



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2009 –

**«QUEL(S) DEVELOPPEMENT(S) DE  
L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN ACCUEIL  
COLLECTIF DE LOISIRS »**

– Groupe n° 26 –

- ARNAUD Catherine - DESSMS
- BAMANA Anhya - IASS
- FALCO Florence - DESSMS
- GORET Michèle - MISP
- MERCADIER Catherine - DS
- MINYEMECK André - DESSMS
- PRIVEZ Pauline - IASS
- RIBOT Benoît - DH
- ROUSSELOT-SOULIERE Anne - DH

*Animateur*

*- Eric LEGRAND*

---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>13</b>
<b>1 EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION PAR LES LOISIRS : DEUX MONDES QUI S'IGNORENT ?.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Approche théorique des philosophies à l'œuvre.....</b>	<b>15</b>
1.1.1 Une conceptualisation partagée de la notion de santé.....	15
1.1.2 L'éducation par les loisirs et l'éducation pour la santé : des constructions intellectuelles de nature différente... ..	16
1.1.3 ... Mais une articulation se révèle néanmoins possible entre les deux approches.	18
<b>1.2 Cadrage politique et réglementaire .....</b>	<b>19</b>
1.2.1 Les acteurs .....	20
A) Le ministère de la Santé et des Sports .....	20
B) Le Haut-commissaire de la Jeunesse .....	20
C) L'organisation locale de la politique et des décisions en ACM .....	21
D) Les organisateurs et les structures d'Accueil Collectif de Mineurs ....	23
1.2.2 Coopération des acteurs et coordination des institutions : entre complémentarité et rivalité.....	24
A) Une coopération véritable est avant tout le fruit de la volonté des personnes impliquées.....	24
B) L'existence de doublons sur certains champs de compétence provoque parfois des rivalités institutionnelles .....	24
<b>2 LES FONCTIONNEMENTS ACTUELS REPONDENT-ILS AUX PRECONISATIONS, AUX ATTENTES, AUX BESOINS ? .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Des problèmes de santé reconnus prioritaires et la réponse institutionnelle..</b>	<b>25</b>
2.1.1 Des problèmes de santé publique reconnus chez les jeunes.....	25
A) Les déterminants endogènes.....	25
B) Les déterminants exogènes.....	26
C) Les jeunes, un public en demande d'une éducation pour la santé.....	27
2.1.2 Les mesures institutionnelles prises pour réagir.....	28
A) La loi de santé publique du 9 août 2004.....	28
B) Les principaux plans nationaux de santé publique concernant les jeunes	

C)	Le plan régional de santé publique en Bretagne (PRSP) .....	29
D)	Exemples d'applications de deux PRSP.....	30
<b>2.2</b>	<b>Les mises en œuvre et les limites.....</b>	<b>31</b>
2.2.1	Les difficultés résultant de l'incohérence des politiques et du partenariat local....	31
A)	Les politiques territoriales .....	31
B)	Des partenariats multiples mais trop ponctuels.....	31
C)	L'articulation avec l'école et les parents.....	32
2.2.2	Les difficultés internes aux centres de loisirs .....	32
A)	La formation des acteurs .....	32
B)	Le comportement et l'âge des animateurs.....	33
C)	La fonction d'animation .....	33
D)	Les moyens mis en œuvre .....	34
<b>3</b>	<b>PRECONISATIONS DU GROUPE.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1</b>	<b>Les politiques publiques gagneraient à une réorganisation et à une réflexion approfondie sur la place laissée à l'éducation par les loisirs dans l'éducation pour la santé .....</b>	<b>35</b>
3.1.1	Des politiques publiques plus cohérentes .....	35
3.1.2	Des outils au service d'une réflexion institutionnelle à renforcer.....	35
3.1.3	Structurer une stratégie de communication et s'assurer de son efficacité.....	36
<b>3.2</b>	<b>Les acteurs de l'éducation par les loisirs pourraient intégrer explicitement l'éducation pour la santé dans leur culture et leurs pratiques.....</b>	<b>36</b>
3.2.1	Penser l'éducation de la santé en termes de pédagogie de loisirs .....	37
3.2.2	Initier et valoriser des évolutions culturelles .....	37
	<b>Conclusion.....</b>	<b>39</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>41</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe 1. Guide d'entretien.....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe 2. Les principaux problèmes de santé publique des jeunes .....</b>	<b>IV</b>
	<b>Annexe 3. Les programmes thématiques prioritaires du PRSP de Bretagne.....</b>	<b>VI</b>
	<b>Annexe 4. Programme du module d'éducation à la santé dans les Vosges .....</b>	<b>VII</b>
	<b>Annexe 5. Paroles d'enfants .....</b>	<b>X</b>

---

## Remerciements

---

Les membres du groupe de travail remercient tout particulièrement leur animateur, Monsieur Eric LEGRAND, sociologue, consultant en promotion de la santé, pour sa disponibilité, ses conseils et l'autonomie qu'il a su nous accorder dans la réalisation de ce rapport.

Nous remercions également pour leur accueil, le temps qu'ils nous ont consacré lors des entretiens et l'éclairage qu'ils nous ont apporté sur le sujet :

- Madame Sabrina Ancel et Grazia Mangin du CODES des Vosges.
- Madame Soraya Bérichi et Monsieur Francis Labreuche de la direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative.
- Madame Anne Boesinger, inspectrice en charge des centres de loisirs de la jeunesse et sports d'Ile et Vilaine.
- Monsieur Bruguier, coordonnateur des ACM dans la communauté d'agglomération Rhôny Vistre Vidourle (30).
- Monsieur Olivier Douard, sociologue au LERIS.
- Madame Annabelle Doucet, directrice du centre de loisirs de Breteil et coordinatrice des activités périscolaires à Rennes.
- Madame Laurence Druon, conseillère d'éducation populaire et de jeunesse à la direction régionale de la jeunesse et des sports Rhône-Alpes.
- Monsieur Michel Erlich, chargé de mission à l'INJEP.
- Madame Fabienne Lemonnier, chargée de mission à l'INPES.
- Monsieur Jean-Yves L'Helgoualc'h, délégué régional JPA Bretagne.
- Monsieur Christophe Louis, délégué régional des Francas.
- Monsieur Laurent Michel, responsable des formations BAFA/BAFD au CEMEA.
- Monsieur Larbi Ouakid, directeur d'ACM à Arras (62).
- Madame Marie Prat, chargée de mission au Collège régional d'éducation pour la santé en Bretagne.
- Les élèves directeurs d'ACM en formation à Plouflagran (22).

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ACL** : Accueil collectif de loisirs
- ACM** : Accueil collectif de mineurs
- BAFA** : Brevet d'aptitude aux fonctions d'animation
- BAFD** : Brevet d'aptitude aux fonctions de direction
- BPJEPS** : Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
- CEL** : Contrat éducatif local
- CFES** : Comité français d'éducation pour la santé
- CEMEA** : Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active
- CODES** : Comité départemental d'éducation pour la santé
- CRES** : Collège régional d'éducation pour la santé
- CU** : Communauté urbaine
- CUCS** : Contrat urbain de cohésion sociale
- CLSH** : Centre de loisirs sans hébergement
- CVL** : Centre de vacances et de loisirs
- DDASS** : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DDJS** : Direction départementale de la jeunesse et des sports
- DEFA** : Diplôme d'état de fonction d'animateur
- DJEPVA** : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative
- DGS** : Direction générale de la santé
- DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- DRDJS** : Direction régionale de la jeunesse et des sports
- EPS** : Education pour la santé
- FNES** : Fédération nationale d'éducation pour la santé
- INJEP** : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
- INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- IST** : Infections sexuellement transmissibles
- JPA** : Jeunesse au plein air
- NTIC** : Nouvelles technologies de l'information et des communications
- MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ONMAS** : Observatoire national des métiers de l'animation et du sport
- EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

**PEL** : Projet éducatif local

**PMI** : Protection maternelle et infantile

**PNNS** : Plan national nutrition santé

**PRSP** : Programme régional de santé publique

**RGPP** : Révision générale des politiques publiques

**ZEP** : Zone d'éducation prioritaire

## METHODOLOGIE

Le groupe Module Interprofessionnel n° 26 est composé de neuf membres : trois élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, deux élèves directeurs d'hôpital, deux élèves inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, un directeur des soins stagiaire et un médecin inspecteur de santé publique. Nous avons travaillé du lundi 4 mai au mercredi 20 mai 2009.

