plan d'actions à la direction;
6. mise en place d'un plan de communication en direction des salariés;
7. mise en place du plan d'actions.

#### Le cadre législatif : les risques psychosociaux et le stress

Les risques psychosociaux englobent « *le stress, les violences, le harcèlement et les addictions* ». L'accord national interprofessionnel (Ani) est signé par des représentants des employeurs, comme le Mouvement des entreprises de France (Medef), et des syndicats représentant les salariés, comme la Confédération française démocratique du travail (CFDT). Il inclut, en 2008, la notion de stress au

travail; le harcèlement et les violences au travail seront introduits en 2010. Parallèlement, le Code du travail fait obligation à l'employeur « *de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* » (art. L. 4121-1 à 5). Le décret 2001-1016 du 5 novembre 2001 porte sur la création par l'employeur d'un document unique d'évaluation des risques psychosociaux (ou DUER), relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs prévue dans l'article L. 230-2 du Code du travail. Le document unique intègre désormais les risques physiques et psychosociaux.

#### Le cadre conceptuel : les résultats de la recherche scientifique sur le stress

Selye [74] définit le stress comme une réaction physiologique, notamment hormonale (cortisol, adrénaline), à des stressseurs externes (comme réaliser un travail dans un délai particulièrement raccourci), ayant des effets immédiats (accélération du rythme cardiaque, élévation de la tension artérielle...) et à long terme (accident cardiovasculaire...). D'autres modèles se centrent sur les facteurs psychologiques. Dans le modèle de Karazek [39], le stress résulte d'un déséquilibre entre exigences de la tâche ou *Job Demand* (par exemple devoir travailler vite) et l'autonomie-contrôle de l'individu ou *Job Control* (organiser son travail à sa manière). La charge mentale (*Job Strain*), et donc le stress ressenti, augmente lorsque l'écart entre ces deux variables ne peut plus être compensé, lorsque les contraintes sont fortes et que l'individu a une faible latitude. Dans le modèle de Siegrist [75], l'individu ressent du stress lorsque l'effort à fournir (pression temporelle, interrup-

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



tions dans la tâche) est plus important que les récompenses reçues (perspectives d'évolution de carrière). Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) [43] est plus large, il décrit le stress comme une réaction adaptative consécutive à une évaluation (*appraisal*) que l'individu fait de la situation source de stress (changement de logiciel dans une organisation de travail) et des ressources dont il dispose : psychologiques (par exemple sentiment de pouvoir gérer la situation) et matérielles (par exemple avoir suivi une formation avant la mise en place du logiciel). Lorsque les ressources sont jugées insuffisantes pour faire face à la situation, il y a déséquilibre : le bien-être est mis en danger, l'individu éprouve du stress. Le stress en soi n'est pas nécessairement négatif, il permet à l'individu de faire rapidement face aux situations en mobilisant ses ressources. Par contre, un stress qui s'installe épuise psychologiquement et physiquement l'individu.

### Les outils de mesure du stress

Plusieurs échelles ont prouvé leur validité, elles se différencient par la longueur (nombre d'items inclus) et les dimensions (thématiques prises en compte). Les plus utilisées sont celles de Karazek (*Job Content Questionnaire*) en vingt-six items qui mesurent la demande psychologique (par exemple mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense), la latitude décisionnelle (par exemple mon travail me demande d'être créatif), le soutien social (par exemple les collègues avec qui je travaille sont amicaux) et la reconnaissance au travail (par exemple vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant). L'échelle de Siegrist (effort-récompense), dans sa version courte en vingt-trois items, évalue l'effort (par exemple je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail), la récompense (par exemple je reçois le respect que je mérite de la part de mes supérieurs) et le surinvestissement (par exemple le travail me trotte encore dans la tête lorsque je vais au lit). L'échelle de Cohen (*Perceived Stress Scale*), en quatorze items, s'appuie sur le modèle de Lazarus et Folkman. Elle mesure : la perception de débordement ou détresse perçue (par exemple sentiment de difficultés à contrôler les choses importantes dans sa vie) et l'efficacité personnelle ou capacité à faire face (par exemple sentiment de ne pas pouvoir assumer toutes les choses à faire). L'utilisation de ces échelles permet la mesure du stress ressenti et de la croiser avec des facteurs organisationnels ou personnels.

### Les recherches sur les déterminants du stress

Sept facteurs de stress organisationnel sont reconnus : conditions de travail (par exemple tâche exigeant des ressources psychologiques importantes) ; gestion du temps de travail (par exemple flexibilité horaire, empan horaire et imprévisibilité conséquents) ; rôles organisationnels (par exemple sentiment d'ambiguïté de rôle ou de conflit de rôle) ; relations de travail (par exemple sentiment de ne pas être soutenu par ses collègues

ou sa hiérarchie) ; évolution dans l'emploi (par exemple sentiment d'insécurité dans l'emploi) ; structure et climat organisationnels (par exemple restructurations ou délocalisations) ; articulation vie privée et vie professionnelle (par exemple absence de cloisonnement entre la sphère personnelle et la sphère de travail). Trois principaux facteurs de vulnérabilité psychologiques individuels sont confirmés : la personnalité (par exemple avoir un caractère consciencieux ou ressentir plus facilement des émotions négatives) ; l'estime de soi (sentiment d'avoir peu de valeur) et le sentiment de contrôle (avoir le sentiment de ne pas maîtriser la tâche) [7, 19].

### Démarche de promotion de la santé : la qualité de vie au travail

La promotion de la santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1986, comme un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». La mise en œuvre d'une démarche visant la qualité de vie au travail nécessite donc une compréhension des phénomènes, une anticipation et une co-construction avec les acteurs de l'organisation de travail.

Le plan d'action, mis en place par l'organisation de travail, se fait en cinq étapes. Il implique une réflexion en amont, *par anticipation* et non *en réaction* à une situation critique :

1. création de groupes de réflexion impliquant la perception et l'action de différents partenaires (salariés, dirigeants, partenaires sociaux, État et collectivités...) pour anticiper les besoins organisationnels, sociaux et personnels en relation avec les valeurs positives du travail. Cette partie de la démarche s'appuie sur l'engagement (*commitment*) des individus ;
2. analyse de la situation, reposant sur un croisement des données concernant les conditions physiques et psychologiques du travail relevant de l'état de bien-être de l'individu ;
3. mise en place d'un plan de formation et d'accompagnement des individus à toutes les strates de la hiérarchie visant l'autonomisation (*empowerment*) des personnes ;
4. établissement du plan de communication fluidifiant la communication horizontale et montante ;
5. évaluation régulière de la satisfaction des individus sur les différentes dimensions visées.

Pour ce faire, il est nécessaire de s'appuyer sur le cadre législatif et les données de la recherche.

### Le cadre législatif : la qualité de vie au travail

En 2013, l'Ani fixe le caractère subjectif et multidimensionnel de la qualité de vie au travail, « sentiment de bien-être au travail [...] qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur [...], une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ». Dans cette lignée, l'article 33 de la loi n° 2014-288 du

5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, prévoit la possibilité d'un accord entre l'employeur et les organisations syndicales de salariés visant « *le regroupement dans une négociation unique dite de "qualité de vie au travail" de tout ou partie des négociations obligatoires prévues aux articles L. 2242-5, L. 2242-8 du Code du travail* ».

Le rapport Lachmann, Larose et Pénicaut portant sur le bien-être et l'efficacité au travail en 2010, avance une série de dix propositions destinées à l'amélioration de la « santé psychique au travail ». Ce rapport ouvre un nouveau champ de réflexion et d'action en précisant que les questions relatives aux conditions de travail débordent largement le champ de la prévention des risques psychosociaux : on passe de la notion de *prévention* à celle de *promotion* de la santé [3].

#### Le cadre conceptuel : les résultats de la recherche scientifique sur la qualité de vie au travail

Le concept de qualité de vie au travail (*Quality of Work Life*) a eu du mal à émerger en raison d'une absence de consensus sur les définitions. Il s'est maintenant stabilisé grâce aux liens établis avec le concept de qualité de vie utilisé en santé publique, à la montée en puissance de la psychologie positive et à la mise en place d'outils de mesure validés [54, 84].

En santé publique, la qualité de vie du patient renvoie au bien-être et à la satisfaction. Elle repose sur plusieurs dimensions comme l'état de santé, l'environnement social, les croyances psychologiques et spirituelles ainsi que le niveau socio-économique. La psychologie positive suppose de s'intéresser aux facteurs qui améliorent la santé ou la qualité de vie des individus, plutôt qu'à ceux qui la détériorent. « *La santé positive annonce une longévité accrue [...] et un pronostic plus favorable en cas de maladie* » [73]. La définition de la qualité de vie au travail, proposée par Lawler [42] reprise par Sirgy [79], renvoie à la *satisfaction des besoins* de l'individu résultant de la *participation à l'organisation de travail*. Plusieurs dimensions du travail sont alors explorées, on les retrouve dans les échelles de mesure.

#### Les outils de mesure de la qualité de vie au travail

Les échelles de qualité de vie au travail mesurent la satisfaction de l'individu, mais diffèrent sur les dimensions prises en compte au niveau des conditions de travail ou des besoins individuels [84]. Deux échelles illustrent ces dimensions. La *Work-Related Quality of Life Scale (WRQoL)*, de Van Laar et collaborateurs, structurée en vingt-trois items et six dimensions, porte sur la *satisfaction concernant l'organisation de travail* : la carrière, le stress, les conditions de travail, le contrôle des tâches, l'équilibre vie professionnelle, vie personnelle, le bien-être général. L'échelle de Sirgy et collaborateurs, structurée en seize items et sept dimensions, porte sur la *satisfaction des besoins individuels* : santé et sécurité, économiques et familiaux, sociaux, reconnaissance d'autrui, réalisation de soi, connaissances et créativité.

#### Les recherches sur les déterminants de la qualité de vie au travail

Les recherches empiriques sur la qualité de vie au travail sont encore peu nombreuses. Elles montrent :

6. une corrélation forte et positive entre la qualité de vie au travail et les concepts de bien-être et de satisfaction au travail ;
7. l'impact de la qualité de vie au travail sur les indicateurs du tableau de bord des risques psychosociaux. Ainsi, un bon niveau de qualité de vie au travail augmente la sécurité au travail, la performance et réduit l'absentéisme, la fréquence des retards et le *turnover* ;
8. les individus ayant un haut niveau de qualité de vie au travail s'identifient davantage à l'organisation de travail et ont un meilleur niveau d'engagement organisationnel [7, 19] ;
9. enfin, nous avons pu montrer [71] que l'écart perçu par l'individu entre la qualité de vie au travail, idéale et effective, est fortement corrélé à la satisfaction au travail.

#### Conclusion

Dans l'analyse des conditions de travail, faire référence au stress et aux risques psychosociaux traduit une démarche de prévention. Par contre, parler de qualité de vie au travail suppose de s'inscrire dans une visée de promotion de la santé au travail.

Ce renversement de paradigme peut paraître difficile et incertain, mais il est indispensable quand on cherche à créer un environnement physique et psychologique favorable, en privilégiant la cohérence et la continuité, qui passe par une co-construction collective et qui engage l'ensemble des acteurs de l'entreprise pour atteindre le bien-être et la satisfaction des individus, pour que le travail ne soit pas une souffrance mais créateur de valeurs individuelles et sociales ainsi qu'un vecteur de développement de l'individu. ➤



# Le rôle des enseignants pour la promotion de la santé à l'école

**Brigitte Moltrecht**  
Médecin conseillère technique auprès de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)  
**Marie-Pierre Coffineau**  
Enseignante

Le concept de promotion de la santé est affirmé à Ottawa en 1986<sup>1</sup>, la santé devient alors une ressource à développer tout au long de la vie, en tenant compte des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques.

## La promotion de la santé à l'école et ses acteurs

Le Code de l'Éducation dans son article L. 541-1 établit l'importance de la promotion de la santé à l'école et pointe le rôle premier des médecins et infirmiers de l'Éducation nationale. Le parcours éducatif de santé pour tous les élèves, défini dans la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016, élargit la mobilisation à l'ensemble de la communauté éducative : directeurs d'école, chefs d'établissement et adjoints, enseignants, personnels

1. <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

sociaux et de santé, psychologues de l'Éducation nationale, conseillers principaux d'éducation, parents, élèves et associations partenaires.

Le parcours éducatif de santé (PES) est structuré autour de trois axes :

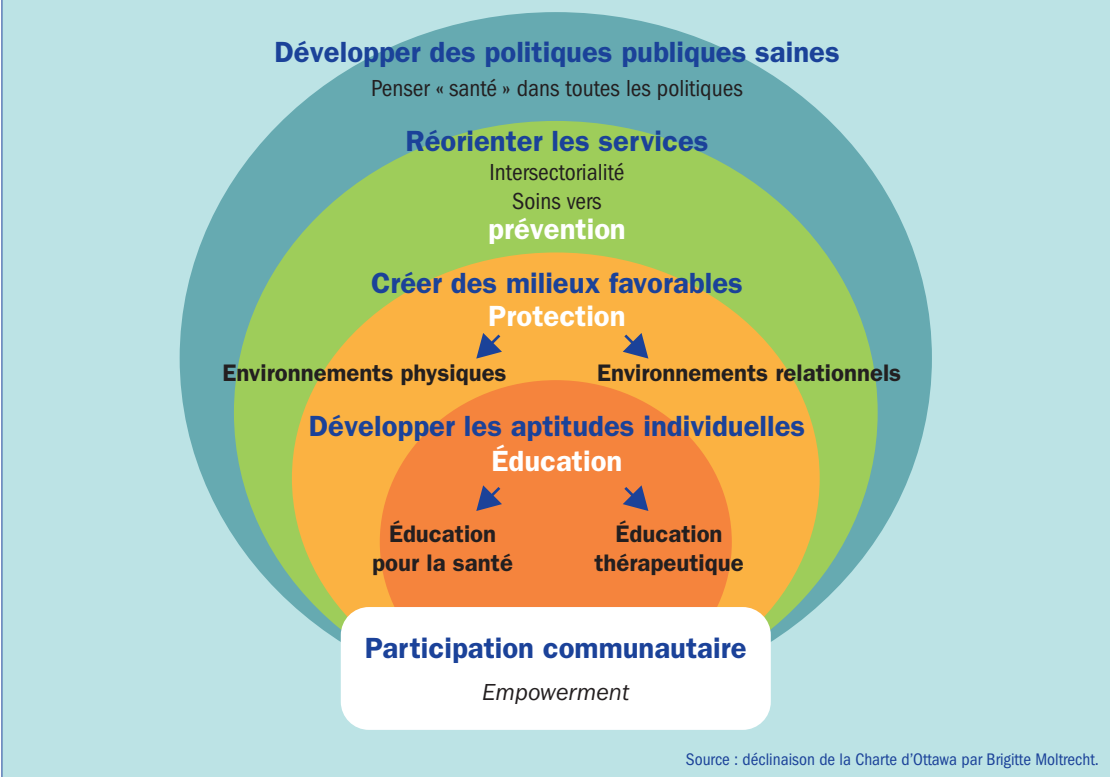
- l'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ;
- la prévention des difficultés, troubles, pathologies ;
- la protection par un environnement favorable à la santé et au bien-être (figure 1).

## Comment décliner les différents axes de cette promotion de la santé à l'école ?

L'implication des familles, des élèves et des personnels est essentielle à l'école. La co-éducation permet à l'enfant de ne pas être en conflit de loyauté vis-à-vis des différents adultes significatifs pour lui. Elle est

figure 1

## Distinction entre prévention, éducation pour la santé, protection et promotion de la santé



Source : déclinaison de la Charte d'Ottawa par Brigitte Moltrecht.

favorisée par les espaces parents, les représentations de délégués dans les instances de pilotage comme le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)<sup>2</sup>, les outils du type « mallette des parents », les échanges organisés ou fortuits avec l'équipe éducative, et bien sûr une réelle confiance réciproque.

Souvent l'école cherche d'abord à développer les aptitudes individuelles des élèves. Il s'agit alors de prendre en compte l'individu-élève et ses caractéristiques propres, ses difficultés comme ses capacités, ses stratégies et ses modalités d'apprentissage, ses expériences singulières, et de développer ses compétences notamment psycho-sociales. Pour cela, il faut d'abord lui permettre de se sentir en sécurité physique et psychique, en lui offrant un cadre stable et un climat serein, en permettant un équilibre entre l'individuel et le collectif, en lui montrant un modèle auquel il aura envie de s'identifier.

Le climat scolaire, selon Michel Janosz<sup>3</sup>, se décline en cinq composantes et concerne toute la communauté scolaire :

- le climat de sécurité, qui est un préalable nécessaire mais pas suffisant ;

2. <http://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-sa-composition-ses-missions.html>

3. [http://gres-umontreal.ca/download/Rapport\\_validation\\_QES-secondaire.pdf](http://gres-umontreal.ca/download/Rapport_validation_QES-secondaire.pdf)

- le climat relationnel ou social, entre adultes, entre adultes et jeunes, entre jeunes ;

- le climat éducatif ou la valeur accordée à l'éducation, et l'engagement de l'école dans la réussite de ses élèves ;

- le climat de justice avec l'existence de règles justes, légitimes, équitables et appliquées de façon cohérente par les professionnels ;

- le climat d'appartenance ou l'importance accordée à l'institution comme lieu de vie, l'adhésion à ses normes et à ses valeurs, qui est la résultante des autres.