L'objectif était double : d'une part, réaliser un travail en commun avec des personnes d'horizon et de formation différents, et d'autre part, produire un rapport sur l'un des 29 sujets proposés par l'EHESP. L'hétérogénéité du groupe tant sur le plan de la formation initiale, des fonctions occupées, de l'expérience professionnelle que de l'âge des participants a permis des échanges variés et constructifs.

Pour coordonner toutes ces actions, un référent logistique a été désigné dès le 1<sup>er</sup> jour pour toute la période du MIP. Les moyens matériels et financiers suivants ont été fournis par l'école :

- une salle équipée d'un poste informatique et d'un rétroprojecteur ;
- un poste téléphonique avec accès au réseau extérieur ;
- un dictaphone enregistreur ;
- des tickets de métro pour les transports rennais ;
- un budget dédié aux déplacements pour réaliser les entretiens.

La première matinée a été consacrée à la présentation du thème par l'animateur Eric Legrand, à faire connaissance et à établir un programme d'actions. Ensuite, nous avons désigné un secrétaire pour réaliser un tableau de bord des activités. Nous avons élaboré et partagé un annuaire téléphonique et les adresses électroniques personnelles des membres du groupe. Nous avons créé un espace dédié sur le réseau informatique de l'EHESP afin d'avoir une source documentaire commune, de déposer et de partager des informations récoltées de manière individuelle, ainsi que toutes les productions rédigées au fur et à mesure du MIP.

L'intervenant Eric Legrand avait programmé une liste de rendez-vous avec des acteurs nationaux et locaux en lien avec les questions d'éducation pour la santé en accueil collectif de mineurs (ACM). Nous avons réalisé une répartition des différents entretiens, validé le planning des déplacements, rédigé un guide d'entretien (annexe n°1) et confirmé les rendez-vous par téléphone et par mail. Par ailleurs, les membres du groupe ont planifié et réalisé trois entretiens supplémentaires en région. Nous avons interrogé treize professionnels. En dehors de deux entretiens téléphoniques, toutes les entrevues se sont déroulées en face à face. Pour moitié, ces rencontres ont eu lieu dans la

région de Bretagne. Chaque entretien a fait l'objet d'une synthèse immédiate. La visite d'un ACM de la région rennaise, programmée un mercredi en présence d'enfants, a permis de découvrir le fonctionnement de la structure et d'interroger enfants (annexe n°5) et professionnels.

Après la validation du plan général, nous avons désigné un référent responsable de chaque sous-partie. L'étude documentaire, la lecture et la rédaction de chaque sous-partie ont été réalisées en sous-groupe. Des points d'étape réguliers, en groupe, ont favorisé le travail de synthèse. De plus, la progression du dossier a été présentée à l'animateur en présentiel et par mail, de façon régulière.

La dernière semaine a été consacrée à la rédaction et aux relectures en groupe du rapport final. Cette organisation a favorisé la coordination et la mise en forme du document, ainsi que la cohésion du groupe.



## Introduction

*« L'enfance c'est l'avenir d'une société. Une civilisation se livre et se juge selon la façon dont elle accueille les enfants qui y naissent et y grandissent. » François Mitterrand, mars 1995.*

Promouvoir la place de l'enfant dans notre société demeure encore un défi en ce début de XXI<sup>ème</sup> siècle, et à l'heure du 20<sup>ème</sup> anniversaire de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, nous pouvons nous interroger sur les moyens pour y parvenir. L'éducation nationale y occupe une place essentielle mais d'autres acteurs sont présents pour compléter son champ d'intervention.

Ainsi, l'action éducative auprès des enfants et des adolescents au sein des Accueils Collectifs de Loisirs (dénommés depuis 2007 Accueil Collectif de Mineurs - ACM), a été présente dès les premières colonies de vacances au début du siècle dernier. Elle s'est largement développée à partir des années 1944 avec la création des mouvements d'éducation populaire tels que les Francs et Franches Camarades (FRANCAS) ou les Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Actives (CEMEA). Destinée à l'origine à apporter aux enfants une protection sanitaire sur le plan de l'hygiène de base, l'action éducative s'est surtout développée dans les années 60-70 avec les associations qui accompagnaient le mouvement d'émancipation de cette période. L'éducation populaire, éducation de tous par tous et pour tous, visait à former simultanément l'individu et le citoyen. L'accueil de l'enfant hors des temps scolaire et familial resta donc longtemps perçu comme inhérent à des problématiques spécifiques au milieu urbain où il constituait surtout une réponse réparatrice à des questions sanitaires et sociales.

L'ACM représente aujourd'hui pour de nombreuses familles un service incontournable et une réponse de premier plan dans l'offre d'activités et de services, aussi bien dans le champ éducatif que dans le champ social. Chaque année, quatre millions d'enfants sont accueillis dans les centres de loisirs sans hébergement (CLSH) et un million en centres de vacances. L'ACM représente donc une composante essentielle de toute politique publique éducative locale et doit ainsi s'inscrire dans un projet global d'accueil éducatif sur le territoire.

En effet, l'ACM est à la fois un espace de loisirs, d'éducation, de rencontres et d'échanges en lien avec l'environnement des enfants et adolescents. Il constitue une composante essentielle de toute politique publique éducative dont les politiques de santé. C'est un lieu opportun pour initier une démarche de promotion de la santé, démarche mise en avant par l'OMS-Europe en 1984 et la charte d'Ottawa en 1986.

L'OMS définit la santé depuis 1946, comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La promotion de la santé, elle, s'énonce comme « *le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » (charte d'Ottawa). L'éducation pour la santé est une stratégie importante qui vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé. L'objectif central de l'éducation/promotion de la santé étant l'augmentation de la capacité des individus à s'approprier les savoirs et à autogérer leur santé, l'approche ne peut pas être directive mais seulement accompagnatrice. En effet, face à un public jeune, les activités proposées constituent un vecteur important de transmission de connaissances en matière d'éducation pour la santé. Les possibilités d'actions participatives des enfants sont multiples (théâtre, cuisine...) et largement utilisées par les animateurs pour aborder les problèmes majeurs tels que l'obésité, les addictions, les soins bucco-dentaires...

Au sein des ACM, la promotion de la santé existe mais le concept d'éducation pour la santé n'est pas forcément identifié comme tel, y compris par les différents acteurs de terrain. L'objectif d'amélioration de la santé est une préoccupation partagée par les différents acteurs politiques et de terrain mais se heurte à des difficultés d'articulation de leurs actions respectives. En effet, quelles sont les conditions de mises en œuvre de programmes et d'actions d'éducation pour la santé en ACM ? Comment articuler une volonté nationale et une déclinaison locale ? Quelle articulation doit être trouvée entre le milieu des loisirs et celui de la santé ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette problématique, nous comparerons dans un premier temps les liens entre les mondes de l'éducation pour la santé et de l'éducation par les loisirs (1). Puis, nous vérifierons si les fonctionnements actuels en ACM répondent aux préconisations, aux attentes et aux besoins des politiques et des mineurs (2). Enfin, nous proposerons des préconisations pour développer l'éducation pour la santé dans les ACM (3).