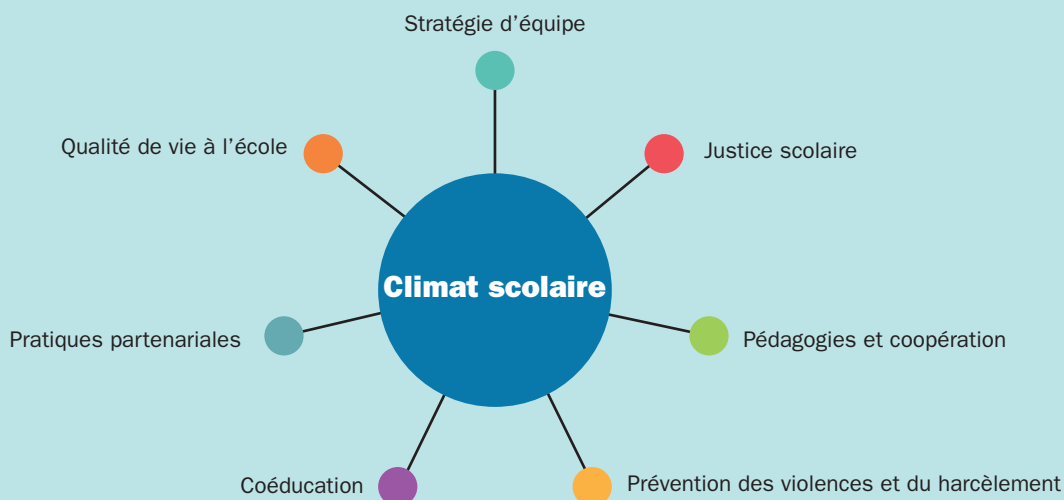
Pour le ministère de l'Éducation nationale<sup>4</sup>, le climat scolaire concerne toute la communauté éducative : élèves, personnels, parents. C'est une responsabilité collective, c'est la construction du bien-vivre et du bien-être pour les élèves et le personnel de l'école. Le défi est pour ce faire d'implanter des pratiques dans le quotidien. Les leviers d'action décrits figure 2 sont tous à prendre en considération car interdépendants.

L'enfant est considéré dans son contexte scolaire, en prenant en compte l'interaction entre ses particularités et son environnement. Il est donc important d'articuler les actions à visée individuelle et celles à visée collective, de penser l'environnement pour mieux répondre aux besoins individuels (figure 3).

4. <http://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/comprendre.html>

figure 2

**Agir sur le climat scolaire, c'est agir sur l'ensemble de l'organisation de l'école, en portant des actions sur sept facteurs**

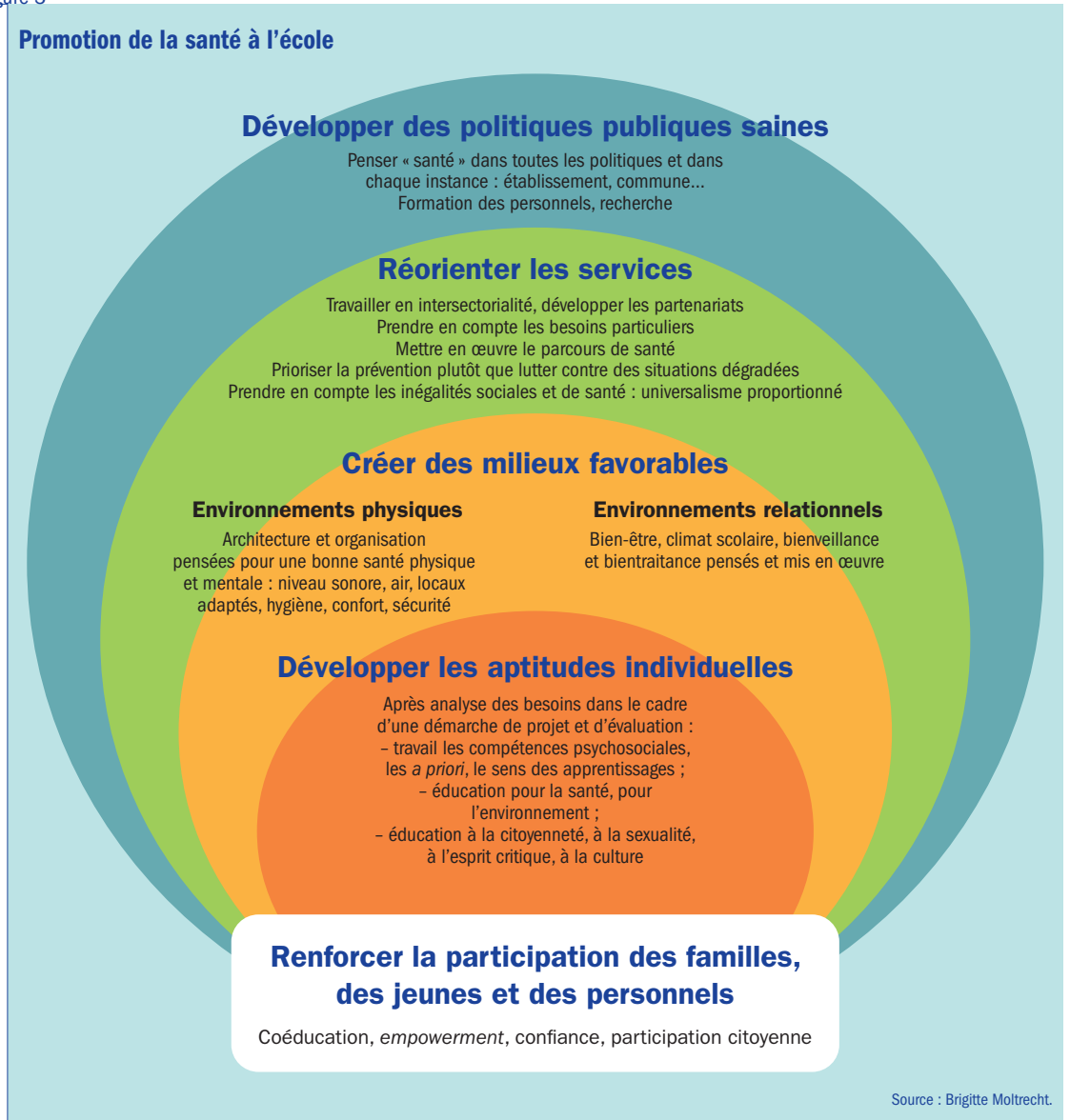


Source : d'après <http://www.reseau-canope.fr/climatscolaire/comprendre.html>





figure 3



La promotion de la santé propose une vision positive de la santé, de sa construction tout au long de la vie, de la considérer comme une ressource à développer. Elle est plus attractive pour des enfants et des adolescents qu'une approche par la seule prévention de risques potentiels. Il est par exemple préférable pour les élèves d'aborder la santé par l'activité physique et une alimentation équilibrée plutôt que par la prévention de l'obésité, ou encore l'éducation à la sexualité plutôt que l'entrée par la prévention des risques qui peuvent y être liés, comme les infections sexuellement transmissibles, même s'ils seront bien sûr évoqués. Les enseignants sont familiers avec cette approche positive du fait de leur métier centré sur la construction des apprentissages.

Les interventions de promotion de la santé, dont la prévention, les plus efficaces en contexte scolaire sont planifiées, globales et concertées (figure 2).

#### Les pratiques des enseignants en lien avec le parcours éducatif de santé

Les enseignants sont des acteurs incontournables de la promotion de la santé à l'école, notamment du fait de leur contact quotidien avec leurs élèves. Ils peuvent agir de plusieurs manières et sur plusieurs déterminants. Leurs leviers principaux consistent à :

- effectuer des liens entre les éléments des programmes, les compétences du socle et la santé au sens large, dès la préparation des séquences : une séquence sur l'alimentation et la digestion permettra à

chaque élève d'analyser la composition de son dernier plateau au self; les enseignements d'éducation physique et sportive en primaire feront l'articulation avec une réflexion sur l'activité physique en général dans et hors de l'école;

- mettre en place des actions spécifiques liées au projet d'école ou d'établissement avec la participation des élèves au sein des conseils de délégués, notamment sur le climat scolaire ou en évitant des injonctions paradoxales de type « *il faut se laver les dents après les repas* » mais sans possibilité de le faire à l'école;
- porter une attention particulière à l'élève, par exemple ne pas donner l'injonction « *fais du sport, c'est bien* », mais plutôt accompagner, valoriser et soutenir l'effort en demandant régulièrement à un élève des nouvelles de son dernier match, de l'entraînement, ou en l'incitant à y retourner s'il semble vouloir laisser tomber son activité;
- se savoir une référence en tant qu'enseignant, par ses propres attitudes et sa posture, être conscient que, même sans intention, elles agissent sur la santé des élèves. Pour que l'enfant et l'adolescent puissent développer et s'approprier les aptitudes ou les comportements attendus, il est important qu'ils voient les adultes les mettre en œuvre. En effet, les jeunes ne se construisent pas seulement avec des connaissances ou des conseils, mais regardent beaucoup ce que les adultes sont et font;
- être le garant d'une sécurité physique et psychique pour les élèves et alerter en cas de besoin, être vigilant, protéger l'enfant de maltraitances éventuelles;
- effectuer les demandes nécessaires aux différents partenaires de la communauté éducative : au psychologue, au médecin de l'Éducation nationale ou autres, si un élève est en retrait, ne fait plus ses devoirs ou dort en classe, s'il ne mange pas le midi; ou encore à la mairie si les sanitaires ne sont pas suffisamment entretenus ou que des réparations sont nécessaires, afin que des relais de soins ou que les conditions d'une bonne santé puissent se mettre en place.

#### Exemple d'une école parisienne de quinze classes en réseau d'éducation prioritaire

Lorsque l'Inspection de l'Éducation nationale nous a demandé de construire les trois parcours (citoyen, de santé, et d'éducation artistique et culturelle) pour préparer le projet d'école, les premières réflexions des cinq enseignants ayant choisi le parcours éducatif de santé (PES) ont porté sur les vaccinations, sur le rôle de prévention du médecin scolaire (visites, projets d'accueil individualisés...), et sur les élèves en situation de handicap déjà pris en compte et dont le versant médical ne nous appartient pas vraiment.

En deuxième lieu, reprenant certaines activités menées les années précédentes dans les classes, sont arrivées les notions de « *bien manger et de bien dormir* », mais avec le sentiment qu'elles n'avaient apparemment pas eu de réel impact sur la vie extra-scolaire des enfants, comme en témoignent quelques remarques du type

« *nous ne sommes pas maîtres de ce qui se passe à la maison* ».

Ensuite, l'hygiène au sein de l'école fut questionnée, pour constater que le minimum requis, papier toilette et savon, n'était toujours pas disponible de façon satisfaisante pour les élèves malgré des demandes régulières à la mairie et lors du conseil d'école.

Au terme de cette première liste d'éléments nous paraissant peu mobilisateurs, certains enseignants de l'équipe ont mis en avant les éléments des programmes plus spécifiquement liés à la santé, comme l'étude du corps humain et la reproduction. Puis, en termes de prévention, est arrivée l'idée du harcèlement et de ses multiples canaux, même si pour certains ce rôle de prévention doit être tenu par les parents, premiers éducateurs, relançant ce débat sur ce qui nous revient à nous, professionnels, et ce qui incombe aux parents.

Cette première discussion a permis de poser la première pierre d'une culture de la santé telle qu'envisagée au début de cet article. Habituellement, à ne voir que l'élève face à nous, cela protège de l'enfant qui nous interpelle. Nous ne sommes pas leurs parents, mais nous sommes parmi leurs autres adultes référents. Nous sommes des regards, multiples, posés sur eux, à même d'observer, mais qui parfois manquent de vigilance pour déceler ce que l'enfant ne réussit pas à dire. Pour autant « *établir un climat favorisant les apprentissages* » constitue une compétence de l'enseignant.

L'étape suivante a été de poser un premier diagnostic au sein de notre école. Je prendrai l'exemple des conflits « remontant » de la cour de récréation. Lors de ce travail sur le parcours éducatif de santé, il a été décidé de mettre ce sujet à l'ordre du jour d'un conseil de délégués. Une mise en place concertée et rapide a permis qu'en trois semaines, trois réunions du conseil et plusieurs allers-retours des délégués avec les classes aboutissent à une transformation de la cour de récréation, une réorganisation de l'espace et l'établissement d'un cadre précis de son usage. Les élèves ont réalisé que l'occupation de plus de la moitié de la cour pour l'activité foot, dont bénéficiaient 18 % des élèves (principalement des garçons de CM1 et CM2), n'était pas équitable. Pour leur part, les adultes estimaient qu'elle n'était pas vraiment régulée tout en disant « *il faut bien qu'ils se défoulent!* ». Les délégués ont donc demandé à l'ensemble des élèves d'exprimer leurs besoins. La cour dispose maintenant de quatre espaces : un quart pour un terrain de foot sur lequel les élèves ont tous le droit de jouer à tour de rôle sur inscription hebdomadaire, dont quelques filles maintenant, et avec des « buts de foot » demandés depuis longtemps par les élèves; un quart pour un terrain d'autres jeux de balles type « tomate » ou balle américaine; un tiers de la cour pour des jeux de type corde à sauter ou élastique maintenant mixtes; et le sixième restant pour un espace calme de lecture ou jeux de cartes sous la verrière.

Six semaines après la mise en place de cette action, garçons et filles jouent ensemble, avec également moins



de domination liée à l'âge ; jamais la récréation n'a été aussi calme, pas un seul conflit n'a été constaté par les enseignants, pour le mieux-être de tous. Le respect des règles instituées constitue aujourd'hui un indicateur de réussite de la transformation de la cour. Un sentiment de justice, de reconnaissance de chacun et la régulation par les adultes permettent plus de confiance des élèves, notamment des délégués, envers les adultes.

Lors d'un second temps de travail sur le parcours éducatif de santé, il nous faudra mener une réflexion élargie à tous les adultes de l'école si l'on veut faire croître les premières graines de cette culture de la santé à l'école. Cela nécessitera un « déplacement » de la part des enseignants, une ouverture qui ne peut s'effectuer en un jour.

### Le cheminement et la formation

Il est assez étonnant de constater que le cheminement de ces enseignants qui n'avaient pas bénéficié de formation spécifique à ce sujet, lorsqu'ils réfléchissent à la santé à l'école, correspond à celui, historique, des

concepts de santé. Ils sont partis d'une approche biomédicale centrée sur la maladie et ses aménagements possibles, pour aller vers les dépistages, puis l'hygiène, les habitudes de vie et finalement aboutir à l'importance de l'environnement, du cadre et de l'organisation.

La formation constitue un outil majeur pour ce « déplacement » dans la vision du métier d'enseignant, pour qu'ils s'autorisent à penser la santé de leurs élèves. Cette approche, loin de prendre la place des parents dans l'éducation et la construction de la santé des enfants, la valorise et montre qu'elle en est aussi complémentaire qu'indispensable. La formation initiale en écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) ainsi que la formation continue, notamment grâce à des outils, comme le parcours M@gistère<sup>5</sup>, permettent d'espérer une appropriation et une mise en œuvre généralisées de la promotion de la santé à l'école par tous ses acteurs. ➤

5. <http://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-sante.html#lien5>

# Promouvoir la santé à la Justice ? Un défi, une alliance, une chance

**Françoise  
Marchand-Buttin**  
Médecin  
de santé publique,  
sous-direction  
des missions,  
Direction de la  
protection judiciaire  
de la jeunesse (DPJJ)

**A**méliorer la santé des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), plus vulnérables que leurs pairs, apparaît d'abord comme une question de santé publique. Si la prise en charge judiciaire comporte un risque de ruptures supplémentaires sur des parcours souvent chaotiques, elle constitue aussi une formidable opportunité d'accès à des jeunes marqués déjà par les inégalités sociales de santé. Souvent en difficultés scolaires quand ils n'ont pas décroché, baignés dans un environnement en général peu favorable au bien-être, l'accompagnement éducatif est aussi une chance pour leur santé.

### L'expérience de la « PJJ promotrice de santé » : un défi

Cependant, investir la santé comme un enjeu par une institution non sanitaire se présente d'abord comme un défi, d'autant plus si cette institution n'est pas seulement éducative et sociale mais avant tout judiciaire.

La DPJJ, direction chargée de la Justice des mineurs, prend en charge des jeunes ayant commis au moins un acte de délinquance. Le juge pour enfants peut ordonner mesures ou sanctions éducatives et sanctions pénales. Mais qu'ils fassent l'objet d'un simple rappel à la loi, d'une mesure de réparation, de stages de sensibilisation, de placement ou exceptionnellement d'incarcération, les

jeunes sont toujours suivis par une équipe éducative de la PJJ. Ainsi s'incarne l'un des principes fondateurs de l'ordonnance de 1945<sup>1</sup> relative à l'enfance délinquante, qui fonde ses missions : la primauté de l'éducation sur la répression.

C'est précisément dans cette ouverture, placée dès l'origine au cœur de la Justice des mineurs, que viennent se nicher la possibilité et la pertinence de promouvoir la santé.

La vision commune d'une santé centrée sur la maladie et les soins, à laquelle la PJJ n'échappe pas, est le premier obstacle. Si la santé n'appartient qu'aux soignants, elle est « hors mission ». Comment s'y sentir légitime en tant qu'éducateur ou directeur de service ? Comment en tisser le lien avec la prise en charge ?

Bien sûr, elle s'impose parfois lorsque l'état de santé du jeune accueilli fait écran à toute action éducative. La demande vis-à-vis du secteur du soin, notamment psychiatrique, se fait alors dans l'urgence parce que la rapidité de la réponse des soignants paraît conditionner la prise en charge par la PJJ.

La promotion de la santé nous permet de répondre à ce défi. Elle offre une voie pour sortir de ces impasses qui laissent les professionnels démunis et rendent difficiles

1. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945.

les partenariats et les prises en charge conjointes. Elle révèle aussi l'intérêt de la prise en compte de la santé et du mieux-être pour la réussite éducative, l'insertion et la prévention de la récidive, qui constituent ensemble, sans équivoque possible, la mission première de la PJJ.

La santé y est conçue comme une ressource pour la vie et non uniquement la réponse à la maladie. Elle est un chemin bruyant d'échanges, de rencontres soignantes et soutenantes, d'étapes constructives tolérant les retours en arrière, qui permet d'exercer ses choix et d'avancer accompagné, vers le meilleur état de soi-même. On est loin du synthétique « *silence des organes* » et proche de la définition proposée par Christophe Dejourné : « *La santé pour chaque femme et chaque homme, c'est avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychologique et social* ».

Appuyée sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, l'OMS, depuis la Charte d'Ottawa, nous propose de penser l'amélioration de la santé comme un enjeu non seulement individuel mais collectif, selon cinq axes stratégiques. La PJJ se les approprie depuis 2013 : politique positive, environnements favorables, participation du public, développement des aptitudes individuelles, optimisation du recours aux soins et à la prévention [5].

### Une alliance

Cette alliance entre l'« éducatif judiciaire » et la santé passe par une mobilisation institutionnelle large, reposant sur quatre dimensions.

### Plaidoyer/valeurs

La démarche de plaidoyer en promotion de la santé vise à construire dès cette étape le socle d'une fondation commune à l'image du projet à déployer. Comme le disait Jacques Fortin : « *Promouvoir la santé d'une population n'est pas appliquer un programme rationnel, "clés en main" [...]. c'est communiquer pour concevoir ensemble [...].* » Ainsi, le plaidoyer tient compte de l'institution elle-même, de ses références, valeurs, langage, attentes.

À la DPJJ, le plaidoyer s'est appuyé sur les points de convergence. Les valeurs qui fondent ses missions et celles énoncées par la charte d'Ottawa sont proches : justice, bien commun, respect de la personne, éducativité, engagement, responsabilité sociale... Elles ont été adoptées indépendamment mais dans le même contexte d'évolutions sociales (ordonnance de 1945 et définition de la santé bien-être de l'OMS en 1946, Charte d'Ottawa en 1986, décret transformant l'éducation surveillée en PJJ en 1990 et marquant ainsi l'évolution des modes de prises en charge...). Ces valeurs ont produit des pratiques et des actions qui ont elles-mêmes des points communs, qui peuvent faire dire : « *À la DPJJ, on fait de la promotion de la santé sans le savoir* ». Et en effet, toute action éducative bien menée permet de s'inscrire facilement dans l'axe de développement des aptitudes individuelles ; les préoccupations sanitaires ou les conduites à risque des jeunes poussent les

équipes à travailler l'accès aux structures de soins ou de prévention ; de même, un projet de service de qualité prendra en compte l'environnement d'accueil du jeune ; enfin, les outils utilisés ont des points communs (médiations culturelles ou sportifs, approche systémique). Identifier les convergences évite une santé « hors mission » et balise les enrichissements possibles.

Le plaidoyer n'est jamais fini, en raison du *turn-over* des professionnels, mais aussi car son déploiement se poursuit à des niveaux plus fins grâce aux acteurs eux-mêmes, s'acculturant au fil du temps et se nourrissant des exemples qui marchent.

### Portage/Participation

Le portage de la PJJ promotrice de santé a visé la constitution d'un environnement institutionnel favorable, et pas seulement la valorisation d'initiatives de terrain innovantes. Sans soutien politique marqué, nombre d'actions remarquables mais « personnes-dépendantes » s'étiolent par épuisement ou *turn-over*. La prise en compte doit devenir une responsabilité assumée par toute l'institution, de l'unité éducative jusqu'à l'administration centrale, y compris les services des moyens et des ressources humaines, avec l'appui notamment de conseillers techniques en promotion de la santé placés en directions interrégionales (DIR) et territoriales (DT).

L'instauration de journées de travail annuelles PJJ promotrice de santé a lancé en 2013 cette dynamique d'élaboration commune. Des représentants de tous les types de professionnels de la PJJ – santé, éducatifs, encadrants – ont pointé en ateliers ce qui relevait déjà de la promotion de la santé dans leur expérience. Des objectifs collectifs adaptés à la mission et l'organisation de la PJJ ont été définis et rassemblés dans un cadrage opérationnel sous les cinq axes de la promotion de la santé. Ce cadrage national a été diffusé par la direction à toutes les DIR, en leur laissant la latitude de le décliner en fonction des particularités de leurs territoires<sup>2</sup>.

Ainsi, certaines DIR ont lancé un diagnostic santé interrégional, d'autres un accompagnement rapproché de quelques unités éducatives, un travail sur les représentations de la santé ou encore une approche thématique (addictions, santé mentale...).

À l'occasion d'une enquête auprès des directions territoriales<sup>3</sup>, l'apport du cadrage national pour revisiter ou relancer la prise en compte de la santé sur leur territoire a été relevé. Une enquête d'évaluation menée en 2015 montrait également l'effet mobilisateur du portage. L'enjeu est désormais la mutualisation des pratiques de terrain promotrices de santé qui fait depuis deux ans, l'objet des ateliers des journées annuelles PJJ promotrice de santé (PJJPS).

2. Document technique de cadrage opérationnel, et note d'accompagnement, DPJJ, 27 décembre 2013.

3. Euillet S. et al. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Accès aux soins et sens du soin, Défenseur des droits, 2016.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



### Partenariats/Ressources externes

La capacité de la PJJ à nouer des partenariats utiles à la prise en charge s'exerce depuis longtemps pour la scolarisation, l'insertion, la citoyenneté, la culture ou le sport, mais aussi pour la prise en charge des addictions ou pour les actions de prévention, et vient servir la promotion de la santé à tous les niveaux. Trois partenariats nationaux sont particulièrement structurants pour la PJJ promotrice de santé.

- Dès le lancement des orientations PJJ promotrice de santé, une convention a été signée en mars 2013, avec la Fédération nationale de prévention et promotion de la santé (Fnps), qui, soutenue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a pu accompagner par son réseau d'instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) le déploiement de la démarche. Onze binômes, composés de représentants de la PJJ et d'une Ireps de chaque interrégion, se sont mis en place dans chaque DIR pour apporter théorie, méthodologie de projets d'intervention et d'évaluation en promotion de la santé. Cet accompagnement sur mesure a généré ou soutenu des formes d'engagement très différentes. Les trois regroupements nationaux annuels des binômes visent la mutualisation des expériences, des partages d'outils, une formation-action avec apports théoriques adaptés et un enrichissement direct du portage national fondé sur les expériences dans les territoires.

- La Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives (Mildeca) soutient l'intérêt d'un travail institutionnel de fond et d'une approche globale pour prévenir ou limiter les conduites addictives. Le Fonds de concours « drogues », notamment, a permis de financer des projets présentés par les DIR répondant non seulement aux critères de la Mildeca, mais aussi aux exigences d'une approche de promotion de la santé. Cette convergence a donné une cohérence nationale sur laquelle les territoires ont pu s'appuyer pour proposer des projets de plus en plus pertinents au fil des ans.

- Depuis 2016, la Direction générale de la santé s'est engagée très fortement pour soutenir la PJJ promotrice de santé. La convention cadre de partenariat en santé publique, signée le 25 avril 2017, cible particulièrement la nécessité d'un engagement mutuel ARS/PJJ au bénéfice des jeunes pris en charge par la PJJ. Fin 2017, sur les dix-sept ARS, neuf avaient déjà une convention signée avec la PJJ ou en cours d'élaboration.

Ce soutien a permis également de lancer une étude de faisabilité en 2018, par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, en vue de renouveler une enquête nationale sur la santé des jeunes pris en charge par la PJJ, la dernière datant de 2005 [15].

### Communication/Formation

En interne, la communication, fortement liée au plaidoyer, s'est appuyée sur les cinq axes de la promotion de la santé comme un leitmotiv. Le nom donné au « projet » devenu « démarche » PJJ promotrice de santé a permis

de rendre lisible l'intention et d'en faire résonner le vocabulaire. Un logo et une plaquette de présentation permettent son repérage visuel. Les temps de portage sont aussi des temps forts de communication (journées PJJ promotrice de santé, comité de pilotage national...). La difficulté, néanmoins, est de maintenir le niveau de communication suffisant pour une appropriation large sans trop lasser. En effet, le temps de l'expérimentation et de la perception des effets à tous les niveaux est beaucoup plus lent que celui de la communication, et ce décalage peut décrédibiliser la démarche.

La communication externe – groupes de travail, colloques, articles... – fait partager l'engagement de la DPJJ. Cette reconnaissance des partenaires peut agir en feed-back positif pour conforter son engagement de l'extérieur.

La stratégie de formation prend le relais de la communication. La DPJJ dispose d'une école nationale, qui forme ses éducateurs et directeurs de service mais aussi l'ensemble des professionnels en formation continue. Elle dispose de pôles territoriaux de formation, qui, avec les DIR, construisent un programme adapté, intégrant de plus en plus les outils et thématiques de la promotion de la santé.

### Une chance

En conclusion, même si la PJJ promotrice de santé, qui a six ans d'âge, doit encore se déployer<sup>4</sup> pour qu'une diffusion des pratiques au plus près des jeunes soit généralisée et même s'il persiste des facteurs de fragilité (charges de travail, *turn-over* important, statut des professionnels de santé à la PJJ...), certains éléments, issus de travaux de recherche ou d'évaluation et de l'accompagnement rapproché, indiquent que la promotion de la santé dans une institution non sanitaire est une chance collective.

- Pour les jeunes, puisqu'elle vient soutenir l'approche éducative et la promotion du pouvoir d'agir, en rappelant que la santé-bien-être est une responsabilité collective. Ainsi, être accueilli dans une unité qui a pensé son projet pour améliorer le bien-être par l'environnement physique, la cohérence des adultes, l'accueil et l'écoute, les activités et la vie quotidienne qui renforcent les compétences psychosociales, la prévention et l'accès soins, est une chance.

- Pour les professionnels, car elle intègre leur santé-bien-être comme condition pour la prise en charge et le bien-être des jeunes. Ils doivent être formés, soutenus, accompagnés dans leurs pratiques. Les professionnels qui s'approprient la promotion de la santé y trouvent une cohérence pour la prise en charge, et leur engagement peut être valorisé par l'institution.

- Pour la direction, car porter une vigilance particulière à la santé et au bien-être est une manière décalée de repenser et d'enrichir l'action éducative, le management,

4. DPJJ. Note PJJ promotrice de santé : renouvellement 2017-2021, 1<sup>er</sup> février 2017.

la transversalité les partenariats. La PJJ promotrice de santé a permis de valoriser la place de la DPJJ comme un acteur de la santé publique dans les régions, au sein des instances ARS, comme dans les instances de santé publique nationales.

- Pour la santé publique, puisqu'il paraît possible d'intégrer la promotion de la santé à la culture et aux pratiques d'une institution non sanitaire et ainsi d'agir au plus près des jeunes qui cumulent des facteurs de vulnérabilités familiales, sociales, scolaires et de santé. En repérant leurs problèmes de santé, en les

prévenant parfois, en contribuant à des prises en charge conjointes, il est possible d'utiliser à meilleur escient les ressources du système de soins et d'agir pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Les professionnels de santé, souvent infirmiers ou professionnels de santé publique, sont un maillon essentiel de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Leurs possibilités de formation et la fluidité de leur parcours professionnel d'une institution à l'autre (hôpital, Éducation nationale, secteur social ou judiciaire...) devraient être néanmoins repensées. ➤

## La santé des personnes sans-abri de longue durée : le programme « Un chez-soi d'abord »

La recherche interventionnelle peut-elle répondre à la fois à des enjeux d'efficience et d'un meilleur respect des droits humains ? Le programme « Un chez-soi d'abord » est un cas exemplaire dans le champ du handicap psychosocial.

### Une réponse sociale inefficace et violente vis-à-vis des personnes en situation de handicap psychosocial

En France, comme dans de nombreux pays, la charge globale attribuée à la santé mentale est très élevée et augmente chaque année. Une personne en situation de handicap psychosocial a 25 ans d'espérance de vie en moins que la population générale, et cet écart n'a pas diminué au cours des vingt dernières années malgré un investissement humain et financier important. Nous avons le deuxième plus haut budget européen par habitant consacré à la santé mentale, avec 22 milliards d'euros annuels et près de 10 milliards uniquement en hospitalisation. Malgré cela, en 2015, près de 45 000 personnes en situation de handicap psychosocial vivaient dans la rue et 25 000 en prison, et les indicateurs nationaux de santé mentale ne montrent pas d'amélioration significative. De plus, les mesures légales d'enfermements et de coercition psychiatrique augmentent considérablement, touchant 90 000 personnes en 2015, soit une augmentation de 15 % depuis la réforme juridique de 2011, et les droits de l'homme sont encore violés de façon répétée.

De l'hécatombe des fous dans les asiles français entre 1939 et 1945, qualifiée d'extermination douce, en passant par les programmes de stérilisation des pays scandinaves jusque dans les années 1990, pour finir par les maltraitements et abus coercitifs reconnus dans plusieurs hôpitaux psychiatriques français, force est de constater que les démocraties modernes ont du mal à accueillir la diversité de leur population. Cette différence chez certains d'entre nous, à la fois gé-

nique, environnementale, contextuelle et sociale, est source de comportements atypiques et excentriques, parfois désordonnés. La réponse sociale à ces différences oscille entre d'une part, une politique d'aide et de soutien des États providences, et, d'autre part, la contrainte, l'enfermement et autre politique de contrôle des États totalitaires. Notre histoire récente semble rattacher les racines de cette réponse sociale, pour le moins discordante avec le projet démocratique, à deux fausses évidences : le concept de dangerosité et le concept de nécessité médicale de « réparer un trouble ».

Pourtant, nous assistons aujourd'hui à une véritable prise de conscience, d'une partie de la société française, de la maltraitance et des abus de pouvoir du système psychiatrique. La rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées vient de publier un prérapport, fin 2017, suite à sa visite en France<sup>1</sup>, assez critique. La ministre des Solidarités et de la Santé s'est prononcée sur la psychiatrie en début d'année 2018 et souhaite que les soins sous contrainte diminuent et que les bonnes pratiques se généralisent, *via* entre autres des projets de recherche plus nombreux en santé mentale. Mais ces projets de recherche peuvent-ils répondre à ce double enjeu d'améliorer l'efficience et les droits humains ? C'est ce que nous allons essayer de montrer au travers de l'histoire du programme « Housing First » et de son implantation en France.

### L'implantation excentrique d'une nouvelle politique publique : le cas du « Housing First » en France

C'est à New York, en 1991, qu'un modèle d'intervention a été créé pour tenter de répondre aux problèmes de

1. Observations préliminaires de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar, au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017.

<http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>

**Pascale Estecahandy**  
Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (Dihal)  
**Thomas Bosetti**  
Médecins du monde  
**Vincent Girard**  
ARS PACA, laboratoire de santé publique EA3279 Aix-Marseille université



personnes sans-abri vivant avec un trouble psychiatrique sévère. Ce que demandent ces personnes en priorité, c'est d'avoir un logement comme tout le monde. Et c'est ce que ce programme offre. Mais le plus important est que c'est la personne qui choisit où et comment elle veut vivre chez elle. Il n'y a aucune obligation d'accepter des soins en échange et/ou d'arrêter la consommation de drogues illicites et/ou d'alcool. La personne est soutenue par une équipe coordonnée par un travailleur social et intègre des travailleurs pairs<sup>2</sup>. Le psychiatre n'est plus le chef. Cette intervention se focalise non sur la réduction des symptômes psychiatriques mais sur les besoins de la personne au quotidien. Le logement fonctionne d'abord parce que l'intervention est centrée sur tous les aspects de sa vie et respecte sa stratégie, car elle sait plus que quiconque ce dont elle a besoin et quelles sont ses priorités.

Ce nouveau modèle sera évalué de façon répétée par des recherches rigoureuses produisant des données prouvant son efficacité et son efficacité. Le modèle « Housing First » se disséminera à travers tout le territoire américain en quelques années, avec en fer de lance l'utilisation des essais randomisés, qui en fera un modèle d'*evidence-based policy* aux États-Unis puis au Canada, qui a développé en 2009, un essai randomisé multi-site de grande ampleur<sup>3</sup>. En Europe, c'est curieusement en France, pays peu habitué à l'*evidence-based policy*, qu'une expérimentation multisite randomisée de taille relativement importante, s'inspirant de l'étude canadienne, débute en 2011. En effet, la mise en œuvre de nouvelles pratiques localement situées pose la question de leur diffusion dans d'autres contextes ; ce qui marche « ici » ne marche pas forcément « là-bas ».

Si l'on cherche des explications à cette implantation en France du côté du contexte social et politique, on repère l'émergence d'un mouvement social national en 2006, où l'organisation Médecins du Monde met des tentes à disposition de personnes sans-abri. L'année suivante de nouvelles tentes sont installées par le collectif Les Enfants de Don Quichotte, visant à donner

2. Personnes anciennement sans-abri et/ou souffrant de pathologies mentales.

3. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/chez-soi>

une visibilité au sans-abrisme dans l'espace public et médiatique. Ce mouvement social, sans précédent, pousse le gouvernement à faire voter en mars 2007 une loi<sup>4</sup> faisant du logement un droit universel et opposable pour tous les citoyens français.