# 1 EDUCATION POUR LA SANTE, EDUCATION PAR LES LOISIRS : DEUX MONDES QUI S'IGNORENT ?

## 1.1 Approche théorique des philosophies à l'œuvre

### 1.1.1 Une conceptualisation partagée de la notion de santé

L'éducation pour la santé en accueil collectif de loisirs se trouve au point de convergence entre deux univers idéologiquement et fonctionnellement distincts. En effet, l'éducation pour la santé vise un objectif de promotion de la santé, avec des actions tendues vers la triple dimension de la prévention reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'ACM, dénomination ministérielle des centres de vacances et de loisirs (CVL), est quant à lui issu d'une tradition politiste, prônant une équité d'accès des enfants à la culture et à l'implication citoyenne, tradition portée par la philosophie de l'éducation populaire. En outre, le développement de la société des loisirs a fait évoluer ces structures vers une offre de loisirs hédoniste. Enfin, l'accueil collectif de loisirs comporte une dimension de compensation de l'affaiblissement des liens communautaires, en offrant une garde organisée et institutionnalisée des enfants en dehors des réseaux familiaux et sociaux des parents. Ainsi, l'éducation pour la santé s'appuie sur une volonté institutionnellement organisée de transmission pédagogique d'un corpus de savoirs, savoir-faire et savoir-être scientifiquement validés. L'éducation par les loisirs correspond plus à un projet politique global, transversal, visant à développer la citoyenneté, l'autonomie et la valorisation de l'individu.

Cependant, les deux domaines s'accordent à reconnaître une définition large de la santé, tant au plan individuel que sociétal. Les deux champs abordent également la problématique de la santé de manière globale, au sens de la Charte d'Ottawa en 1986 ; la santé ne saurait se réduire à l'absence de maladies mais est conçue comme « *une ressource de la vie quotidienne* », permettant à « *un groupe ou un individu d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part d'évoluer avec le milieu ou s'adapter avec celui-ci [...] et de dépasser les modes de vie sains pour viser le bien-être* ». Sont ainsi reconnus comme déterminants en matière de santé les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux. Dès lors, le concept de santé se conçoit comme une approche globale, orientée vers le bien-être des individus et des populations. Pour atteindre cet objectif de promotion de la santé, les individus sont considérés non pas comme des objets de soins ou de prescriptions savantes, mais bien comme des acteurs primordiaux. Cette conception de l'individu acteur et moteur de sa propre santé prend en compte la globalité des ressources (sociales, culturelles, économiques, psychosociales...) et des besoins (environnementaux, biophysiologicals, sanitaires, psychiques...) de chacun. Il semble donc que

promotion de la santé et éducation populaire procèdent des mêmes conceptions éthiques humanistes, envisageant l'individu dans sa globalité et le remettant au centre de l'action, individu citoyen, autonome et responsabilisé.

### **1.1.2 L'éducation par les loisirs et l'éducation pour la santé : des constructions intellectuelles de nature différente...**

Si l'éducation par les loisirs relève d'une construction de type idéologique alors que l'éducation pour la santé relève davantage d'une méthode, nous comprenons dès lors que la nature différente de ces approches complexifie leur articulation. La promotion de la santé s'appuie fortement sur les programmes d'éducation pour la santé, tandis que l'éducation populaire peine désormais à faire vivre explicitement ses valeurs politique au sein des ACM, pourtant bastions historiques de son action. En effet, l'éducation populaire est une grande ancêtre de la prise en compte de l'individu comme acteur de sa vie. Elle met en exergue depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle les valeurs des Lumières et reconnaît comme référence idéologique la pensée de Condorcet. Celui-ci théorise un projet d'éducation permettant « *d'offrir à tous les individus de l'espèce humaine les moyens de pourvoir à leurs besoins, d'assurer leur bien-être, de connaître et d'exercer leurs droits, d'entendre et de remplir leurs devoirs* »<sup>1</sup>. L'enseignement laïc et obligatoire de Jules Ferry marque un siècle après (!) une avancée décisive vers cet idéal, grâce à l'action des « hussards noirs de la République » (Charles Péguy, 1913, *L'Argent*). Les valeurs républicaines d'égalité d'accès au savoir sont en première ligne des préoccupations des enseignants de l'époque. Peu à peu, les évolutions sociales historiques et politiques ont contribué à affiner une revendication de transformations sociales, pour et par le peuple. Renâclant face à une transmission de savoirs « verticale » soupçonnée d'élitisme et de non prise en compte des savoirs propres à chaque individu, l'éducation populaire développe un corpus d'actions d'échanges de savoirs, savoir-être et savoir-faire, visant à renforcer l'estime de soi, la reconnaissance sociale des compétences spécifiques, l'échange citoyen. Ainsi, le CELAVAR (Comité d'Etudes et de Liaisons des Associations à Vocation Agricole et Rurale) définit en 1998 l'éducation populaire comme « *une lutte permanente pour mettre en œuvre et défendre les valeurs républicaines sur lesquelles est fondée notre société. L'éducation populaire englobe :*

- *la promotion de la personne*
- *le partage des connaissances et l'expression des solidarités*
- *l'acquisition et la maîtrise des savoirs par et pour tous les citoyens*
- *la formation pour l'épanouissement de chacun et de tous*
- *l'exercice collectif de la citoyenneté*

---

<sup>1</sup> Condorcet « Projet de décret pour une instruction laïque », 20 et 21 avril 1792, Assemblée Nationale Législative.

- *l'innovation et l'expérimentation sociale*

*L'éducation populaire doit être, dans une société qui demeure largement élitiste, un instrument de réduction des inégalités, de lutte contre les exclusions et de reconstitution du tissu social ».*

Ainsi, les luttes sociales historiques comme le Front Populaire de 1936, le traumatisme du nazisme puis le développement socio-économique du pays ont soutenu le projet militant et politique des « éducateurs populaires », construit autour d'actions alternatives d'échanges de savoirs et de pédagogie nouvelle. Des associations comme les FRANCAS, les CEMEA et toutes les organisations appartenant au mouvement de la Jeunesse au Plein Air (JPA), ont fait vivre cette idéologie en la centrant notamment vers le domaine de la jeunesse, visant à former de futurs citoyens. Le domaine des loisirs de ces jeunes, en se structurant peu à peu, a permis de pratiquer cette éducation alternative, loin de la transmission académique des savoirs. Cependant, le développement de la société des loisirs a parallèlement promu des revendications préjudiciables au militantisme de l'éducation populaire. La structuration progressive du domaine des loisirs, son attractivité économique l'ont fait entrer de plain pied dans une économie marchande du loisir ; ainsi, les animateurs se sont « labellisés » (BAFA, BAFD), nécessitant l'élaboration de standards d'action identifiés, assimilables et reproductibles, tandis que l'idéologie s'est réorientée vers la recherche du plaisir pur, de l'hédonisme sous la percée des marchands de loisirs à but lucratif. Depuis, l'éducation populaire la plus militante a déserté les ACM, tout en laissant en héritage, sous forme d'éducation par les loisirs, un certain nombre de valeurs d'humanisme, de citoyenneté, et d'autonomisation grâce aux organismes formateurs, majoritairement sous l'égide de la JPA.

En parallèle, la promotion de la santé englobe une démarche d'éducation pour la santé, et d'autres actions, notamment législatives. L'éducation pour la santé ne saurait se réduire à sa dimension traditionnelle hygiéniste. Ne nions pas que cette dernière ait largement contribué à l'amélioration de l'état de santé des populations mais en les laissant dans une situation de sujétion et non pas de perception proactive de leur propre santé. L'éducation pour la santé s'inscrit en France dans le droit fil des attendus de la Charte d'Ottawa et se donne comme but « *que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. [...] Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de trois natures différentes :*

- *des campagnes de communication d'intérêt général, dont l'objectif est de sensibiliser la population à de grandes causes de santé et de contribuer à modifier progressivement les représentations et les normes sociales ;*
- *la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, sur les moyens de prévention, sur les maladies, sur les services de santé, en utilisant des supports et des formulations variées, adaptés à chaque groupe de population ;*

- *des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité »<sup>2</sup>.*

L'éducation pour la santé, malgré son approche globale de l'individu se fonde donc bien sur un corpus de savoirs académiques, validés par des autorités savantes et promis à une transmission prescriptive. L'attention est néanmoins portée sur l'adaptation de l'information et l'objectif que les individus s'approprient les connaissances au lieu de les appliquer mécaniquement.