La même année, à Marseille, ville de France parmi les plus pauvres, le collectif Logement-Santé opte pour la désobéissance civile et ouvre un squat pour des personnes sans-abri de longue durée et vivant avec des troubles psychiatriques sévères, offrant une alternative aux foyers pour personnes sans domicile, comme à l'hôpital psychiatrique. Devenant un lieu de vie et de soins, le squat est dit « thérapeutique » ; il est légalisé par la municipalité après dix-huit mois d'occupation, juste après des élections locales. En octobre 2008, lors d'un congrès national, l'équipe communique sur les effets positifs de l'accès au logement sur la réduction des inégalités de santé. Un conseiller de la ministre de la Santé y découvre cette expérience et la convainc d'aller visiter le squat. De cette visite débouche la commande d'un rapport national sur la santé des personnes sans chez-soi, qui sera remis en janvier 2010. Ce rapport souligne que la plupart des dispositifs proposés pour sortir de la rue ont une philosophie de type « traitement d'abord » et exigent l'abstinence de consommation de produits, excluant de fait les personnes les plus malades. Suivant une recommandation forte du rapport, la ministre chargée de la santé et le secrétaire d'État au logement décident de lancer une expérimentation de type « Housing First » ciblant précisément les personnes sans chez-soi de longue durée, ayant des troubles psychiatriques sévères. Son financement sera assuré par la Sécurité sociale pour le volet accompagnement, l'État pour le volet logement et la Direction générale de la santé avec des cofinancements pour le volet recherche. Cette expérimentation, coordonnée par la Dihal, débute en août 2011. Cet essai randomisé et multisite (Marseille, Lille, Paris, Toulouse) avait pour objectif de convaincre les décideurs politiques que loger des personnes sans-abri de longue durée avec des troubles psychiatriques sévères était non seulement

4. <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/le-droit-au-logement-opposable-dalo>

### L'expérimentation « Un chez soi d'abord » : quelques chiffres

- 700 personnes incluses dans quatre villes
- 70 % ont un diagnostic de schizophrénie et 30 % de bipolarité
- Temps moyen de vie passé sans chez soi avant inclusion : 8,3 ans
- 86 % des personnes ont déjà eu une activité professionnelle rémunérée
- Temps moyen pour accéder au logement : 28 jours
- Modèle d'accompagnement : ACT (Assertive Community Treatment) orienté autour du rétablissement
- Coût annuel individuel du programme (logement et accompagnement) : 14 000 euros
- Coût évité par personne par an : environ 30 % à deux ans

faisable, mais économiquement rentable par rapport aux offres habituelles. Cette recherche interventionnelle<sup>5</sup> devait aussi décrire comment l'intervention marche et qu'est-ce qui marche. Un volet qualitatif sociopolitique a donc été ajouté à l'essai randomisé.

### Un essai rapide et un changement de paradigme dans le champ de la lutte contre le sans-abrisme

Les premiers résultats de l'expérimentation « Un chez soi d'abord », après deux ans de suivi des 700 participants, montrent une diminution significative des symptômes ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie et du rétablissement dans le groupe expérimental, comparé au groupe témoin. Sur la même période, la totalité des coûts du programme (logement et accompagnement) a été compensée par les coûts évités de recours aux séjours hospitaliers, aux structures d'hébergement pour personnes sans-abri et aux services judiciaires (comparution et incarcération). Plus précisément, 70 % de ces coûts évités sont liés à une diminution des hospitalisations dans le groupe expérimental et 30 % à une diminution du recours aux structures d'hébergement.

Ces résultats positifs<sup>6</sup> amènent à la pérennisation du programme via le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord », qui l'inscrit dans la catégorie des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 9<sup>e</sup> § du Code de l'action sociale et des familles. Ce décret est novateur sur plusieurs points : premièrement en affirmant l'inconditionnalité de l'accès au logement, il pose le logement comme base à l'amélioration de l'état de santé ; deuxièmement en ne posant pas de limites de temps à l'accompagnement et en demandant une gestion par un groupement social et médico-social (GCSMS) pluridisciplinaire, il vise la notion de parcours de santé et le décloisonnement médico-social ; troisièmement en validant l'intégration de médiateurs de santé pairs dans les équipes professionnelles, il reconnaît l'apport du savoir expérientiel et valorise les compétences des personnes dans leur trajectoire de rétablissement en santé mentale. Il marque aussi la création d'une nouvelle politique publique pour des publics jusque-là invisibles et pour lesquels l'expérimentation a permis d'intégrer les inégalités sociales devant l'expérience de la maladie. Le déploiement du dispositif est prévu sur quatre ans, avec un objectif de création de vingt sites d'ici à 2023, soit 2 000 places.

Mais plus largement, la dissémination des enseignements du modèle est en cours, en particulier dans le cadre de la politique du logement et de l'hébergement des publics sans domicile, où le programme a apporté des arguments pour le lancement par le président de la République du plan quinquennal « Pour le logement d'abord »<sup>7</sup> en septembre 2017. C'est un véritable chan-

gement structurel de la politique de l'accompagnement des personnes sans domicile : l'hébergement n'est plus un passage obligé pour tester une « capacité à habiter », mais toute personne se voit proposer un logement sans autres critères que ceux du droit commun. Logement et accompagnement ne sont pas conditionnés l'un à l'autre et l'accompagnement est flexible, modulable et pluridisciplinaire si besoin. Ce plan, qui prévoit aussi la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la diminution des expulsions locatives, vise à réduire drastiquement et durablement le nombre de personnes sans domicile.

### L'effet collatéral positif dans le champ de la santé mentale : un changement de paradigme appelé « rétablissement »<sup>8</sup>

De plus, la puissance publique a souhaité inscrire les soins orientés vers le rétablissement dans le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Le point 2 de l'article R. 3224-6-1 précise que les projets territoriaux doivent contribuer au « développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire ».

Parallèlement au « Un chez soi d'abord » plusieurs initiatives se sont développées dans le sens de cette recommandation. À Marseille, le dispositif Working First 13<sup>9</sup> propose, en partenariat avec plusieurs entreprises, un accompagnement vers et dans l'emploi en milieu ordinaire ; le CoFor<sup>10</sup> propose, en partenariat avec un centre de formation d'éducateurs, des formations au rétablissement ; le lieu de répit porté par l'association JUST<sup>11</sup> propose un lieu d'accueil de crise par un collectif de pairs et de personnes concernées par les pratiques orientées vers le rétablissement ; l'association Padup<sup>12</sup> propose une aide à la défense des droits et se mobilise avec d'autres contre l'enfermement abusif ; le programme AilSi (Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif) est en cours de montage, en partenariat avec les services judiciaires, pour lutter contre la désocialisation des patients les plus pauvres suite au passage en détention. Ces nombreuses initiatives, souvent en lien avec de bonnes pratiques basées sur les faits, se développent et répondent aux nouveaux enjeux démocratiques et respectueux des droits pour toutes et tous. Se pose aujourd'hui la question de leur diffusion sur le territoire. ➤

8. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n65-66-apprendre-le-retablissement-2077.html>

9. <http://www.workingfirst13.fr/>

10. <http://www.coforetablissement.fr/>

11. <https://commedesfous.com/lieu-de-repit/>

12. <http://padupp13ldr.over-blog.com/>

5. Laboratoire de santé publique EA3279, Aix-Marseille université.

6. <https://www.gouvernement.fr/publications-documents-de-la-dihal>

7. <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord>





# Développer les aptitudes individuelles

Comment aider les individus à adopter des comportements favorables à une bonne santé ? Plusieurs approches convergent pour une prise de conscience non culpabilisante : *empowerment*, marketing social critique, développement des capacités à comprendre et à utiliser l'information pour faire des choix éclairés...

## L'empowerment dans la promotion de la santé : quel « pouvoir » de résistance à l'injonction d'être « acteur de sa santé » ?

**Marie Persiani**  
Directrice  
de l'Ireps Lorraine

Le concept d'*empowerment*, qui signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir », est né dans les milieux de recherche et d'intervention anglophones à la fin des années 1970. Ce terme est abondamment utilisé dans des champs divers, comme le service social, la psychologie sociale, l'alphabétisation des adultes ou le développement communautaire. Le champ de la santé publique n'a pas échappé à cet engouement langagier et la notion d'*empowerment* occupe aujourd'hui une place de choix sur les questions relatives à ce domaine, en particulier en promotion de la santé, où ce concept est de plus en plus souvent utilisé, notamment par la mise en place d'actions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Or, comme le souligne Giddens « *l'acte d'intervenir suppose une directivité, car il vise à changer des choses dans la vie des personnes, donc exercer du pouvoir* » [29]. L'objectif de cet article est de redéfinir les notions de pouvoir et d'intervention au sein de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, afin de proposer des stratégies d'accompagnement des publics plus adaptées.

**L'empowerment :**  
un terme mais plusieurs philosophies

● Définir l'*empowerment* n'est pas aisé car ce concept n'est pas neutre : il véhicule des idées philosophiques, politiques ou encore éthiques. Cependant, nous pouvons tenter de le définir par ce qui le sous-tend et le caractérise : la notion de pouvoir, et plus précisément la notion d'inégalité de pouvoir [86]. Pour l'auteure, il existe des barrières formelles ou informelles entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements d'autre part, qui empêchent les premiers de se sentir aptes ou légitimes à interpellier directement les seconds ; une inégalité dans le partage des ressources (matérielles, humaines, financières) qui favorisent certaines catégories de personnes et enfin un contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) qui « agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale » [86]. Ce contrôle plonge « de manière insidieuse, les personnes dans une passivité qui les conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir » [86].

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

● En fonction de ces différents types d'inégalités de pouvoir, et à la suite de Bacqué et Biewener [4], Tilman et Grootaers [34], nous pouvons définir trois modèles type d'*empowerment*. Le premier modèle nous propose une approche radicale qui s'appuie sur les théories de la domination et vise des transformations sociales significatives *via* l'émancipation individuelle et collective. Dans cette optique, les enjeux sont la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et des droits politiques. Le second idéal-type est le modèle libéral. Cette approche défend les libertés individuelles et se préoccupe de la cohésion sociale, cependant elle n'interroge pas pour autant les inégalités sociales et les structures socio-économiques et politiques. Enfin, le dernier modèle, que l'on peut qualifier de modèle néolibéral, pose le marché au premier plan : l'individu doit être « *entrepreneur de sa propre vie* » [4] et la question de l'émancipation et de la justice sociale n'est pas posée. Dans cette optique, l'échec de l'intégration est de la seule responsabilité de l'individu. Le collectif n'est pas convoqué pour apporter des solutions.

● Dans ce premier point, nous avons tenté de définir le concept d'*empowerment* et nous avons précisé que les stratégies utilisées dans ce cadre théorique s'inscrivaient dans un contexte d'inégalité de pouvoir et d'inégalité d'accès aux ressources et aux services.

La promotion de la santé va se réapproprier cette notion d'*empowerment*, en particulier sur la question de la « *capacité des individus à acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement, à travers* :

« 1. *l'accès à l'information, à la connaissance et aux compétences,*

« 2. *l'implication dans les processus de prise de décision,*

« 3. *la capacité à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires,*

« 4. *l'efficacité personnelle, la participation communautaire et le contrôle perçu* » [88].

### Vers une nouvelle définition du pouvoir et de la santé : l'*empowerment* comme levier d'action en promotion de la santé

Le pouvoir est souvent de prime abord associé à la domination, la notion de pouvoir développée par l'*empowerment* prend un sens bien précis en promotion de la santé :

« *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les*

*capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé.* »

Dans cet extrait de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986)<sup>1</sup>, texte de référence en promotion de la santé, le champ de la promotion de la santé nous propose une nouvelle approche de la santé : être en bonne santé ne relève plus uniquement d'une approche sanitaire et organique, mais d'une vision plus globale en termes de bien-être et de qualité de vie, en permettant à chacun d'acquérir plus de contrôle sur sa santé, notamment par « *l'acquisition d'aptitudes individuelles* ». Cette formulation nous invite à nous interroger car elle présuppose que les « *bénéficiaires* » pourraient être dépourvus de ces aptitudes, ce qui nécessite la mise en place d'actions de remédiation pour pallier ce manque.

Dans la pratique, nous pouvons observer deux types de remédiations. Le premier type propose de renforcer les connaissances des bénéficiaires. Mais cet apport de connaissances omet de prendre en considération les facteurs socio-économiques des personnes, au risque de renforcer les inégalités de santé : la personne bénéficie-t-elle d'un environnement favorable qui lui permette de mettre en application les recommandations des professionnels de santé ?

Le second type de remédiation vise à l'acquisition de compétences, en particulier psychosociales. Cela ne doit en rien laisser penser que l'acquisition de ces compétences aurait pour but d'amener les personnes à modifier leurs comportements en se conformant à ce que « *d'autres* » veulent pour elles : professionnels du soin, du social, éducateurs en santé, etc., qui, animés de « *bonnes intentions* », œuvrent pour le « *bien de l'autre* », dans une approche « *aidante* ». Pour la promotion de la santé, l'acquisition ou le renforcement de ces aptitudes doit, au contraire, permettre aux personnes et aux groupes de prendre conscience des contraintes qui pèsent sur elles et ainsi de pouvoir penser les moyens à mettre en œuvre pour s'en libérer. Ces compétences seront les nouveaux outils d'élaboration d'une décision non seulement individuelle, respectant leur(s) priorité(s) et qui contribuera de fait à leur santé et leur bien-être, mais aussi au renforcement de leur citoyenneté. En effet, la personne (ou la communauté) sera en capacité d'interpeller les politiques publiques, sur l'emploi, l'habitat, l'urbanisme, l'éducation, les loisirs, mais aussi sur les politiques économiques et sociales, d'améliorer son cadre de vie, de s'exprimer dans le débat public et faire évoluer les services de santé pour qu'ils prennent davantage en compte les besoins des populations qu'ils servent. L'objectif « *n'est pas de parler au public de sa santé, mais de lui donner l'aptitude à parler de sa santé et des éléments qui la contraignent ou la favorisent, des choix à faire, des décisions à prendre, de l'autonomie et de la justice sociale* » [18].

1. Charte d'Ottawa : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)



Cette définition de la promotion de la santé, en termes de bien-être et de qualité de vie dépassant le « secteur de la santé », nous amène à qualifier, non sans une certaine provocation, les professionnels de santé comme des professionnels de la maladie et du soin mais aussi... de la prévention. Et si les termes de prévention et de promotion de la santé continuent à s'afficher côte à côte, c'est bien parce qu'ils ne recouvrent pas, nous semble-t-il, la même signification ni les mêmes pratiques, dans l'esprit de ceux qui en font la distinction. Jean-Claude Sournia définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce » [81]. Cette perspective, marquée par une orientation et des finalités biomédicales, suppose une intervention en dehors de toute expression ou demande du sujet. Ce qui va à l'encontre du concept d'*empowerment*. Dans l'éducation pour la santé, notre rôle de professionnel n'est pas de prévenir les bénéficiaires de l'ensemble des risques

qu'ils encourent mais de partir de leurs préoccupations et de leurs savoirs issus de leur expérience, pour les accompagner sur des chemins qui ne sont pas toujours très bien tracés. C'est la raison pour laquelle nous préférons le terme d'éducation pour la santé à celui de prévention.

### L'éducation pour la santé : un acte d'accompagnement du sujet

Philippe Lecorps définit l'éducation pour la santé comme un « acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de vie » [46].

Et il ajoute que pour remplir ce rôle d'accompagnateur, tout professionnel du soin, de la prévention, du social, du médico-social, de l'éducation, des loisirs, de la justice, etc., au contact de la population, dans une relation

## Les réseaux sociaux au service d'un dispositif de marketing social : l'exemple

Le dispositif « Mois sans tabac », mis en place en 2016 par Santé publique France avec le soutien de l'Assurance maladie et du ministère chargé de la santé, a pour objectif d'inviter les fumeurs à faire une tentative d'arrêt du tabac pendant un mois, en novembre. Il s'inspire de l'opération anglaise « Stoptober », dont l'efficacité a été démontrée<sup>1</sup>.

« Mois sans tabac » se compose de deux temps successifs :

- en octobre, le dispositif a pour objectif d'inviter les fumeurs à préparer leur arrêt du tabac et à s'inscrire sur le site [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) ;
- en novembre, les fumeurs engagent leur arrêt du tabac et sont soutenus par le dispositif.

Cette opération vise les fumeurs de 20 à 50 ans et leur entourage, et plus particulièrement les fumeurs à plus faible niveau de revenu, de diplôme ou sans emploi du fait d'écarts de prévalence tabagique particulière-

ment défavorables au sein de ces populations.

Cette opération s'inscrit pleinement dans la démarche du marketing social, qui emprunte au marketing marchand sa méthode de conception et d'évaluation, mais s'attache à promouvoir le bien-être collectif.

Elle se fonde sur une double originalité :

- proposer aux fumeurs de faire une tentative d'arrêt de trente jours, plutôt que d'arrêter de fumer définitivement. Cet objectif semble plus accessible pour certains fumeurs car il est circonscrit dans le temps. Par ailleurs, il correspond à la durée au-delà de laquelle les symptômes de sevrage sont considérablement réduits et les chances de succès dans l'arrêt multipliés par 5<sup>2</sup> ;

- déployer l'opération via des actions de communication dans les médias mais aussi via des actions de proximité ayant pour but d'informer, d'inciter et d'accompagner tous les

fumeurs dans l'arrêt du tabac. Ces actions sont portées par tous types d'opérateur : services de l'État, collectivités territoriales, établissements de santé, associations, entreprises, etc.

Pour accompagner les fumeurs dans leur tentative d'arrêt du tabac, « Mois sans tabac » met en avant l'ensemble des ressources susceptibles de les soutenir, au premier rang desquelles se trouvent les professionnels de santé. En complément, l'opération s'articule étroitement avec le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac à distance Tabac info service, accessible par téléphone (39 89, service gratuit + prix d'un appel), par Internet ([www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)), via une application smartphone éponyme disponible depuis l'Apple Store® et le Play Store®, et enfin depuis une page Facebook [www.facebook.com/tabacinfoservice](http://www.facebook.com/tabacinfoservice).

Très vite, les réseaux sociaux ont trouvé une place dans ce dispositif fondé notamment sur la théorie de la contagion sociale. Cette théorie postule en effet que des comportements peuvent se diffuser à la manière d'une épidémie.

**Olivier Smadja**  
Chef de projets,  
Direction de la  
prévention et de  
la promotion de  
la santé, Santé  
publique France  
**Viêt Nguyen-Thanh**  
Responsable de  
l'unité Addictions,  
Direction de la  
prévention et de  
la promotion de  
la santé, Santé  
publique France

1. Brown J., Kotz D., Michie S., Stapleton J., Walmsley M., West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? *Drug Alcohol Depend.* 2014, 135 : 52-8. Epub 2013/12/11.

2. West R., Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review.* 2008, 17 (110) : 199-204.

(d'aide ?) doit abandonner sa position d'expert et reconnaître au sujet « sa position d'auteur de sa vie ». Le professionnel doit se placer « en position d'appui, d'auxiliaire » et aider les personnes à échapper à la fatalité ou la sidération des événements de vie qu'ils traversent et n'ont pas choisis, pour « s'ouvrir à la construction d'une vie possible, avec les limites qu'il s'agit d'affronter » [46]. Accompagner les personnes nous oblige à quitter la position de « quelqu'un qui saurait le bien de l'autre et s'efforcerait de l'y conduire » [46].

Nous pouvons, à la lecture de cette définition, entrevoir les difficultés d'une telle démarche. Cela nécessite pour le professionnel, comme nous le rappelle Christine Ferron, « de reconnaître le plaisir lié à certains comportements, et de mettre les personnes en situation de comprendre ce qui influence leurs comportements, mais aussi d'identifier la façon dont ces dernières peuvent gérer des motivations contradictoires ». Il s'agira également « de développer leurs capacités d'écoute, de réflexion et d'analyse et de les mettre en capacité de faire les choix

qu'[elles] jugeront bons pour [elles]-mêmes ou pour la collectivité. » [23]

Il s'agit donc pour les professionnels qui accompagnent d'accepter les divergences de buts et les choix des personnes, et donc de « lâcher prise » : renoncer à définir les objectifs d'une action à partir de leurs seules préoccupations ou encore abandonner une approche explicative fondée sur une responsabilité purement individuelle. Quand les politiques de santé demandent à tout un chacun d'être « acteur de sa santé », s'agit-il réellement d'une invitation à prendre plus de pouvoir ? N'y a-t-il pas une forme d'injonction à peine dissimulée à être responsable, au sens où un bon citoyen choisit de mettre tout en œuvre pour maintenir ou développer le meilleur niveau de santé possible ? Soyons vigilants à ce que la responsabilité dont il est question ici puisse rester émancipatrice, et ne fasse pas porter le poids de la santé ou de la maladie sur la personne, dans un déni des déterminants de la santé (impliquant une responsabilité partagée par l'ensemble des décideurs,

## de « Mois sans tabac »

Des mécanismes d'imitation et de façonnement progressif des normes sociales permettraient une adoption massive de comportements, à condition d'avoir pu identifier et mobiliser des vecteurs adaptés<sup>3</sup>.

Selon le Baromètre du numérique 2017 du Credoc<sup>4</sup>, 9 Français sur 10, âgés de 12 ans et plus, sont connectés à Internet (8 sur 10 pour les personnes à plus faible niveau de revenu), 7 sur 10 sont équipés d'un smartphone. Le principal usage du smartphone étant la participation à des réseaux sociaux.

Les réseaux sociaux, et particulièrement Facebook, sont devenus en une quinzaine d'années un des principaux lieux de partage des expériences de vie quotidienne. Toutes les organisations, à vocation commerciale ou non, l'ont bien compris et y assurent une présence constante.

Lors de la première édition de « Mois sans tabac », l'Assurance maladie et Santé publique France

ont produit pour l'occasion une page Facebook « Mois sans tabac » ayant vocation à exister toute l'année sous la bannière Tabac info service. En octobre et novembre 2016, la page a bénéficié d'une importante activité éditoriale, ce qui lui a permis d'attirer 75 000 internautes. Son activité a été très importante et a culminé à 11 000 interactions (partage, like, commentaire) par semaine. Sur cette page, les contributions les plus nombreuses ont pris la forme de témoignages relatifs à la tentative d'arrêt du tabac des internautes, très largement commentés de témoignages similaires ou d'encouragements.

En année 2, ce dispositif a été approfondi et des groupes ont été créés, conçus pour être l'incarnation des équipes de candidats à l'arrêt du tabac, promues par la campagne en 2017. Ces groupes virtuels sont aussi le reflet des groupes de paroles présentiels, qui proposent un cadre sécurisant pour partager un changement de comportement. Ils ont pris la forme de groupes « fermés » (la participation à ces groupes implique la validation par l'administrateur du groupe), déclinés selon une logique

territoriale – un groupe par région administrative – ou thématique – un groupe par méthode d'arrêt, motivation ou crainte à l'arrêt.

Au total, 35 groupes ont accueilli plus de 70 000 membres. Les groupes les plus fréquentés ont été le groupe « Néo-aquitain », pour les groupes régionaux, et le groupe « Pour mes enfants », pour les groupes thématiques. Les nombreuses contributions sur ces groupes ont validé leur intérêt. Ce fut par exemple le cas du groupe « Pour mes enfants », dont les témoignages sur les motivations à l'arrêt ont été très nombreux.

Aujourd'hui, les réseaux sociaux sont envisagés comme un canal de communication complémentaire des canaux plus traditionnels que constituent la télévision ou la radio. Ils constitueront peut-être à l'avenir un canal d'intervention plus structuré, sur le modèle des interventions à distance telles que les services téléphoniques ou web d'aide à l'arrêt du tabac. Ces modèles de structuration restent à inventer, à évaluer et à promouvoir. ➤

3. Smith K.P., Christakis N.A. Social networks and health. Annual Review of Sociology. 2008 ; 34 : 405-429

4. Albérola E. et al. Baromètre du numérique. Crédoc, 2017.



des acteurs et de la population), et des inégalités de pouvoir, à l'origine des inégalités de ressources. Pour exemple, dans les programmes de « soutien » à la parentalité, les parents peuvent être présentés comme des parents défaillants, qu'il faut « rééduquer » ; or ne peut-on pas suggérer l'idée qu'ils sont plutôt des parents disqualifiés... auxquels la promotion de la santé et son armée d'éducateurs pour la santé pourraient redonner confiance, dans des programmes d'accompagnement plutôt que de soutien, afin qu'ils puissent reprendre du contrôle sur leur vie ?

### Conclusion

Choisir comme cadre théorique l'*empowerment* consiste à travailler à une redistribution plus équitable des rôles, des pouvoirs et des ressources qui sont portés à la fois par la population, par les professionnels de tous

champs, mais aussi par le politique. Envisager ce concept sous l'angle de la promotion de la santé, c'est sortir du schéma classique de la prévention, qui s'efforce chaque jour d'élaborer de nouvelles formes de stratégies de responsabilisation, voire de culpabilisation de la population, en imposant des comportements qui seraient plus ou moins « bons » pour la santé, non sans une certaine forme de jugement moral. La prévention, telle qu'elle se manifeste aujourd'hui, présente l'insoumis à ces dispositions comme le « *gestionnaire de sa propre punition* » (Jean-Marc Weller [87]). Promouvoir la santé, c'est refuser que les politiques mises en place soient le centre de processus de stigmatisation faisant peser sur la population le poids et la responsabilité de leur santé. Et si faire de la promotion de la santé était sortir de l'injonction à une bonne santé et offrir des espaces de rencontres et d'expériences plus démocratiques ? ➤

## Le marketing social critique

### Définition, contours, applications et utilité pour la santé publique

**Karine Gallopel-Morvan**  
Professeure des universités, EHESP (École des hautes études en santé publique), EA 7348 MOS, professeure honoraire, université de Stirling (Ecosse)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

L'objectif de cet article est de définir le marketing social critique, d'en préciser les contours, les applications, puis de montrer l'utilité de cette discipline pour les acteurs de la santé publique.

#### Définition et contours du marketing social

Une définition du marketing social proposée en 1973 par Lazer et Kelley [44] est la suivante : « *Le marketing social consiste à appliquer et à utiliser les connaissances, les concepts et les techniques du marketing [marchand] pour des finalités économiques et sociales. Le marketing social consiste également à analyser les conséquences sociales des activités, décisions et politiques marketing des acteurs [marchand]* ». La première partie de la définition se réfère au marketing social utilisé à des fins de prévention et dont le but est de développer des programmes efficaces pour faire évoluer les comportements des individus dans un sens favorable à leur santé [27]. À titre d'illustration, citons la campagne « Mois sans tabac », lancée en France depuis 2016 par Santé publique France, qui mobilise les outils et les théories du marketing afin d'inciter les Français à arrêter de fumer (théorie de la contagion, segmentation, supports et aides pour aider à arrêter, proximité du message avec la cible, etc.) [28].

La deuxième partie de la définition proposée par Lazer et Kelley est moins connue des chercheurs et des acteurs du terrain. Elle propose de prendre en compte les activités marketing des industriels qui ont une influence négative sur les individus et qui sont une forme de « concurrence » des comportements de santé.

Des chercheurs ont qualifié cette approche de « marketing social critique » [31, 37], dont le but est de mieux cerner, afin de les contrer, les forces concurrentielles en présence qui vont à l'encontre des comportements des individus souhaités par les acteurs de la santé. Le principe est de considérer que la modification des comportements ne peut se produire sans comprendre ce qui les influence. Si de nombreuses recherches ont montré que les pratiques à risque pour la santé (tabagisme, alcoolisation excessive, etc.) sont influencées par le sexe, le niveau d'éducation, la famille, les amis, les médias, etc., des études ont également mis en évidence que le marketing utilisé par des industriels a un impact sur ces comportements. En particulier, les recherches développées en marketing social critique ont pour objet l'analyse de l'effet du marketing et des relations publiques déployés par certaines entreprises (tabac, alcool, etc.) sur les représentations, perceptions et comportements des consommateurs et des leaders d'opinion qui façonnent les lois, les normes et les tendances (journalistes, politiques, scientifiques, etc.).

#### Exemples de recherches menées en marketing social critique

Les recherches en marketing social critique se sont beaucoup développées à partir des années 1980. Leurs contextes d'application sont variés : il peut s'agir d'explorer les activités commerciales des industriels du tabac, de l'alcool, de l'agroalimentaire, des jeux de hasard et d'argent ou encore de l'automobile (dont les

publicités vantent souvent la vitesse). Les champs les plus étudiés par les chercheurs sont le tabac, l'alcool et les produits alimentaires.

Les travaux publiés en marketing social critique peuvent avoir une visée descriptive (ils portent sur la nature et la forme du marketing et du lobbying des industriels) ou explicative (ils analysent le lien entre le marketing, le lobbying puis les représentations et les comportements des individus). La cible la plus étudiée par les chercheurs est la population des jeunes, très concernée par le tabagisme, l'alcoolisation ponctuelle importante ou/et l'alimentation trop sucrée et trop grasse. Certains travaux se focalisent sur l'effet, sur cette population, de la publicité et du marketing au sens large (publicités médias, cadeaux, Internet, etc.)

alors que d'autres explorent un support marketing en particulier (placement de marques dans les films, packagings, réseaux sociaux, publicité sur le lieu de vente, etc.).

### Utilité et utilisation possible du marketing social critique par les acteurs de la santé

Le marketing social critique et les résultats des recherches qui en découlent peuvent être mobilisés et utilisés par les acteurs de la santé publique pour répondre à différents objectifs.

En premier lieu, l'analyse et l'observation des formes de marketing et de lobbying déployées par les industriels aident à déceler les objectifs, et les intentions vérifiables, puis la crédibilité des programmes de prévention

## Les effets du marketing et de la publicité sur les représentations et les comportements : quelques exemples de recherches en marketing social critique<sup>1</sup>

### Effet du marketing et de la publicité en général

- De nombreuses recherches ont mis en lumière, chez des individus mineurs, un lien entre l'exposition au marketing des produits alcoolisés (publicité, sponsoring, merchandising, Internet, applications pour Smartphones, e-mails, etc.) et l'initiation à l'alcool, une alcoolisation importante et des mésusages de la substance.
- La publicité pour les produits du tabac a un effet significatif sur l'initiation tabagique des jeunes, l'envie de continuer des adultes et la fidélité à la marque de tabac.
- L'exposition au marketing et à la publicité des produits alimentaires

influence les préférences alimentaires des enfants et les envies d'acheter certains produits (via l'influence des enfants sur les parents).

### Effet de quelques outils marketing spécifiques

- La publicité sur les lieux de vente des marques de tabac encourage les jeunes à commencer à fumer, banalise et normalise les produits du tabac, dissuade l'arrêt du tabac chez les fumeurs, incite à la reprise chez les ex-fumeurs et encourage les achats d'impulsion.
- Une recherche menée sur des enfants de 3 à 5 ans a montré qu'ils apprécient plus la nourriture (ham-

burgers, frites, légumes) lorsqu'elle est emballée dans un packaging à l'effigie de McDonald's® ou avec des personnages de bandes dessinées. Cette étude illustre le rôle des marques et des packagings sur les préférences de très jeunes enfants.

- Plus récemment, des recherches en marketing social critique ont étudié les formes et les effets des relations publiques et du lobbying déployés par les entreprises sur les leaders d'opinion (encadré 2).

1. Les références relatives aux études citées dans les encadrés de cette page sont disponibles auprès de [karine.gallopel-morvan@ehesp.fr](mailto:karine.gallopel-morvan@ehesp.fr)

## Exemples de recherches publiées sur les relations publiques et le lobbying des entreprises du tabac, de l'alcool et alimentaires

- Le financement de scientifiques est une manière pour l'industrie du tabac d'obtenir le soutien de leaders d'opinion crédibles, de diffuser des informations qui leur sont favorables et d'entretenir des controverses qui peuvent bloquer les législations anti-tabac.
- Les alcooliers mobilisent différentes techniques pour améliorer

leur image et faire bouger les lois en leur faveur : mécénat, philanthropie, financements de chercheurs (via des fondations), créations de structures dédiées à la prévention, contacts directs avec les politiques et les élus, etc.

- Les stratégies couramment utilisées par l'industrie alimentaire pour influencer les politiques de santé en

leur faveur sont : la diffusion d'informations sur l'économie du secteur, la remise en cause d'évidences scientifiques pour lancer/relancer des débats, les dons à des partis politiques, les relations avec les journalistes, le financement de programmes de prévention, etc.



proposés par certaines entreprises qui vendent des produits à risque. Par exemple, peut-on juger sincère la volonté exprimée officiellement par les industriels de l'alcool de réduire la consommation excessive d'alcool chez les jeunes alors qu'ils déploient parallèlement un marketing très agressif pour les toucher (alcools sucrés au goût cola, packagings et noms très attractifs – rosé sucette –, publicités près des écoles, etc.) ?

En deuxième lieu, recenser les actions marketing des entreprises permet de vérifier qu'elles respectent bien les lois en vigueur. Par exemple, des observatoires ont permis de mettre en lumière que malgré la loi Evin, qui interdit la publicité des produits du tabac et régule celle de l'alcool, les industriels concernés peinent à respecter cette législation. De tels observatoires sont utiles pour les associations qui assignent en justice les entreprises qui ne respectent pas les lois (*i.e.* le Comité national contre le tabac, et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie), et cela aide à faire en sorte que les lois soient mieux respectées.

En troisième lieu, les recherches en marketing social critique, qui analysent l'effet du marketing du tabac, de l'alcool, etc. sur les comportements, sont précieuses car elles aident à justifier les lois qui le régulent. Par exemple, au Royaume-Uni, au Québec ou encore en Suède, la diffusion des publicités pour des produits gras et sucrés dans les programmes destinés aux enfants est réglementée car des recherches ont montré qu'elles influencent les comportements alimentaires des jeunes dans un sens défavorable à leur santé. Par ailleurs, des études ont montré que le packaging des produits du tabac, à travers les couleurs, les noms de marques, les visuels, etc., influence les représentations et les comportements des individus. C'est la raison pour laquelle des gouvernements de plus en plus nombreux (France, Royaume-Uni, Australie, Irlande, Hongrie, etc.) ont imposé le paquet de cigarettes neutre.

En quatrième lieu, il est intéressant de connaître les techniques marketing déployées par les industriels pour s'en inspirer et élaborer des programmes de prévention plus efficaces. Par exemple, les industriels du tabac, de l'alcool ou de produits alimentaires mobilisent des influenceurs sur les réseaux sociaux, diffusent des messages émotionnels ou encore déploient des outils marketing bien au-delà de la publicité pour inciter les jeunes à consommer leurs produits. Les acteurs de la santé pourraient s'inspirer de ces stratégies pour convaincre plus efficacement les jeunes de changer leurs comportements à risque.

Enfin et en cinquième lieu, les travaux sur les pratiques commerciales et les influences du marketing des produits du tabac, de l'alcool, etc. peuvent être mobilisés par les acteurs de la santé (ONG, organisations publiques) pour informer la société civile, les politiques et les journalistes de ces pratiques, les dénoncer et ainsi mieux les contrer. Afin de toucher des cibles vulnérables au marketing, des programmes de prévention pourraient dénoncer la manière dont le marketing les influence à

leur insu et leur fournir des outils et des clés pour y résister. C'est le fondement de la campagne antitabac « Truth » menée aux États-Unis, qui présentait de manière cynique le marketing utilisé par « Big Tobacco » pour faire fumer les jeunes. Elle s'est révélée efficace pour réduire le tabagisme des adolescents [22].

### Conclusion : cadre d'intervention du marketing social critique, enjeux et perspectives

Pour qu'il soit utile aux acteurs de la santé publique, le marketing social critique nécessite la mise en place des différentes interventions présentées ci-dessous (inspiré de [31]) :

1. Observer et recenser les activités marketing/ de lobbying des industriels (sur le terrain, dans des magazines professionnels, sur Internet) qui vendent des produits à risque pour la santé des individus.
2. Évaluer l'effet de ce marketing/ de ce lobbying sur les représentations, les perceptions et les comportements des individus et publier les résultats.
3. Évaluer l'impact et l'efficacité des mesures proposées par les acteurs de la santé (lois, régulations) pour contrer ce marketing et publier les résultats.
4. Informer les politiques des résultats des recherches menées (2. et 3.) pour qu'ils en tiennent compte dans leur prise de décision.
5. Informer et alerter le grand public, les journalistes, les leaders d'opinion de l'effet du marketing et du lobbying déployés par les entreprises (dénoncer) déjà décrites ci-dessus.

En France, le marketing social critique se déploie lentement. Les enjeux pour qu'il se développe et soit utile aux acteurs de la santé sont de former des jeunes chercheurs sur ces sujets (doctorants), de trouver des financements pour dérouler l'ensemble des interventions, puis de former des acteurs du terrain (associations, organisations publiques) pour qu'ils s'emparent de cette approche. Par ailleurs, si de nombreuses recherches ont été menées sur l'effet du marketing des industriels du tabac, de l'alcool, des produits alimentaires, etc., trop peu de travaux, en particulier en France, ont analysé les formes et les effets du lobbying déployé par ces entreprises. ➤

## Littératie et accès à l'information sur la santé

Les concepts de littératie et de littératie en santé, déjà largement répandus dans les pays anglo-saxons, suscitent en France un intérêt croissant.