La cohérence entre les deux concepts « éducation pour la santé » et « éducation par les loisirs » semble donc être difficile à mettre en œuvre. Cependant, il s'avère qu'une complémentarité a du être trouvée afin d'optimiser les apports des deux logiques au bien-être des individus.

### **1.1.3 ... Mais une articulation se révèle néanmoins possible entre les deux approches.**

Il apparaît donc que l'éducation pour la santé relève d'un programme d'action en vue d'un but objectivable, dans le cadre d'une promotion de la santé. L'éducation par les loisirs découle quant à elle de l'idéologie de l'Education Populaire militante. Ainsi, nous pouvons comprendre que, faute d'avoir explicité cet écart conceptuel, l'harmonisation des deux théories n'ait pas été florissante. En fait, la « trop » sérieuse éducation pour la santé a eu du mal à trouver une place dans le champ léger de l'éducation par les loisirs. Elle a même pu être vécue comme une thématique intrusive, déplacée, du fait des enjeux graves qu'elle véhiculait. La cohérence ne peut donc se construire qu'en ré-identifiant les enjeux communs et en marquant les marges d'action respectives. Or, en cela, une complémentarité se dégage de fait. En effet, les enjeux communs consistent en la démarche de reconnaissance de la valeur intrinsèque et irréductible de l'Homme dans sa globalité, en la conviction que chaque individu doit être reconnu dans sa spécificité et comme acteur de sa vie. Il appartient à la communauté des individus de forger une citoyenneté réelle, c'est-à-dire fondée pour et par le peuple, dans une volonté de promotion de chacun et de la collectivité. Un autre enjeu commun consiste dans la conception même de la santé, à savoir une ressource pour l'individu, ressource multi-dimensionnelle, visant au bien-être et à l'épanouissement de chacun et du groupe, au-delà de la stricte approche sanitaire.

Quant aux actions, les démarches d'éducation pour la santé prennent toutes leur dimension cognitive et de corpus scientifique adapté dans le cadre des lieux habituels de transmission de l'information et des savoirs (écoles, centres de ressources, interlocuteurs spécialisés comme les médecins, médias...). Elles sont admises, valorisées et reconnues dans ce cadre. L'éducation par les loisirs permet aux enfants de se construire, de renforcer leur estime de soi et leur autonomie, de se

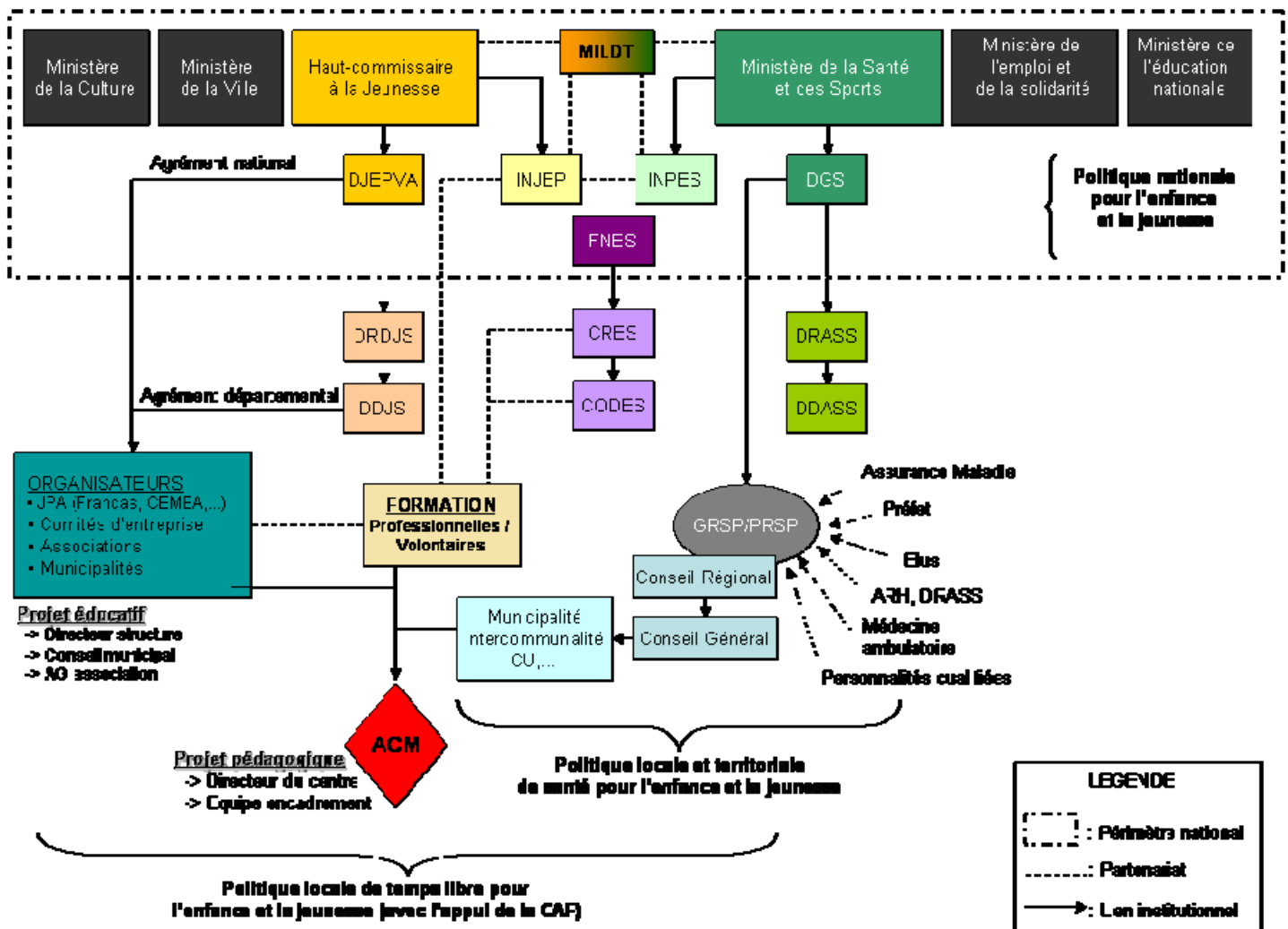
---

<sup>2</sup> Plan National d'Education Pour la Santé (janvier 2001)

reconnaître comme individus responsables. Ceci vise à ce qu'ils se sentent autorisés à se saisir en pleine conscience des informations données par les autres canaux de l'éducation pour la santé. Ainsi, l'éducation pour la santé assure un message central informatif validé tandis que l'éducation par les loisirs agit pour créer un environnement à la fois matériel, relationnel et psychique, propice à la transmission et à son appropriation par les enfants, futurs citoyens et sujets-acteurs de leur santé.

## 1.2 Cadrage politique et réglementaire

L'éducation pour la santé en ACM s'inscrit dans un cadre politique, institutionnel et réglementaire complexe tant au niveau national que territorial comme le représente le schéma ci-dessous :



## 1.2.1 Les acteurs

### A) Le ministère de la Santé et des Sports

Le ministère de la santé et des sports, par l'élaboration de différents plans de santé publique, impulse une politique de promotion de la santé, notamment en faveur des enfants et des jeunes. La loi du 9 août 2004 a pour ambition de mettre la santé publique au rang des priorités nationales.

Le rapport sur la santé de l'enfant et de l'adolescent remis par Danièle Sommelet en octobre 2006 constate leur bon état de santé. Néanmoins la mise en œuvre de plans incluant à la fois les adultes et les enfants rend ardue la lecture précise de la place de l'enfant et de l'adolescent, mise en œuvre rendue difficile par la multiplicité des acteurs dont le périmètre doit être mieux défini. Il élabore douze propositions pour notamment améliorer la coordination entre les différents acteurs de santé, tant au niveau des institutions qu'entre les professionnels sanitaires et sociaux, et pour développer les actions de prévention. La proposition n°12 suggère de « *mettre en oeuvre une véritable politique de santé de l'enfant et de l'adolescent grâce à la création sous l'égide du Ministère de la Santé, d'une commission interministérielle en lien avec les collectivités territoriales* ».