Définie initialement comme la capacité des individus à lire et écrire, la littératie a vu sa définition s'enrichir considérablement. Cette définition répond au besoin de mieux cerner les capacités des individus à comprendre et à utiliser l'information pour faire des choix éclairés. Ainsi ce concept est-il plus complexe que l'illettrisme ou l'analphabétisme, plus fréquemment utilisés en France. En effet, s'informer requiert la mobilisation de nombreuses capacités, au-delà des capacités à lire, écrire et compter. Il faut aussi pouvoir identifier la source d'information la plus fiable, comparer, hiérarchiser, mémoriser, compléter des formulaires, solliciter un interlocuteur, etc. Il s'agit enfin d'appréhender différents canaux d'information : le face-à-face, les supports papier et les outils numériques.

Les enquêtes permettant de mesurer les compétences en littératie de la population témoignent des difficultés rencontrées par une partie importante de la population pour accéder à l'information.

Citons l'étude sur les compétences des adultes menée par l'OCDE dans trente-trois pays<sup>1</sup>. Les résultats portent à 49 % la part de la population de 16 à 65 ans de ces pays n'ayant pas les compétences suffisantes en littératie pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail [65]<sup>2</sup>. Les résultats pour la France nous interpellent, 58 % des répondants se situant aux niveaux les plus faibles (de 0 à 2 sur une échelle allant jusqu'à 5, 3 étant considéré comme le seuil à atteindre pour être pleinement autonome).

Le traitement de l'information requiert aussi des compétences mathématiques, c'est-à-dire les compétences en numératie [65]<sup>3</sup>. En moyenne, ce sont 52 % des adultes de 16 à 65 ans ayant participé à cette même enquête qui ont des compétences insuffisantes en numératie pour comprendre, traiter et utiliser les notions mathématiques dans leur vie de tous les jours.

Les enquêtes permettent d'identifier certains groupes de la population comme étant particulièrement vulnérables. C'est le cas des personnes peu scolarisées, des personnes âgées – les compétences en littératie diminuant avec l'âge –, des personnes en situation

de handicap ou encore des personnes migrantes ne maîtrisant pas la langue du pays d'adoption ou ses codes culturels.

De façon concomitante, la littératie en santé occupe une place croissante dans les études. Introduite dans les années 1970 dans les pays anglo-saxons, elle peut être définie comme « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité à repérer, à comprendre, à évaluer et à utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans des contextes de soins, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie » [83].

### La littératie : un déterminant de la santé

Dans de nombreux pays, la littératie en santé est devenue un outil incontournable pour les professionnels de santé, les organisations et les pouvoirs publics. En effet, les chercheurs la considèrent désormais comme un déterminant de la santé, parfois citée au même titre que le revenu, l'emploi ou le niveau d'éducation [66].

Les usagers du système de santé qui ont des compétences moindres en littératie rencontrent des difficultés pour accéder à l'information, pour communiquer leurs besoins, pour utiliser les informations reçues, pour interagir avec les professionnels ou encore pour consulter au moment opportun. Le niveau de compréhension des patients et leur aptitude à agir en fonction de l'information reçue sont souvent moins élevés que ce que présumant les professionnels. C'est particulièrement le cas lorsque la situation est anxiogène, par exemple lorsque le patient doit absorber un grand nombre d'informations lors d'un rendez-vous médical, s'il est dans l'attente d'un diagnostic, s'il fait face à l'hospitalisation d'un proche, etc.

Ainsi les études montrent que les personnes à compétences limitées en littératie sont moins enclines à adopter des comportements favorables à la santé, qu'elles participent moins aux programmes de dépistage et utilisent moins les services de prévention, ou encore qu'elles sont plus souvent hospitalisées ou se retrouvent davantage aux urgences [9]. Particulièrement documentées en éducation thérapeutique du patient, les études montrent également un impact défavorable sur la gestion des maladies chroniques et le suivi des traitements [51].

Inversement, les personnes dont les compétences en littératie sont meilleures sont plus à même d'engager des démarches de prévention et d'adopter des comportements favorables à la santé [9].

La digitalisation accélérée des services, parfois facilitatrice, soulève aussi des inquiétudes. Elle rajoute en effet un degré de complexité parfois insurmontable pour les personnes les moins aptes à naviguer sur les sites

### Cécile Allaire

Santé publique  
France

### Julie Ruel

PhD, Chaire  
interdisciplinaire  
de recherche en  
littératie et inclusion  
(Cirli), professeure  
associée, université  
du Québec en  
Outaouais (UQO)

### André C. Moreau

PhD, professeur,  
université du Québec  
en Outaouais  
(UQO), Chaire  
interdisciplinaire  
de recherche en  
littératie et inclusion  
(Cirli),

### Emmanuelle Hamel

Santé publique  
France

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 56.

1. OCDE. Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA), 2012 OCDE, 2013.

2. La littératie est définie dans cette étude comme « la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'engager dans des textes écrits pour participer à la société, pour accomplir ses objectifs et pour développer ses connaissances et son potentiel » (OCDE, 2013).

3. La numératie est définie comme « la capacité de comprendre, d'utiliser, d'interpréter et de communiquer l'information et les idées mathématiques afin de s'approprier et de gérer les exigences mathématiques dans un éventail de situations de la vie adulte » (OCDE, 2013).





ou à effectuer des démarches en ligne. C'est le champ de la *e-health literacy* qui est ici à l'étude.

### **Mieux comprendre les besoins de toutes les populations et communiquer avec le plus grand nombre**

Dans ce contexte, prendre en compte la littératie en santé constitue un apport précieux pour réduire les inégalités d'accès à la santé. Elle est considérée comme un outil d'intervention en prévention et en promotion de la santé mais aussi comme un outil d'aide à l'attention des politiques publiques [9]. Comprise comme le résultat de l'interaction entre les capacités d'une personne et les exigences du système de santé, la littératie en santé ne renvoie pas seulement aux compétences individuelles, mais aussi aux compétences déployées par la collectivité pour rendre ses ressources disponibles et pour favoriser la participation de ses citoyens [20].

Quelles sont les mesures à déployer pour mieux prendre en compte les besoins de populations aux caractéristiques diverses et aux compétences variées ? Les actions d'ores et déjà proposées par les professionnels sont nombreuses, parfois même sans référence au concept de littératie. Elles visent notamment à améliorer :

- la nature et la qualité des informations fournies, grâce à l'adaptation des messages aux personnes ayant des compétences réduites en littératie,

- la nature et la qualité des interventions ciblées, avec des modalités d'intervention adaptées à ces publics [51].

Parmi les actions déployées, l'information accessible au plus grand nombre, selon le principe de la conception universelle, est une piste intéressante [70]. Cette approche largement utilisée en architecture ou en design vise à concevoir des bâtiments et des produits que chacun peut utiliser sans avoir besoin d'une adaptation spéciale. C'est l'expérience développée dans le domaine de l'information par Santé publique France, qui a formalisé le guide *Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible* en collaboration avec la Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie en inclusion (Cirli, Québec). Ce guide suggère des pratiques aux professionnels qui veulent concevoir et communiquer une information plus accessible et comprise par le plus grand nombre, quelles que soient leurs spécificités et leurs compétences en littératie. Cet outil accompagne les acteurs du soin, de la prévention et de la promotion de la santé, et, plus largement, tous les communicants, pour élaborer des supports imprimés, écrits et illustrés, des supports numériques ou une communication orale, pour s'adresser au plus grand nombre et qui répondent ainsi aux attentes des publics les plus éloignés des dispositifs d'information et des services de santé, et pour faciliter la participation citoyenne de tous. ➤

# Mouans-Sartoux : mieux manger à la cantine et bouger plus, deux leviers de santé publique

**Mouans-Sartoux est une commune de 10 000 habitants des Alpes maritimes. La mairie s'est engagée dans un combat écologiste et d'amélioration de la santé de ses administrés. Depuis 2012 les cantines scolaires de la ville servent des repas bio, dont la plupart des aliments sont produits localement.**

**Gilles Pérole**

Adjoint au maire de Mouans-Sartoux, président du réseau Un Plus Bio

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les mille repas préparés et servis chaque jour dans les trois restaurants scolaires de la commune des Alpes-Maritimes sont 100 % bio. Ville active PNNS (voir ci-après) depuis 2005, Mouans-Sartoux multiplie les actions qui permettent à la population de prendre sa santé en main, avec la mise à disposition d'équipements sportifs variés et le développement de programmes qui invitent à une mobilité active. La Maison d'éducation à l'alimentation durable (MEAD), créée en 2016, confirme cette dynamique qui vise à promouvoir le bien-être collectif autant qu'au sein des foyers et à partager les connaissances en réseau.

Une alimentation bio, saine, équilibrée favorise-t-elle une meilleure santé? À cette question qui agite encore aujourd'hui la société scientifique et que les acteurs des différentes tables rondes des États généraux de l'alimentation ont largement abordée pour un débat public salubre, la ville de Mouans-Sartoux, située dans l'arrière-pays azuréen entre Cannes et Grasse, apporte son lot de réponses. Ici, une réflexion déjà ancienne sur le contenu des assiettes en restauration collective, qui consiste à associer un choix d'aliments sains aux neuf repères nutritionnels définis dans le Programme national nutrition santé (PNNS)<sup>1</sup>, a abouti à une démarche originale

1. Mouans-Sartoux est ville active PNNS depuis 2005. Les neuf repères nutritionnels : trois des cinq portions de fruits et légumes proposées chaque jour, pain bio type 80 au repas et au goûter à 18 g de sel/kg, laitages nature bio, viandes ou poissons bruts, limitation des graisses, aucun plat industriel, limitation du sucre, fontaine à eau dans chaque restaurant, pas de sel en libre-service, activités physiques lors de la pause méridienne.

encore assez peu répandue en France. C'est un pas de plus vers une politique éducative globale où l'approche de la nutrition passe par un autre volet essentiel : l'activité physique.

Pour répondre à ses besoins en légumes, la municipalité a créé une régie agricole sur le domaine de Haute-Combe. C'est dans cette propriété agricole traditionnelle de 6 hectares, acquise par préemption, que deux agriculteurs embauchés par la mairie s'emploient à faire pousser les légumes qui alimentent directement les cuisines des trois groupes scolaires de la commune. En 2017, la régie a produit plus de 25 tonnes de légumes certifiés bio, soit 85 % des volumes consommés dans l'année.

## **Chaque semaine, un repas sans protéines animales**

Dans chacune des cuisines équipées d'une légumerie (un espace dédié au stockage en vrac et à la préparation des produits bruts), tous les plats sont faits maison. Les agents, formés régulièrement à de nouvelles pratiques alimentaires, s'activent pour préparer des menus visés de près par une diététicienne : bio, équilibrés, de saison, valorisant les produits complets et, de plus en plus, les protéines végétales. Depuis l'an dernier, un repas est proposé chaque semaine à base de protéines végétales, une manière d'instaurer une culture alimentaire plus diversifiée et de contribuer à la lutte contre le réchauffement climatique.

## **Un projet éducatif global**

La transition vers un modèle alimentaire intégré au territoire – le développement d'une agriculture relocalisée, la renaissance d'activités de transformation, d'échanges



économiques et sociaux sont les autres piliers du projet alimentaire – a connu plusieurs étapes. Dès 1999, alors que l'affaire de la vache folle jette le trouble sur la consommation de viande bovine en Europe, la ville décide de recourir à des lots de viande bio. Un premier pas vers une évolution des approvisionnements et la volonté de sortir d'un système alimentaire globalisé qui pose de plus en plus de problèmes sanitaires.

En 2006, la ville met en place le programme « Bien manger, bien bouger, c'est bon pour la santé » et révisé les menus de cantine pour intégrer notamment la saisonnalité : fini les tomates en hiver et les fraises au mois de mars ! Trois ans plus tard, elle signe son premier projet éducatif local, qui intègre la question alimentaire et place l'enfant au cœur de la politique publique.

La consommation de produits bio atteint 75 % dès 2011 et une vaste opération de réduction du gaspillage alimentaire est entreprise, qui, en quatre ans, fait chuter le volume de restes de repas de 80 %, à 32 grammes par assiette quand la moyenne nationale stagne environ à 150 g (source Ademe). Les convives se voient proposer la portion qui correspond à leur appétit, ils sont largement sensibilisés à la valeur du contenu de leur plateau-repas, dont ils trient eux-mêmes les restes avant de sortir du réfectoire.

Le temps de pause méridienne est déclaré « centre de loisirs », pour assurer un accompagnement éducatif du temps de repas, mais aussi pour proposer aux enfants des activités physiques, des ateliers nutrition, des ateliers cuisines avec les chefs des cantines scolaires, du jardinage pour découvrir les légumes qu'ils mangent chaque jour...

Détail remarquable : l'objectif de manger 100 % bio, atteint en janvier 2012, n'a pas entraîné de surcoûts, une performance qui interpelle de nombreuses collectivités françaises et européennes et que la ville de Mouans-Sartoux s'honore de recevoir en visite.

### Mesurer les effets de la politique alimentaire durable chez les habitants

Si la souveraineté alimentaire et manger bio, local, sain et juste sont au cœur du projet local, la volonté d'en mesurer les effets sur l'évolution des pratiques des habitants est apparue assez rapidement. En 2013, la commune crée un Observatoire de la restauration durable associé à un comité de pilotage (la direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et des Forêts, les comités régional et départe-

mental d'éducation à la santé, l'école de commerce Skema Business School, le programme de recherche en droit alimentaire Lascaux, l'université Nice-Côte d'Azur, l'association Un Plus Bio). Le but de cet outil est de mesurer avec précision l'impact de la politique alimentaire publique sur les habitudes alimentaires des familles. À ce jour, deux enquêtes ont été menées auprès des parents, des enfants et du personnel municipal. La première, en 2013, fait apparaître que 66 % des personnes interrogées confient avoir fait évoluer leurs achats vers plus de bio et de local, en privilégiant la saisonnalité et la fraîcheur des productions. Dans la dernière enquête livrée à l'été 2016<sup>2</sup>, ce taux grimpe à 85 % des parents interrogés. Les enfants déclarent apprécier de leur côté « la variété », « le bon goût des aliments », « les repas sains », le service en portions personnalisées et, donnée remarquable entre toutes, ils ne sont plus que 8 % à trouver qu'ils mangent « trop de légumes » alors qu'il y en a à tous les repas.

### Essaimer les bonnes pratiques avec la MEAD

Mouans-Sartoux, dotée d'un Agenda 21 local France, adhère au Club des villes et territoires cyclables et est membre fondateur du Club des territoires Un Plus Bio (premier réseau national des cantines bio). Pour donner à l'ensemble de ses actions un cadre officiel visible et ouvert sur la société civile, elle a créé, en octobre 2016, la Maison de l'éducation à l'alimentation durable (MEAD), au sein du domaine agricole de Haute-Combe. Cinq piliers définissent ce projet alimentaire territorial (PAT) : produire et manger bio localement, favoriser les installations agricoles, sensibiliser les publics à l'alimentation durable, soutenir la recherche et la formation, enfin communiquer et diffuser les actions. Toute une série d'actions découle de ce nouveau contrat : la production agricole à destination des habitants, celle de la régie bien sûr mais également celle issue de toutes formes d'agriculture biologique et durable, qui valorise les pratiques culturelles agro-écologiques, la gestion optimisée de la ressource en eau des cultures, la fabrication de composts... La MEAD abrite une conserverie, plus précisément une cellule de surgélation, qui permet d'absorber les pics de production estivale de la régie. Elle héberge une cuisine pédagogique

2. <http://mead-mouans-sartoux.fr/wp-content/uploads/2018/01/Résultats-questionnaire-parents-2016-2.pdf>

avec la mise en place d'ateliers pour tous les publics (enfants, bénéficiaires de l'épicerie sociale et solidaire, familles, classes nature de l'agglomération, cuisiniers) qui bénéficient de cours, de stages et de formations dans une salle dédiée. La sensibilisation au lien entre équilibre alimentaire, activité physique et entretien d'une bonne santé est au cœur des engagements des intervenants.

Pour diffuser ce message vers l'extérieur, un travail de partenariat associe plusieurs acteurs institutionnels dans le cadre de programmes de recherche-action, dont la Skema Business School, l'Institut national de la recherche agronomique (Inra) d'Avignon et le programme Lascaux. Depuis le printemps 2017, en collaboration avec l'université Nice-Côte d'Azur, un diplôme universitaire (DU) « Chef de projet en alimentation durable » a vu le jour, dont les sessions théoriques et pratiques ont périodiquement lieu au siège de la MEAD. Viennent se former à une nouvelle vision du développement des territoires en lien avec l'alimentation des gestionnaires, techniciens, étudiants et cuisiniers.

### Le « Défi familles à alimentation positive »

Au quotidien, l'évolution des pratiques de la population passe par une invitation permanente au changement. Dans les écoles, des potagers pédagogiques permettent aux enfants de se rapprocher de la terre, tandis qu'à la lisière du périmètre communal, les jardins familiaux offrent à de nombreux foyers de quoi produire leurs propres légumes. Chaque semaine, le service éducation envoie par courriel aux parents des suggestions de menus du soir pour équilibrer l'offre alimentaire du midi. Des fiches produits et recettes sont systématiquement jointes, qui expliquent la valeur nutritionnelle et l'intérêt santé des fruits et légumes de saison.