Fait suite au rapport Sommelet un Plan « Santé des jeunes » présenté en février 2008 qui met l'accent sur les comportements à risque et les habitudes alimentaires et préconise de prendre des mesures particulières en faveur des plus vulnérables. Ce plan permet aux jeunes de devenir acteur de leur santé tout en répondant à leur désir d'autonomie et de responsabilité, rejoignant par là la philosophie de l'éducation populaire.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), établissement public administratif, met en œuvre les différents programmes nationaux de santé publique pour le compte de l'Etat. Il a un rôle d'expertise et de développement de l'Education pour la Santé (EPS).

Il ressort des entretiens que les plans de santé se présentent comme un « mille-feuilles » n'excluant pas d'éventuelles contradictions et semblent davantage réagir aux événements que répondre à des problématiques de fond inscrites dans la durée.

Parallèlement le processus de Budapest vise à renforcer les politiques publiques nationales menées en matière de santé et d'environnement. Mis en place par l'OMS-Europe, le comité environnement santé a été présidé par la France jusqu'au mois de septembre 2007. Une résolution (19b) met l'accent sur la sécurité environnementale des enfants.

### B) Le Haut-commissaire de la Jeunesse

Le rattachement de la jeunesse à un ministère est très mouvant ; il fut successivement ministère, secrétariat d'Etat, puis secrétariat d'état rattaché au ministère de la santé. Depuis le 16 janvier 2009, Martin Hirsch s'est vu attribuer la fonction de Haut-Commissaire à la jeunesse, en



charge de la politique en faveur de la jeunesse et du développement de la vie associative. Par délégation du Premier ministre, il a autorité sur la direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et, conjointement avec le ministre de la santé et des sports, sur l'inspection générale de la jeunesse et des sports et la direction des ressources humaines. Sa mission étant interministérielle, elle lui permet, contrairement aux organisations précédentes, d'avoir les leviers institutionnels pour agir avec les autres ministères.

Attaché au Haut-commissaire à la jeunesse, la Direction de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie Associative (DJEPVA) prend en compte la démarche développement durable dans la conception des politiques de jeunesse et d'éducation populaire. Elle apporte une attention particulière et une aide aux projets éducatifs et pédagogiques des ACM qui favorisent la mise en place de projets de sensibilisation à l'environnement et d'éducation à la santé.

Le bureau des actions territoriales et interministérielles est en charge du suivi et/ou des animations de politiques interministérielles dans le champ de la jeunesse et spécifiquement des politiques de prévention. La chargée de mission en poste participe à la Conférence Nationale de Santé Publique (CNSP).

Ce bureau assure des fonctions support pour des initiatives locales relayées par la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports (DDJS) ou interministérielles.

Le bureau de la protection des mineurs en accueil collectif et des formations jeunesse et éducation populaire contrôle l'aspect règlementaire. Il s'assure de la sécurité physique et morale des enfants et adolescents accueillis. Il délivre l'agrément national des associations, fédérations ou unions d'associations dont l'activité est à vocation nationale, condition requise pour l'obtention de subventions (décret n°2002-571 du 22 avril 2002). Ce bureau a collaboré à l'élaboration par le ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durable d'un guide à l'usage des collectivités territoriales pour recenser, prévenir et limiter les risques sanitaires environnementaux dans les bâtiments accueillant des enfants, dans le droit fil de la résolution 19b du processus de Budapest.

Etablissement public placé sous la tutelle du Haut-commissaire, l'INJEP a pour mission de promouvoir l'éducation populaire. C'est un centre de formation et de recherche dans le champ de la jeunesse. Il participe aussi à la mise en œuvre d'actions en faveur de la jeunesse et vient en soutien d'actions locales. En restructuration il va perdre la moitié de ses effectifs.

### **C) L'organisation locale de la politique et des décisions en ACM**

Trois principaux types d'acteurs au niveau territorial se situent au centre des décisions et de la mise en œuvre des politiques publiques en faveur de l'éducation pour la santé. Les structures déconcentrées de l'Etat travaillent en collaboration avec les structures locales pour une mise en œuvre via des organismes agréés.

**a) Les structures déconcentrées de l'Etat : DRDJS et DDJS**

Le Haut-commissaire dispose d'un réseau de services déconcentrés constitués de 22 Directions Régionales et Départementales de la Jeunesse et des Sports (DRDJS), de 78 Directions Départementales de la Jeunesse et des Sports (DDJS) dont 4 situées en Outre-Mer et de 5 services dans les territoires d'Outre-Mer.

***Directions Régionales et Départementales de la Jeunesse et des Sports (DRDJS)***

Les DRDJS sont chargées de la mise en œuvre de la politique nationale dans les champs des activités physiques et sportives, de la jeunesse, de l'éducation populaire et des loisirs, sous l'autorité des préfets. Pour cela, les structures régionales assurent spécifiquement la coordination des actions des DDJS, l'information jeunesse, la préparation de programmes d'équipements (sportifs, socio-éducatifs ou de loisirs), l'élaboration du plan régional de médecine du sport (actions de prévention et de contrôle du dopage) et la programmation des formations ainsi que l'organisation des examens conduisant à la délivrance des diplômes d'Etat et professionnels dans le domaine de la jeunesse et des sports.

***Directions Départementales de la Jeunesse et des Sports (DDJS)***

Les missions des DDJS consistent en la réalisation du contrôle administratif, technique et pédagogique des activités physiques et sportives, de jeunesse, d'éducation populaire et de loisirs ; du contrôle des normes d'hygiène et de sécurité dans les établissements où s'exercent des activités physiques, sportives, d'éducation populaire et de loisirs ; de la mise en œuvre de politiques de prévention et d'insertion ; du développement des activités physiques et sportives, de jeunesse, d'éducation populaire et de loisirs.

De plus, les DDJS participent à l'élaboration des politiques éducatives territoriales et aux actions d'information des jeunes.

**b) Les structures politiques**

Aujourd'hui l'accent est mis sur l'accompagnement par les services déconcentrés de l'Etat (DRDJS, DDJS, DRASS, DDASS...) des projets initiés par les collectivités locales (communes ou communautés de communes) à partir d'un diagnostic partagé avec les acteurs et mis en œuvre avec notamment l'aide des associations.

On peut par exemple citer la mise en place du contrat éducatif local, institué par les circulaires interministérielles du 9 juillet 1998 et du 25 octobre 2000, qui a marqué une étape

importante dans la volonté de l'Etat d'aborder de façon concertée l'éducation globale des enfants et des jeunes. Ces projets éducatifs locaux apportent une solution de proximité dans le domaine des loisirs éducatifs. Les actions mises en œuvre dans ce cadre permettent au public accueilli en ACM d'acquérir des compétences, de développer leur créativité et leur personnalité ainsi que de se socialiser à travers un ensemble d'activités ludiques, culturelles, artistiques, scientifiques et sportives leur demandant un engagement personnel.

De plus, le Conseil Régional tient une place déterminante concernant la déclinaison des politiques publiques de l'éducation pour la santé. En effet, il participe à l'élaboration des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP).

### ***c) Les structures pédagogiques spécialisées en éducation pour la santé***

Les Collèges Régionaux de l'Education pour la Santé (CRES) et les Comités Départementaux d'Education pour la Santé (CODES) constituent des structures associatives, membres pour la plupart de la Fédération Nationale pour l'Education pour la Santé (FNES), partenaire privilégié de l'INPES.

CRES et CODES constituent respectivement au niveau régional et départemental, un véritable appui en matière de promotion et d'éducation pour la santé pour les professionnels concernés. Ils travaillent souvent en partenariat avec des associations spécialisées (lutte contre l'alcool, les drogues...). Ce réseau s'inscrit sur le territoire français et se réfère à une charte inspirée de la Charte d'Ottawa adoptée par l'OMS en 1986 et qui a pour objectif de promouvoir la santé globale, le bien-être physique, psychologique et social.

### **D) Les organisateurs et les structures d'Accueil Collectif de Mineurs**

Les organisateurs et ACM doivent être agréés par les services centraux ou déconcentrés du Haut commissaire à la jeunesse.

Tout organisme agréé doit réaliser un **projet éducatif** qui traduit ses engagements, ses priorités et ses principes. Ce projet définit le sens des actions réalisées par l'organisateur et fixe les orientations et les moyens à mobiliser pour sa mise en œuvre. Ce dernier est repris au niveau des ACM où le directeur élabore le **projet pédagogique** en concertation avec son équipe, afin d'adapter le séjour au public accueilli et de stimuler la créativité et l'imagination des équipes. L'articulation entre les deux projets, l'un élaboré par l'organisateur et l'autre par le directeur, est essentielle et permet d'éviter des incohérences.

Lorsqu'il existe une volonté de réaliser de l'éducation pour la santé, cette dernière peut être inscrite dans un volet du projet éducatif et/ou du projet pédagogique.

Les organisateurs et les ACM sont issus du milieu associatif, des collectivités territoriales et des comités d'entreprise.

## **1.2.2 Coopération des acteurs et coordination des institutions : entre complémentarité et rivalité**

Ainsi, nous pouvons constater que la mise en œuvre de l'éducation pour la santé en ACM s'inscrit dans une dynamique de coopération et de complémentarité. La complexité organisationnelle semble être en pratique un véritable obstacle à la mise en place d'une telle synergie.

### **A) Une coopération véritable est avant tout le fruit de la volonté des personnes impliquées**

Si l'impulsion politique à l'origine de la structuration du partenariat institutionnel est sans conteste nécessaire à une articulation cohérente et solide, nous avons pu remarquer au cours de nos entretiens, que la création d'un réseau repose sur des relations intersubjectives. C'est visiblement au gré des rencontres professionnelles que les réseaux se tissent. Ainsi, des groupes de travail, des comités de pilotage se forment en fonction de ces affinités professionnelles. L'un de nos interlocuteurs pointe l'importance de la prise en compte de l'identité des métiers et de leur diversité pour l'organisation d'actions cohérentes.

En outre, même si les professionnels concernés n'exercent pas dans un cadre militant, l'adhésion à la philosophie des actions apparaît cruciale en terme de motivation.

La coordination des actions repose sur la coopération réelle des acteurs et ne doit pas se limiter à l'apposition des différents logos sur les brochures d'information.

Dans un contexte de réformes et de recompositions, les réseaux entre professionnels pourront perdurer alors même que les institutions ne seront pas pérennes. Cependant, les évolutions du contexte actuel risquent de poser problème : le départ d'une personne ressource d'un réseau provoque souvent le délitement de la dynamique de travail partenarial. Dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), les restructurations en cours et la suppression de la moitié des effectifs de l'INJEP, peuvent faire craindre des difficultés pour poursuivre le travail de partenariat en cours.

### **B) L'existence de doublons sur certains champs de compétence provoque parfois des rivalités institutionnelles**

Il ne faut pas nier l'existence de rivalités sur les champs de compétence.

Par exemple, sur le thème de la prévention des comportements d'addiction aux substances psychoactives, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et l'INPES semblent parfois en rivalité, la première étant spécialiste de la thématique prévention de la toxicomanie alors que le second s'appuie sur un outil méthodologique, l'éducation pour la santé.

Un autre exemple résulte dans l'absence flagrante de liens entre l'Education Nationale et le volet « Jeunesse, Sport, Education Populaire ». La difficulté de travailler en synergie provient d'un clivage temps scolaire / temps hors scolaire et d'un manque d'articulation entre les professionnels de chaque champ qui ne se reconnaissent légitimes que sur leurs domaines respectifs.

Pourtant, les personnes rencontrées sont conscientes de leur complémentarité et de la cohérence éducative, dans le souci de respecter les « rythmes de l'enfant ». La mise en œuvre reste cependant difficile.

## **2 LES FONCTIONNEMENTS ACTUELS REPONDENT-ILS AUX PRECONISATIONS, AUX ATTENTES, AUX BESOINS ?**

### **2.1 Des problèmes de santé reconnus prioritaires et la réponse institutionnelle**

Les jeunes entre 0 et 18 ans vivent très majoritairement chez leurs parents (seuls 10% des jeunes de 15 à 19 ans vivent à l'extérieur mais pas en couple) et sont pour la plupart scolarisés (2 ans : 35%, de 3 à 16 ans : 100%, 18 ans : 80%). 60% d'une classe d'âge est bachelière mais 12% sont illettrés ou presque (source : les chiffres clés de la jeunesse, ministère de la santé 2008).

Globalement, les jeunes sont et se sentent en bonne santé, en bonne forme. (source Ipsos santé, Inserm , Fondation Wyeth, mai 2009)

#### **2.1.1 Des problèmes de santé publique reconnus chez les jeunes**

Les problèmes de santé publique chez les jeunes ont fait l'objet de nombreuses études (annexe n° 2). Les conduites à risques (alcool, tabac, cannabis), le respect des rythmes biologiques (sommeil, journée) et la sexualité sont les plus spontanément citées par les professionnels des ACM. La présence des poux, l'hygiène corporelle et l'équilibre alimentaire constituent également le quotidien des ACM. En outre, beaucoup de thèmes de santé concernent aussi bien les enfants fréquentant les ACM que les animateurs qui ont souvent entre 18 et 20 ans. Localement, nous observons parmi les jeunes bretons, une consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, drogues illicites) et un phénomène suicidaire supérieurs à la moyenne nationale (source PRSP 2006-2010 de Bretagne).

#### **A) Les déterminants endogènes**

Différents déterminants endogènes sont repérés dans la littérature :

- Age : 14 ans, âge charnière pour le tabac, le cannabis.
- Filles / garçons : alimentation, tentatives de suicide / cannabis, alcool, décès par suicide.
- Activité physique : seuls 27% des garçons et 12% des filles de 11-15 ans ont une activité

physique conforme aux normes internationales.

- Grande sensibilité de l'enfant à l'environnement : ses fonctions métaboliques sont non matures et donc moins efficaces pour éliminer les produits toxiques. De plus, les quantités inhalées ou ingérées rapportées à leur poids sont supérieures à celles d'un adulte. Enfin, les jeunes enfants portent fréquemment leur main à la bouche.
- Sentiment de mal-être ? Ce sentiment survient surtout à l'adolescence, en raison de l'anxiété liée aux transformations de son corps, de l'accroissement des pulsions agressives et sexuelles (envers soi ou les autres). Cependant, si 80% des adultes pensent que les adolescents se sentent mal dans leur peau, 73% des 15-18 ans s'estiment satisfaits de leur vie et 74% font confiance en leurs capacités personnelles pour réussir (enquête IPSOS santé/fondation Wyeth, 5ème forum Adolescence, 2009).
- Culture du risque, de l'expérimentation, du franchissement de la limite, du jeu et du «fun» (ecstasy, cannabis, ...). Les jeunes ne raisonnent pas en terme de risque, mais en prix mineur à payer pour connaître une sensation de soi exacerbée nécessaire à leur équilibre et pour acquérir une identité et une appartenance au groupe.
- Comportements holistes des adolescents. Il existe un effet d'incitation lié au regard des pairs et au besoin d'appartenance à un groupe.
- L'affirmation de leur identité passe par la transgression des codes sociaux et des interdits. C'est pourquoi ils s'opposent aux adultes incarnant la loi, déconstruisent des idées communiquées par les adultes pour se construire eux-mêmes et recevoir l'assentiment des pairs. Certains comportements peuvent être lus comme des rites de passage vers l'âge adulte (première cuite, première cigarette, premier joint).
- Manque de connaissances sur les substances addictives et les situations à risque, la contraception d'urgence, le corps, l'hygiène, l'alimentation, l'ignorance de l'existence du secret médical.