Depuis septembre 2017, une vingtaine de familles ont également rejoint le premier « Défi familles à alimentation positive », créé par l'association Corabio et inspiré du « Défi familles à énergie positive ». À travers huit ateliers, les habitants sont invités à se pencher sur leur propre mode de consommation. Ils reçoivent des conseils en diététique et équilibre alimentaire, visitent des fermes et des points de vente locaux spécialisés en alimentation durable, apprennent à décrypter l'étiquetage des produits qu'ils achètent, prennent des cours de cuisine pour valoriser la place des protéines de bonne qualité, dont les légumineuses. Ils sont initiés aux pratiques du jardinage, du balcon au potager, ainsi qu'à

la réduction du gaspillage alimentaire et consolident ainsi une culture alimentaire, de qualité où les notions de santé trouvent naturellement une place de choix.

### **L'incitation à l'activité physique aussi !**

Depuis le début, l'approche globale de la nutrition est associée à un travail de sensibilisation à la pratique quotidienne d'activités physiques. Depuis 2002 sont ainsi proposés aux enfants des pedibus et velobus pour se rendre à l'école de manière active. C'est bon pour la santé mais aussi pour les apprentissages : les élèves arrivent bien réveillés. Dans le prolongement de ces actions, le centre de loisirs a sensibilisé à la mobilité active en coconstruisant avec les enfants les meilleurs itinéraires vélo et piéton. L'installation d'un parking à vélos dans chacune des trois écoles a été un vrai déclencheur de ce mode de déplacement, les parents accompagnant eux-mêmes leur enfant en bicyclette. Les écoliers ont également contribué au choix et au chronométrage des panneaux minutés des itinéraires piéton à destination de la population.

### **Quand la volonté politique est au rendez-vous**

Pourquoi la collectivité locale a-t-elle ainsi entrepris d'inscrire la santé au menu des assiettes et, plus largement, des habitudes de vie ? Rien n'obligeait le conseil municipal à s'engager dans l'administration d'une compétence tout à fait facultative. Pourtant, Mouans-Sartoux a toujours pris soin d'être au rendez-vous des grandes évolutions de société. Cela tient à un héritage légué par l'ancien maire emblématique André Aschieri, élu sans discontinuer de 1974 à 2015. Également député un temps, son travail parlementaire l'avait amené à créer l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). Localement, il traduisait ses engagements par la mise en cohérence des actions de la commune avec les enjeux de santé et d'environnement et envisageait tôt les conditions d'une transition écologique de son territoire, dont la politique alimentaire est devenue l'un des piliers. Mais pas seulement : tout habitant bénéficie de la proximité d'équipements

sportifs municipaux nombreux et accessibles à pied ou à vélo dans le cadre d'un plan local de déplacements actifs. La ville compte deux gymnases, un dojo, une salle de musculation, un stade de foot, des pistes forestières, une salle de danse, des terrains de proximité, un centre équestre... Chaque année depuis 2003, l'opération « Courir dans mon village » engage tous les enfants de l'école élémentaire dans les rues du village et le parc du château, chacun à son rythme et sans esprit de compétition.

Aujourd'hui, c'est l'adjoint au maire Gilles Pérole, en charge de l'éducation, qui transforme une bonne partie de l'ensemble de ces essais. Fondateur de la Maison d'éducation à l'alimentation durable, il est également à l'origine d'un projet pilote européen intitulé Bio-Canteens, qui consiste à démontrer auprès d'un réseau de collectivités de divers pays de l'Union européenne, réunies sous la bannière du programme Urbact, qu'une transition alimentaire réussie sur un territoire peut être reproduite ailleurs, lorsque la volonté politique est au rendez-vous. ➤



# La formation en prévention : besoins et réalités

**Développer la formation  
en prévention  
contribue à faire  
évoluer les pratiques  
professionnelles  
et à produire de nouvelles  
connaissances issues  
de la recherche,  
ressource clé.**

**Anne-Paule Duarte**

Membre de la Commission spécialisée  
Système de santé et sécurité des  
patients, IFSI Pitié-Salpêtrière  
Doctorante en sciences de l'éducation,  
CREF-EA 1589,  
université Paris-Nanterre,

**L**a formation en prévention représente un des défis majeurs dans le processus de transformation du système de santé actuel. La réflexion en cours s'inscrit dans une logique de pertinence, qualité, sécurité et visibilité des parcours des patients et parcours de formation des professionnels.

De nombreux acteurs interagissent dans le domaine de la prévention, professionnels de santé, de l'éducation, du secteur social, associations d'usagers et instituts de veille. Dans ce contexte, le partenariat et la coopération entre les acteurs devient une priorité.

## **Émergence des besoins en formation<sup>1</sup>**

Le virage préventif implique un accompagnement au changement et un accompagnement méthodologique des équipes pluriprofessionnelles. L'approche populationnelle et l'exercice coordonné demande des compétences multidisciplinaires (démarche relationnelle, éducative, pédagogique, de projet, de médiation et de communication) et une expertise en santé publique et en sciences humaines et sociales.

Investir le domaine de la prévention nécessite une communication accessible, lisible et compréhensible par un large public. Elle demande aussi une approche individuelle davantage centrée sur les personnes et leur environnement en ce qui concerne le parcours de santé, parcours scolaire et parcours professionnel.

Dans le contexte actuel, une attention toute particulière au regard des personnes

vulnérables et fragiles reste prioritaire (enfants, adolescents, femmes, personnes en perte de mobilité, situations de précarité) pour favoriser l'équité en santé. C'est pourquoi l'action collective de tous les secteurs doit prévaloir afin d'assurer en concertation une réponse rapide et adaptée à ces situations.

Il s'agit également d'intégrer une démarche qui va promouvoir la santé des citoyens, mais aussi des professionnels, avec une réduction des risques, protection des personnes, qualité de vie et de bien-être, tout au long de la vie. Il est nécessaire d'adapter les besoins de l'ensemble de la population à l'offre, en privilégiant l'accessibilité, la continuité et la proximité, favorisant une meilleure connaissance de la personne et des proches.

## **Émergence d'une culture commune de la prévention**

Pour s'adapter aux enjeux de la prévention, il faut renforcer les compétences des divers acteurs aux questions de prévention et d'éducation à la santé, en identifiant les bonnes pratiques (pratiques cliniques préventives), et innover en mutualisant les expériences des territoires et pays étrangers. Il est nécessaire de faire évoluer la formation des professions de santé pour mieux répondre à l'évolution des besoins avec des gains de santé pour tous. Les liens entre les équipes de recherche universitaires et les établissements de santé ou structures d'exercice coordonné restent à développer.

Le HCSP<sup>2</sup> observe une montée en compétences qui se manifeste tant sur le champ

1. HCSP. Auditions groupe de travail « Place des offreurs de soins dans la prévention », 2017-2018.

2. HCSP, *ibid.*

de la santé publique (des médecins et paramédicaux), ou encore dans le domaine des sciences humaines et sociales, sciences de l'éducation, pratiques avancées (infirmier coordinateur de parcours complexe de soins) et autres disciplines associées. Dans cet environnement, la reconnaissance en termes de statut, de missions transversales et de coordination est nécessaire mais peu développée et non pérenne.

Au regard de ces différents constats, le HCSP identifie comme principal levier d'action l'évolution de la formation initiale et continue des professions de santé, basée sur une culture commune de la prévention et sur l'exercice interprofessionnel.

À ce sujet, le processus d'« universitarisation » de la formation des professionnels de santé en cours propose la constitution d'équipes d'enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers et réadaptation ; la formation aux nouveaux métiers comme les pratiques avancées infirmières ; et des temps de formation communs à plusieurs filières tel le service sanitaire<sup>3</sup>. Le déploiement du service sanitaire pour les étudiants en santé va contribuer à la prévention primaire par des actions en interdisciplinarité avec la réalisation

de projets communs autour des comportements favorables à la santé<sup>4, 5, 6</sup>.

Un système de formation flexible, coordonné et proactif est nécessaire pour accompagner les évolutions futures. De nombreux défis restent à relever au regard de la promotion et de la protection de santé, notamment le rôle actif des citoyens (patients experts, aidants naturels...), de la promotion d'environnements sains, de la divulgation et de la mise en place de bonnes pratiques.

Au final, il convient de repenser un rapport entre le savoir des adultes en formation et le développement d'une recherche scientifique pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle contribuant à l'évolution des pratiques professionnelles et à la production de nouvelles connaissances. Proposer une offre de formation de référence et permettre le développement d'une expertise en santé participent à l'émergence d'une économie du savoir, une ressource clé à explorer. ➤

3. Le Bouler S. Rapport « Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique ». Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation. Février 2018.

4. Vaillant L. Rapport « Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé ». Janvier 2018.

5. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif service sanitaire des étudiants en santé (JO du 13 juin 2018).

6. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé (JO du 13 juin 2018).



# tribunes

## Une politique de prévention des conduites addictives respectueuse des libertés individuelles

**En équilibre entre une vision normative de la santé et le respect des choix des individus, la prévention en matière de conduites addictives doit être soucieuse du respect démocratique et éthique.**

**Denis Lejay  
Valérie Saintoyant  
Nicolas Prisse**

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)

Proposer aujourd'hui une politique de prévention des addictions, en particulier des mesures visant à limiter la consommation d'alcool, c'est courir le risque d'être accusé de vouloir entraver la liberté des Français et d'être étiqueté «hygiéniste». Qu'en est-il en réalité? Est-il légitime pour l'État d'intervenir en la matière? Comment définir une position qui soit respectueuse de la liberté individuelle dans le champ de la lutte contre les addictions?

Ces questions sous-tendent l'action de l'État en matière de lutte contre les conduites addictives, animée et coordonnée au niveau interministériel par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). D'autant plus qu'au-delà de la prévention et de la promotion de la santé, cette politique comprend l'application de la loi et la lutte contre les trafics, qui peuvent elles-mêmes mettre en tension les libertés individuelles.

### **Normes sanitaires et libertés individuelles : la légitimité de l'intervention publique**

Dans une optique strictement libérale, l'État pourrait laisser faire les individus et se dégager de la responsabilité de prévenir et de les protéger des risques qu'ils prennent par la consommation de substances psychoactives : l'individu est totalement libre et l'État ne lui devra rien quand il sera malade. À l'instar d'autres comportements à risque, tels que la pratique de sports dangereux, l'individu serait alors invité à se couvrir contre le risque *via* une assurance privée, à condition d'en avoir les moyens.

Mais l'État est investi d'une responsabilité sanitaire et d'une mission de protection.

Schématiquement, en contrepartie de cette protection, les individus consentiraient à payer des cotisations et renonceraient aussi à une part de liberté. Ce renoncement se traduit par l'encadrement de la consommation d'alcool et de tabac dans certaines circonstances mais aussi par une pression sociale induite par les campagnes de prévention. Quant aux stupéfiants, c'est le choix d'un interdit protecteur qui a été fait.

La liberté individuelle contrariée est toutefois compensée par la liberté que procurent l'absence de dépendance à un produit ainsi qu'une meilleure santé et une qualité de vie dans l'immédiat et à long terme. La prévention des conduites addictives est l'occasion d'une affirmation de liberté, en ce qu'elle offre une opportunité d'émancipation contre des déterminismes sociaux.

D'avantage encore que la protection de l'individu, c'est la protection du tiers contre les risques et dommages induits par la consommation de substances psychoactives qui fonde la légitimité de l'intervention publique. Un enfant sur mille naît en France avec un syndrome d'alcoolisation foetale. Un Français sur cinq se dit aujourd'hui très affecté par les dommages subis par l'alcoolisation de tiers. La consommation d'alcool est impliquée dans 30 % des accidents mortels de la route, 30 % des condamnations pour violences, 40 % des violences familiales, 30 % des viols et agressions. Les victimes de violences liées à la consommation d'alcool, en particulier conjugales ou sexuelles, sont souvent des tiers plus vulnérables. Quant au tabac, ce sont principalement les effets nocifs du tabagisme passif qui ont motivé les interdictions de fumer dans les lieux publics.

Dans ces circonstances, éclairer le débat

public impliquerait d'identifier plus clairement les libertés et le plaisir immédiat sacrifiés, d'un côté, et les libertés conquises pour soi-même et pour les autres, d'un autre côté, et de les mettre en balance en vue d'une action publique équilibrée et convaincante. Et rappeler que cette action offre également des perspectives de cohésion citoyenne et de « mieux vivre ensemble » autour de valeurs comme le respect de la vie, le respect de l'autre, la maîtrise de soi, la solidarité, ou encore la justice sociale.

Enfin, la responsabilité sanitaire et protectrice de l'État est associée à sa responsabilité de gestion des finances publiques, alors qu'alcool et tabac entraînent des coûts de l'ordre de 20 milliards d'euros pour les pouvoirs publics et un coût social de 120 milliards d'euros pour chacun des produits. Réduire les consommations et les risques associés, c'est aussi, pour les pouvoirs publics, se donner la possibilité de réaffecter ces dépenses à d'autres finalités.

### Comment concilier la prévention des conduites addictives avec un projet démocratique ?

Qu'elles contraignent ou qu'elles libèrent, les normes et propositions de santé orientent les comportements et reposent sur la définition de la santé de l'OMS qui invite à une convergence entre santé et bien-être. Ces impératifs sont-ils compatibles avec la démocratie et acceptables dans notre société ?

Le plan de mobilisation contre les addictions, porté par la Mildeca, repose sur deux postulats : fonder l'action publique sur les résultats de la recherche scientifique ; créer les conditions d'un libre choix, par l'étayage des « capacités » de l'individu et par la juste information du public.

En misant sur le choix éclairé des individus, l'action publique écarte, pour l'alcool et le tabac, une politique de prohibition et, prenant appui sur les données de la science, tente de se dégager des représentations idéologiques qui peuvent surgir dès lors qu'on parle de consommation d'alcool, de tabac ou de stupéfiants.

Toutefois ces postulats ne garantissent pas la neutralité absolue de l'action publique et des écueils peuvent être identifiés qui, mis en évidence et portés au débat public, pourraient renforcer l'acceptabilité et donc l'efficacité de la prévention.

### La prévention, fondée sur des données scientifiques, au risque d'une morale d'État

Les résultats de la science, qui mettent en évidence les risques et dommages liés à la consommation de produits psychoactifs,

conduisent à promouvoir un comportement visant à les limiter. Le glissement vers la morale peut être alors rapide, dès lors que les recommandations sanitaires deviennent des injonctions, des « devoirs de santé ».

Ce phénomène peut être accentué par la sélection opérée dans l'ensemble des données scientifiques disponibles, pour retenir celles qui sont le plus favorables aux finalités poursuivies. La décision politique, l'arbitrage final, se fait alors parfois sur la base de cette donnée parlante, présente comme emblématique, sans laisser tout l'espace au contradictoire, pourtant nécessaire.

Pour être bien acceptées par tous les citoyens et efficaces, les politiques de prévention doivent identifier un certain nombre de tentations moralisatrices et naviguer entre ces écueils.

- Il est établi que la prévention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce, d'où l'accent mis sur l'aide à la parentalité. Se pose alors la question de la légitimité de l'État à s'immiscer dans l'éducation dispensée par les parents, étant entendu que ceux-ci peuvent être attachés à la transmission d'autres valeurs. Le spectre de l'État totalitaire, revendiquant l'éducation du peuple est, dans ces circonstances, à garder à l'esprit, ne serait-ce que pour se préserver de certaines dérives. L'enjeu étant de concilier les impératifs d'une prévention éducative avec la liberté des familles en matière d'éducation.

- De même, la science valide les programmes de prévention des conduites addictives centrés sur le développement des compétences dites psychosociales. Les pouvoirs publics veulent déployer ces programmes et agir sur les jeunes pour renforcer leur capacité à identifier leurs émotions et mieux les contrôler, les aider à faire face à des situations complexes et à trouver des solutions, et leur apprendre à résister aux pressions néfastes du groupe. Se dessine ainsi le profil d'un individu entretenant de bonnes relations avec les autres et avec soi-même. L'idéal de cet individu équilibré, même s'il se rattache à une tradition humaniste et à la figure de l'« honnête homme » du XVII<sup>e</sup> siècle, n'impose-t-il pas le modèle d'un homme dominant toutes ses passions, sachant renoncer au plaisir immédiat pour un bien-être à terme, bien intégré dans la société, critique sans être contestataire, inventif sans être créateur, se refusant à tous les écarts, voire docile ? Le souci de l'État à l'égard de la santé des individus ne risque-t-il pas de se transformer en obligation à se conformer à un stéréotype humain ? Les normes sanitaires servent-elles à consolider un ordre social ?

- Le risque d'une prévention fondée sur la

responsabilisation des individus pourrait être, à terme, d'exclure, au motif qu'ils seraient seuls coupables de ce qui leur arrive, ceux qui ne se seront pas conformés aux prescriptions de la science, reprises par l'État. La maladie deviendrait une « déviance », alors même que la reconnaissance de l'addiction comme une pathologie et que la diffusion de services de réduction des risques et des dommages marquaient des progrès en matière de non-stigmatisation. En outre, les comportements déviants par rapport à cette bonne conduite peuvent constituer une autre forme de richesse pour la société.

- La juste information a-t-elle son utilité quand elle se heurte à des esprits manipulés et formatés par le marketing des industriels et la pression des cercles, amical et familial ? L'État peut-il se contenter d'être neutre ? Ne doit-il pas, lui aussi, recourir à des techniques de marketing éprouvées, pour influencer les représentations et *in fine* les comportements ? Quand verse-t-on alors dans la « propagande » ?

- Afin de réduire les consommations de tabac ou d'alcool, la plupart des études s'accordent sur l'efficacité du levier prix, qui, s'il augmente, entraîne une diminution des achats, des consommations et des conséquences qui leur sont liées. Ce type d'action a un impact immédiatement plus marqué pour les consommateurs dont les revenus sont les plus modestes. Doit-on y voir une contrainte supplémentaire infligée à ces catégories, auxquelles on supprime la liberté de recourir à telle ou telle substance et à certains plaisirs immédiats ou, au contraire, une lutte contre les inégalités sociales de santé, permettant de soustraire certains d'entre eux à la double peine « pauvreté-cancer » ?