La santé comme bien-être, au sens de l'OMS, est une notion difficile à faire passer chez des adolescents qui cherchent à construire leur identité dans un refus de l'ordre établi avec des conduites à risque contraires au «bien-penser» sanitaire.

## **B) Les déterminants exogènes**

Certains déterminants exogènes sont communs à toute la population, d'autres se rapportent plus spécifiquement à la jeunesse :

- Territoire : tabac, alcool, obésité (prévalence plus importante en Ile de France, Bretagne, Nord et Est de la France), inégalité de l'offre de soins.
- Contexte urbain/rural : isolement dans le milieu rural.

- Socioprofessionnel (familles monoparentales ou recomposées, travailleurs pauvres) : en Zone d'Education Prioritaire (ZEP) par exemple, il y a moins de suivi médical (accès et recours aux soins), davantage d'obésité, de consommation de cannabis.
- La qualité de l'environnement : pollution, logement, risques professionnels (accidents de travail plus fréquents chez les apprentis), produits dangereux (peintures, amiante, formaldéhydes...).
- Les relations interpersonnelles familiales et intergénérationnelles : religion, culture, manque d'encouragements de leurs parents (attention et écoute des parents).
- La maltraitance : violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences sur le développement physique et psychologique de l'enfant. Ces maltraitements sont souvent répétitifs, concernent surtout les très jeunes enfants et se produisent dans le cadre familial. 14000 signalements ont été effectués en 2006 pour des enfants de moins de 15 ans (sources PMI) mais ces données sont sous-estimées, les actes de maltraitance envers les enfants étant cachés et leur identification parfois difficile.
- La réussite éducative se résume souvent pour la société et les parents par la réussite scolaire. Un enfant mal dans sa peau et dont les résultats scolaires sont bons est considéré comme ayant réussi. La Bretagne connaît le meilleur taux de réussite au baccalauréat de France mais le mal-être ou les consommations excessives de substances nocives des jeunes bretons n'ont pas disparu pour autant.
- Lobbying fort des alcooliers (prémix, alcopop) et des cigarettiers (étui pour cacher les messages préventifs).
- Les images renvoyées par la société : la quête de la minceur voire de la maigreur, érigée par la société comme modèle de beauté, peut entraîner des troubles du comportement alimentaire, notamment chez les adolescentes.
- La multiplicité des intervenants auprès des jeunes nuit à la cohérence des politiques de santé publique en direction des jeunes.
- Manque de flexibilité dans leurs rapports aux professionnels de santé : prise de rendez-vous, avance de frais.

Les professionnels des ACM rencontrés sont particulièrement sensibles au dépistage et au signalement des situations de maltraitance.

### **C) Les jeunes, un public en demande d'une éducation pour la santé**

Les jeunes sont demandeurs d'une éducation pour la santé. Ils restent curieux, posent des questions, veulent apprendre. Plutôt que d'un saupoudrage d'informations, les collégiens et lycéens ont besoin surtout d'un lieu de paroles et d'échanges identifié avec, comme intervenants, des professionnels formés (éducateur, infirmière, psychologue, conseillère conjugale et familiale,

médecin, acteur de la prévention...). Par ailleurs, il s'établit souvent une relation de confiance entre le mineur et l'animateur de l'ACM.

### **2.1.2 Les mesures institutionnelles prises pour réagir**

#### **A) La loi de santé publique du 9 août 2004**

La loi de santé publique du 9 août 2004 vise à réduire la morbidité et la mortalité prématurées évitables chez les moins de 65 ans (consommation de tabac et d'alcool, accidents, suicides, etc.) et les inégalités de santé, sociales, géographiques ou liées aux handicaps. Elle souhaite développer une prévention ciblée.

L'évaluation du problème de santé permet de fixer des objectifs puis de mettre en oeuvre des plans et des programmes nationaux et régionaux. Au terme de ce parcours, l'évolution du problème de santé initial et chacune des étapes sont évaluées. Chaque étape mobilise à la fois des acteurs nationaux (Haut Conseil de la santé publique, Parlement, Conférence nationale de santé, gouvernement, Comité national de santé publique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et des acteurs régionaux (Conférence régionale de santé, Groupement régional de santé publique (GRSP), préfet).

Le niveau régional est positionné comme le niveau optimal d'intervention pour atteindre les grands objectifs nationaux de santé. Un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est ainsi arrêté par le Préfet de région après avis de la Conférence Régionale de Santé et mis en oeuvre par le GRSP.

Une centaine d'objectifs sont annexés à la loi du 9 août 2004 et ont donné lieu à des plans nationaux de santé publique dont les principaux sont cités ci-dessous.

#### **B) Les principaux plans nationaux de santé publique concernant les jeunes**

- Programme d'actions sur la nutrition 2006-2010
- Stratégie d'actions en matière de contraception 2007-2009
- Programme d'actions sur le sommeil 2007-2010
- Programme national de prévention bucco-dentaire
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2004-2008, 2008-2011
- Plan psychiatrie et santé mentale
- Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France
- Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010.

Concernant la jeunesse, les acteurs de ces plans sont essentiellement le ministère chargé de l'éducation nationale, l'INPES, les professionnels de santé et du secteur social.

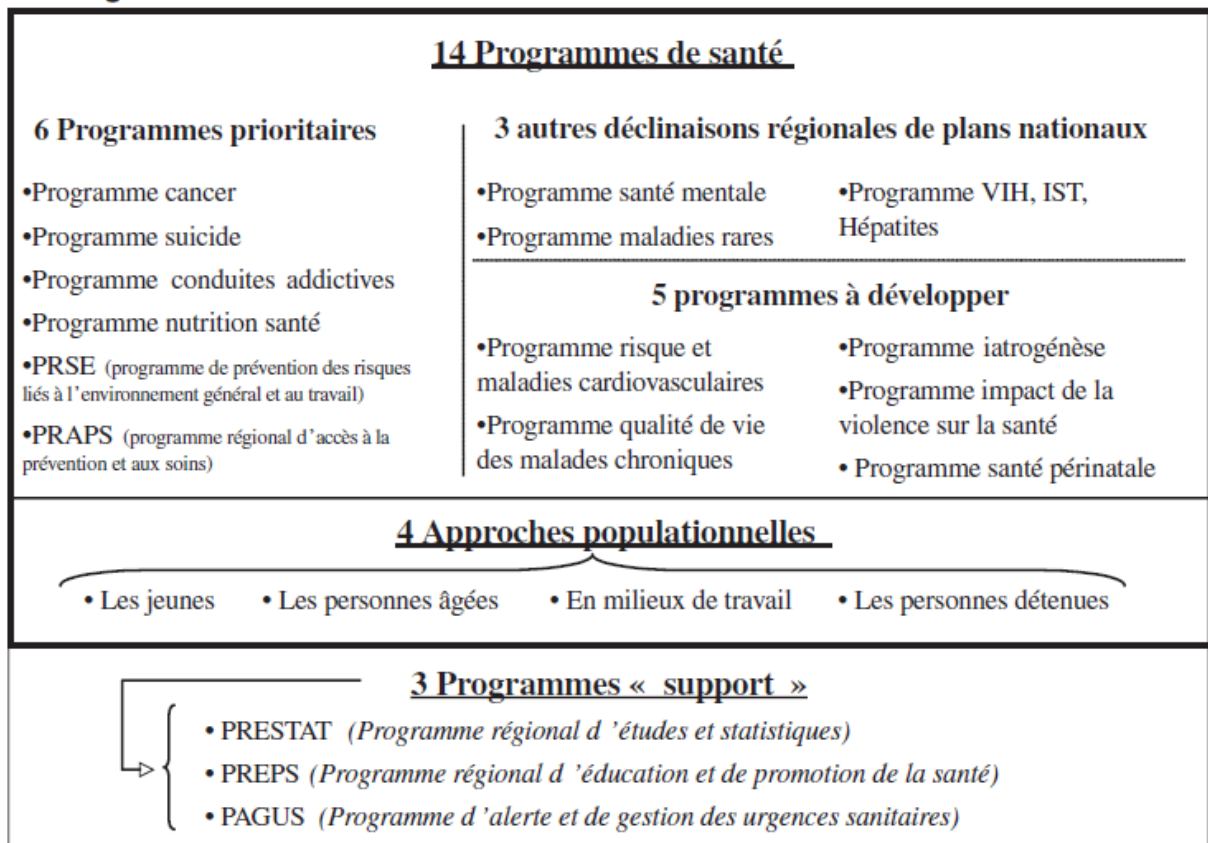


## C) Le plan régional de santé publique en Bretagne (PRSP)

Le PRSP comprend **21 programmes de santé** dont “**6 programmes prioritaires** pour la région” : cancer, suicide, conduites addictives, nutrition, risques liés à l’environnement, prévention et accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Il n’existe pas en Bretagne de programme régional de santé spécifiquement ciblé sur les jeunes. La population “jeunes” est traitée dans une approche populationnelle.