### Le risque d'une fracture entre l'action publique et l'opinion

La démocratie est également en jeu, lorsque, en plus du risque d'une violence d'État, la lutte contre les conduites addictives se heurte à l'état de l'opinion, courant ainsi le risque d'être inopportune, inefficace, voire contre-productive.

Dans le domaine des addictions, la prévention comporte en effet aussi une dimension collective tant le rôle des représentations est déterminant pour les consommations. Ainsi, si la bataille contre le tabac apparaît désormais comme bien engagée, c'est aussi grâce à la détérioration de son image dans la perception de la société. En revanche, cannabis et surtout alcool restent associés à la convivialité et à la fête.

- Dans un pays où le vin est considéré comme une « *boisson totem* » (Roland Barthes)





et un patrimoine national, la lutte contre la consommation à risque d'alcool n'est-elle pas vouée à l'échec? Jusqu'à quel point les données de la chimie et de la science, qui mettent tous les alcools sur le même plan et incluent le vin dans les données sur les risques induits par l'alcool, doivent-elles être invoquées contre les représentations sociales et culturelles (on a ainsi parlé de notre « *intimité culturelle avec notre psychotrope licite majeur* »)? Sont-elles audibles? Faut-il alors se contenter de cibler certains alcools, certains publics ou certains modes de consommation, comme le *binge drinking*? S'il existe un lobby de l'alcool, n'y a-t-il pas en face de lui un « biopouvoir », prônant la santé dans toutes les politiques, d'autant plus puissant aujourd'hui qu'il se cachera derrière la neutralité de la science?

- Si la consommation de cannabis n'est pas légalisée en France, elle est de plus en plus acceptée et légitimée, sous l'influence aussi des expériences de légalisation de ce produit dans d'autres pays occidentaux. Qu'il s'agisse de prévention ou de lutte contre le trafic, l'État perd en crédibilité. Doit-il s'efforcer de reconquérir cette crédibilité, notamment en confortant l'interdit protecteur, ou bien s'adapter à la vague de légalisation constatée ailleurs ainsi qu'à la tolérance sociale qui s'est installée dans une partie de la société française (sans qu'on puisse en mesurer d'ailleurs le poids majoritaire ou minoritaire)?

- La lutte contre les drogues illicites est d'autant plus difficile que les trafics sont consubstantiels à l'économie de pays étrangers auxquels la France est liée et qu'ils assurent des moyens de survie et de régulation de l'espace public dans certains quartiers très défavorisés. Dans ces circonstances, l'État doit se prémunir contre le soupçon d'un usage détourné, par les forces de l'ordre, de la législation contre les stupéfiants à seule fin de renforcer le contrôle policier dans certaines zones ou vis-à-vis de certaines populations jugées à risque.

Même si elle se fonde sur la science et vise l'émancipation et la responsabilisation des individus, la mobilisation contre les conduites addictives, lorsqu'elle est animée d'un souci démocratique, est un exercice d'équilibre. Elle doit être attentive à la concordance entre, d'une part, les données de la science et de la santé publique, et, d'autre part, certaines aspirations ou représentations de la société française ou de certaines évolutions à l'échelle mondiale. Elle peut anticiper, voire suggérer un choix de société, mais appelle une vigilance éthique constante. ➤

### Bibliographie générale

1. Agir contre la pollution de l'air intérieur. *Que choisir Santé*, n° 120, oct. 2017.
2. Ajrouche R., Ielsch G., Cléro E., Roudier C., Gay D., Guilleric J. et al. Quantitative health risk assessment of indoor radon : A systematic review. *Radiat Prot Dosimetry*, 2017, 177 : 69-77.
3. Bachelard O. (dir.). *Le Bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*. Presses de l'EHESP, 2017.
4. Bacqué M.-H., Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idees économiques et sociales*, 2013, 173 : 25-32.
5. Bantuelle M., Demeulemeester R., (dir.). *Comportements à risque et Santé : agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces*. Paris : Inpes, « Référentiels », 2008 : 62 p.
6. Bauer G., Davies J. K., Pelikan J. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promot Int*, juin 2006, 21 (2) : 153-9.
7. Bernaud J.-L., Lemoine C. *Traité de psychologie du travail et des organisations*. Paris : Dunod, 2012.
8. Berthelette D., Bilodeau H., Chagnon F. et al. *Rapport du groupe de travail sur les retombées de la recherche sur la santé*. Montréal : Institut santé et société, 2008 : 19 p. [https://unites.uqam.ca/ergo/A014\\_files/A014.pdf](https://unites.uqam.ca/ergo/A014_files/A014.pdf)
9. Broder J., Chang P., Kickbusch I., Devin-Zamir D., McElhinney E., Nutbeam D., Okan O., Osborne R., Pelikan J., Pleasant A., Rootman I., Rowlands G., Nunes-Saboga L., Simmons R., Sorensen K., Velardo S., Wills J. IUHPE Position Statement on Health Literacy (developed by the IUHPE Global Working Group on Health Literacy). À paraître. [www.IUHPE.org](http://www.IUHPE.org)
10. Bruchon-Schweitzer M., Boujut E. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod, 2<sup>e</sup> édit., 2014.
11. CDSS. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2009. [www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)
12. Calenge B. *Les Bibliothèques et la Médiation des connaissances*. Paris : Éditions du Cercle de la librairie, 2015.
13. Cecchi C. (dir.). « Santé publique et environnements de vie : transport, mobilité, déplacements, aménagements de l'espace ». Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, actes du colloque de la Société française de santé publique, septembre 2013.
14. Cecchi C., Lévi-Jurin V. « Ville, santé, qualité de vie ». Actes du colloque de la Société française de santé publique. Collection « Santé et Société » n° 16, Paris, déc. 2011.
15. Choquet M., Hassler C., Morin D. *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*. DPJJ, Ministère de la Justice-Inserm. Paris : La Documentation française, 2005.
16. Commission spécialisée des risques environnementaux (CSRE). *Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements*. Rapport final après consultation publique. Paris : HCSP, 2018 : 189 p.
17. Custovic A., Wijk P. G. The effectiveness of measures to change the indoor environment in the treatment of allergic rhinitis and asthma : ARIA update (in collaboration with GA (2) LEN). *Allergy*, 2005, 60 : 1112-15.
18. Deschamps J.-P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *Environnement et santé publique - La revue du praticien*, 1984, 34 : 485-97.
19. Desrumaux P., Vonthron A.-M., Pohl S. *Qualité de vie, Risques et santé au travail*. Paris : L'Harmattan, 2011.
20. Dossier : « Communiquer pour tous : les enjeux de la littérature en santé ». Inpes-Santé publique France. *La Santé en action*, juin 2017, 440.
21. *Entretenir sa maison au naturel. Alerte aux toxiques invisibles. 60 Millions de consommateurs*, n° 188, avril 2017.
22. Farrelly M. C., Davis K. C., Haviland M. L., Messeri P., Heaton C. G. Evidence of a dose-response relationship between "truth" antismoking Ads and youth smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 2005, 95 (3) : p. 425-431.

23. Ferron C. « La promotion de la santé : quel projet de société ? 1986-2016 : regards croisés sur les 30 ans de la charte d'Ottawa ». Actes du colloque de l'Ireps Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon, 28-29 nov. 2016.
24. Fisk W. J., Lei-Gomez Q., Mendell M. J. Meta-analysis of the association of respiratory health effects with dampness and mold in homes. *Indoor Air*, 2007, 17 : 284-96.
25. Flageolet A. *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008 : 91 p.
26. Foxcroft D. R. Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prev Sci*, déc. 2014, 15 (6) : 818-22.
27. Gallopel-Morvan K. Marketing social et marketing social critique : quelle utilité pour la santé publique ? » *Les Tribunes de la Santé*, 2014, 45 : 1-7.
28. Gallopel-Morvan K., Smadja O., Mercier A., Safta E., Davies J., Guignard R., Arwidson P., Nguyen Thanh V. « "Moi(s) sans tabac": The first collective challenge for smoking cessation launched by Santé publique France ». In : Hastings G., Domegan C. (dir.). *Social Marketing : Rebels With a Cause*. Routledge Taylor & Francis Group, 2017 (3<sup>e</sup> édition) : p. 444-452.
29. Giddens A. *La Constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*. Paris : Presses universitaires de France, 1987.
30. Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. *La Santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et Propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Paris : La Documentation française, 2010. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000014/index.shtml>
31. Gordon R. Critical social marketing : definition, application and domain. *Journal of Social Marketing*, 2011, 1 (2) : p. 82-99.
32. Gordon R. S. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*, avril 1983, 98 (2) : 107-109.
33. Gordon S. B., Bruce N. G., Grigg J., Hibberd P. L., Kurmi O. P., Lam K.B. et al. Respiratory risks for household air pollution in low and middle income countries. *Lancet Respir Med*, 2014, 2 : 823-890.
34. Grootaers D., Tilman F. *L'empowerment ! De quoi s'agit-il ?* Le Grain ASBL, 2014. [http://legrainasbl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=445%3Aempowermentn-de-quoi-sagit-iln&catid=54%3Aanalyses&Itemid=115](http://legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=445%3Aempowermentn-de-quoi-sagit-iln&catid=54%3Aanalyses&Itemid=115)
35. Hammarquist C., Burr M. L., Gotzsche P. C. House-dust mite control measures for asthma. *Cochrane Data Base Syst Rev*, 2008 (2) : CD 001187.
36. Hanoune R., Scheid J. Nos *Ancêtres les Romains*. Gallimard, « Découverte », 1995 : p. 98-105.
37. Hastings G. « Critical Social Marketing ». In : French J., Blair-Stevens C., McVey D., Merritt R. (dir.). *Social Marketing and Public Health : Theory and Practice*. Oxford : Oxford University Press, 2010 : p. 263-79.
38. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*, 4 fév. 2015, 4 (2) : 61-64.
39. Karazek R. A., Theorell T. *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York : Basic Books, 1990.
40. Kemm J. (dir.). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding and Future Progress*. Oxford : Oxford University Press, 2013 : 313 p.
41. La ville est-elle en bonne santé ? Ed. Le Festin, a'urba (agence d'urbanisme de Bordeaux). *Cahiers de la métropole bordelaise*, 10, nov. 2016.
42. Lawler, E. E. Measuring the psychological quality of working life: The Why and How of it, in : L. E. Davis and A. B. Chermis (Eds.). *The Quality of Working Life*, pp. 123-133, Vol. 1, New-York : Free Press, 1975.
43. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer, 1984.
44. Lazer W., Kelley E. J. *Social Marketing : Perspectives and Viewpoints*. Homewood, IL : Richard D. Irwin, 1973.
45. Leas B. F., D'Anci K. E., Apter A. J., Bryant-Stephens T., Lynch M., Kaczmarski J. L., Umscheid C. A. Effectiveness of indoor allergen reduction in asthma management : A systematic review. *J Allergy Clin Immunol*, 13 fév. 2018. pii : S0091-6749 (18) 30223-9. doi :
46. Lecorps P. « Une problématique de l'éducation pour la santé ». Actes du colloque du Comité des Yvelines d'éducation pour la santé (Cyes), Versailles, 1989.
47. Lemire N., Souffez K., Laurendeau M.-C. Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Montréal : INSPQ, direction de la recherche, formation et développement, 2009 : 59 p. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012\\_AnimerTransfertConn\\_Bilan.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf)
48. Légeron P. Le stress professionnel. *L'information Psychiatrique*, 2008, 9, 84 : 809-20. Doi : 10.3917/inspsy.8409.0809.
49. Légeron, P. *Le Stress au travail. Un enjeu de santé*. Paris : Odile Jacob, 2015 (3<sup>e</sup> édition).
50. Marchand E., Stice E., Rohde P., Black Becker C. Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. *Behav Res Ther*, 2011, 49 (1) : 32-41.
51. Margat A. et al. Interventions en littérature en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé publique*, nov.-déc. 2017, vol. 29, 6.
52. Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T. A., Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, nov. 2008, 372 (9650) : 1661-9.
53. Marmot M., Goldblatt P., Allen J. et al.. *Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review)*. [Internet]. Londres : Institute of Health Equity., 2010. [www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents)
54. Martel J.-P., Dupuis G. Quality of Work Life: theoretical and methodological problems and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicator Research*, juin 2006, vol. 77, 2 : 333-68. Doi : 10.1007/s11205-004-5368-4.
55. Mazé L., Nocerino P. Analyser l'accueil des personnes âgées en institution : de l'autonomie aux transferts de responsabilité. *Ethnographiques.org*, 2017, 35. [http://www.ethnographiques.org/2017/Maze\\_Nocerino](http://www.ethnographiques.org/2017/Maze_Nocerino)
56. Mendell M. J., Mirer A. G., Cheung K., Tong M., Douves J. Respiratory and allergic health effects of dampness, mold and dampness-related agents : a review of the epidemiologic evidence. *Environ Health Perspect*, 2011, 119 : 748-56.
57. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, déc. 2017.



### Bibliographie générale (suite)

58. Nasse P, Légeron P. *Le Stress au travail : rapport d'analyse*. Anact, avril 2009. [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ANACT\\_CSA\\_2009.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ANACT_CSA_2009.pdf)
59. Nasse P, Légeron P. *Rapport sur la détermination, la mesure, et le suivi des risques psychosociaux au travail*. Rapport remis à Xavier Bertrand, ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 2008. [http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches\\_rps/rapport\\_l%C3%A9geron.pdf](http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches_rps/rapport_l%C3%A9geron.pdf)
60. OMS. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986.
61. OMS. *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation* [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2005. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)
62. OMS. *Étude de l'impact sur la santé : principaux concepts et méthode proposée. Consensus de Göteborg*. Genève : OMS, 1999. Rennes : 2005, traduction S2D/ Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones.
63. ONU. *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. (Convention signée par la France en 2010.) <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>
64. One Health Initiative. *One World One Medicine One Health* [Internet, consulté le 30/04/2018]. <http://www.onehealthinitiative.com/>
65. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). *Les perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013. Premiers résultats de l'évaluation des compétences des adultes*. Paris : OCDE, 2013.
66. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Health Literacy: The Solid Facts*. OMS, 2013.
67. Painschab M. S., Davila-Roman V. G., Gilman R. H., Vasquez-Villar A. D., Pollard S. L., Wise R. A. et al. Chronic exposure to biomass fuel is associated with increased carotid artery intima-media thickness and a higher prevalence of atherosclerotic plaque. *Heart*, 2013, 99 : 984-991.
68. *Rhizome* n° 65-66. « Apprendre le rétablissement ». <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n65-66-apprendre-le-retablissement-2077.html>
69. Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J.-L. et Cuzin Y. *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils*. Guide EHESP/DGS, 2014.
70. Ruel J., Allaire C., Moreau, A.-C., Kassi B., Brumagne A., Delamplé A., Grisard C., Pinto da Silva F. *Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018 : 112 p.
71. Salès-Wuillemin E., Chappé J., Minondo-Kaghad B., Gabarrot F., De Oliveira P., Finez L., Cartierre N. « The social representation of the quality of working life, effect of gap between idealization and perception on implication, an empirical study ». Actes de l'International Conference on Social Representation, 2016 : 145-146. <https://cirs2016.sciencesconf.org/data/pages/Proceedings.pdf>
72. Santé publique France. *L'Etat de santé de la population en France, rapport 2017* [Internet]. Saint-Maurice : Santé Publique France, 2017. <http://santepubliquefrance.fr/Actualites/Etat-de-sante-de-la-population-en-France-rapport-2017>
73. Seligman M. E. P. Positive Health. *Applied Psychology : An International Review*, 2008, 57 : 3-18. Doi : 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x.
74. Selye H. *The Stress of Life*. New York : McGraw-Hill, 1956.
75. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996, 1 : 27-41.
76. Simos J. EIS vs EIS. *Environnement, Risques et Santé*, rubrique « Mot à mot », 2015, vol. 14, n° 4 : p. 350-353.
77. Simos J. « Les évaluations d'impact sur la santé ». In : Suarez-Herrera J. C., Contadriopoulos A.-P., Cupertino de Barros F. P., Hartz Z. M. A. (dir.). *Améliorer la performance des systèmes de santé : concepts, méthodes, pratiques*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2017 : 264 p.
78. Simos J. « Évaluation d'impact sur la santé pour réduire les inégalités : l'exemple de Genève ». In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. M. (dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Paris : Inpes, collection « Santé en action », 2010 : 380 p.
79. Sirgy, M.J. Efraty, D. Siegel, P.H. Lee, D.J. A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research*, 55(3), 241-302, 2001, Doi : 10.1023/A:1010986923468
80. Société régionale de santé publique Occitanie. « Environnements de vie, santé et architecture. Mettre la santé au cœur de la cité ». Actes du colloque de la Société régionale de santé publique Occitanie, Montpellier, juin 2016.
81. Sournia J.-C. *Dictionnaire français de santé publique*. Paris : Editions de santé, 1991 : p. 260.
82. Stimulus (observatoire de la santé psychologique au travail). *Enquête sur l'évaluation du stress*. Stimulus, nov. 2017. <http://www.stimulus-conseil.com/wp-content/uploads/2017/11/Observatoire-Stress-novembre-2017.pdf>
83. Sørensen K., Van den Broecke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. et al. Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, vol. 12, 80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292515/pdf/1471-2458-12-80.pdf>
84. Tavani J.-L., Lo Monaco G., Hoffmann-Hervé L., Botella M., Collange J. La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer ? *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 175, 2 : 160-170. Doi : 10.1016/j.admp.2014.01.002.
85. Tischer C., Chen C. M., Heinrich J. Association between domestic mould and mould components and asthma and allergy in children : a systematic review. *Eur Resp J*, 2011, 38 : 812-24.
86. Wallerstein N. *What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health ?* Copenhague : Who Regional Office for Europe, 2006.
87. Weller J.-M. « Introduction ». In : Cantelli F., Genard J.-L. (dir.). *Action publique et Subjectivité*. Maison des sciences de l'Homme, LGDJ, « Droit et société », 2007, tome 46.
88. Zimmerman M.-A. « Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis ». In : Perkins D., Zimmerman M.-A. Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*, 1995, vol. 23, 5 : p. 43-63.