### Les Programmes du PRSP



Les jeunes constituent une population privilégiée dans les programmes basés sur des modifications de comportements (Volet conduites addictives, suicide, santé mentale, nutrition et Infections sexuellement transmissibles (IST)) et des facteurs environnementaux. Il s’agit à la fois de développer les compétences psycho-sociales pour former des citoyens et d’agir sur la mortalité des jeunes (morts violentes) et sur la mortalité prématurée en intervenant en amont sur les facteurs de risque impliqués dans de nombreux cancers et maladies (addictions, nutrition, environnement).

La population “jeunes” bénéficie d’actions inscrites dans les programmes de santé thématiques institutionnels ou territoriaux et d’autres initiatives portées dans le cadre de la politique hospitalière ou de dispositifs médico-sociaux (rectorat, DDASS, DRASS, Jeunesses et Sports, Santé pénitentiaire, Culture, Protection judiciaire de la jeunesse). La plupart des institutions et partenaires de la région développent des programmes ou actions en direction de la population « jeunes ». Citons en particulier : l’Assurance Maladie, les Conseils Généraux, le Conseil Régional, l’Académie de

Rennes, les grandes villes, la Mutualité.

Le PRSP recommande d'une part de mettre en cohérence les différents programmes et actions pour promouvoir une approche plus globale de la santé des jeunes et d'autre part de développer ou de renforcer les démarches participatives par la présence des jeunes et l'écoute de leurs attentes.

Cependant, les accueils collectifs de mineurs ne sont ni consultés ni sollicités directement pour concevoir et appliquer des plans régionaux de santé publique. Les politiques de santé publique des jeunes sont abordées de façon thématique (annexe n° 3), alors que les ACM privilégient une approche transversale d'éducation dont fait naturellement partie l'éducation pour la santé mais dans le contexte du quotidien. Ainsi, les ACM ne se saisissent pas dans les faits des opportunités offertes par le PRSP de Bretagne.

Pourtant, l'influence du PRSP sur les accueils collectifs de mineurs est indirecte au travers des réseaux de formation continue pour soutenir la promotion de la santé au profit des professionnels et des institutions, en particulier des ACM.

#### **D) Exemples d'applications de deux PRSP**

Ainsi, le CRES de Rennes se base sur le PRSP pour construire son action dans une démarche de promotion de la santé (élaborer et mettre en place un projet en éducation et promotion de la santé, sport et santé : quels liens, quelles actions ? élaborer et mettre en œuvre un projet d'éducation pour la santé sur le thème de la nutrition par exemple).

Le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) des Vosges que nous avons interrogé, n'est pas non plus consulté pour définir les politiques publiques de santé mais a répondu à un appel à projets du GRSP pour la mise en œuvre d'une partie du PRSP de la région Lorraine et créer un module de santé dans les formations BAFA /BAFD (annexe n° 4).

Outre la complexité des enjeux de santé publique chez les mineurs, un certain nombre de facteurs semble freiner la mise en place des actions d'éducation pour la santé dans les ACM. Ces difficultés sont de deux ordres : celles résultant de l'incohérence des politiques et du partenariat local d'une part, et d'autre part celles internes aux ACM.

## **2.2 Les mises en œuvre et les limites**

### **2.2.1 Les difficultés résultant de l'incohérence des politiques et du partenariat local**

#### **A) Les politiques territoriales**

En premier lieu, la question de la cohérence des politiques menées au niveau du territoire s'impose. Dans ce cadre, deux constats sont faits :

Tout d'abord, les enjeux politiques des collectivités territoriales ne sont pas forcément les mêmes que ceux des structures de loisirs gérées par les fédérations, ni sur les temporalités, ni sur les objectifs. Cependant, il faut noter une différence lorsque les ACM sont gérés par les collectivités territoriales (communes, communauté d'agglomérations...). Dans ces cas-là, le projet éducatif pluriannuel est conçu en concertation avec les élus et les professionnels des structures.

Par ailleurs, il existe une méconnaissance des politiques éducatives existantes de la part des différents acteurs du territoire. Ces dispositifs éducatifs donnent la possibilité de réaliser, de façon réglementaire, le lien entre les milieux scolaire et extrascolaire. Il apparaît que les ACM restent en retrait de ces dispositifs par manque d'informations. Nous pouvons citer les exemples des contrats éducatifs locaux, des programmes éducatifs locaux, des ateliers santé-ville qui allient la politique et la dynamique locale. La liaison et le partenariat collectivité-espace de loisirs sont pourtant essentiels pour une meilleure cohérence des actions.

#### **B) Des partenariats multiples mais trop ponctuels**

Des partenariats existent mais ne sont pas toujours connus des ACM. C'est le cas des CODES, déclinaisons départementales des CRES, qui soutiennent les actions d'éducation à la santé en termes de formation des acteurs et diffusion des supports pédagogiques auprès des structures diverses (centre social, centre des loisirs, Mission Locale...).

Cependant, lorsque l'équipe juge nécessaire la mise en place d'une action spécifique, elle peut et doit, si elle n'a pas les compétences requises, se faire aider par des compétences extérieures. Ceci suppose, pour les acteurs, d'identifier les éventuelles personnes ressources des différents champs sanitaire, éducatif ou social. Certaines actions sont ponctuelles avec des partenaires « rôlés ». La sécurité routière est typique. Les risques existent et les jeunes sont demandeurs d'informations. La Prévention Routière a des intervenants formés à la prévention et dispose des moyens matériels adéquats. De plus, les coûts sont faibles ou nuls. Hélas, les interventions sont sans suivi.

### **C) L'articulation avec l'école et les parents**

L'école et les parents sont les premiers acteurs concernés par l'éducation des enfants et des jeunes. L'articulation de leur action avec le milieu des ACM est primordiale.

Le public majoritaire des actions des comités d'éducation pour la santé est le milieu scolaire, à destination duquel 80% d'entre elles sont menées. Pourtant si l'école participe à la construction de l'enfant, les activités périscolaires la complètent. En effet, conduites de manière non formelle, elles favorisent l'épanouissement de l'enfant et son apprentissage à la vie sociale. Le contrat éducatif local (CEL) promeut une éducation globale de l'enfant, avec entre autres thématiques, l'éducation pour la santé, dont l'Education Nationale ne serait pas l'unique maître d'œuvre. Il semblerait donc logique qu'un partenariat existe avec l'Education Nationale. Cependant, beaucoup de professionnels des ACM pensent a priori que l'éducation pour la santé relève uniquement du champ de compétence de l'école car des programmes scolaires y sont mis en œuvre. En définitive, il y a très peu d'interactions entre l'école et les centres de loisirs, sauf pour les cas particuliers d'accueils périscolaires pour lesquels les mêmes locaux sont utilisés, favorisant ainsi des actions complémentaires, mais de faible importance et de manière très ponctuelle.

Concernant les parents, les relations avec les acteurs des ACM ne sont pas toujours simples. Il ressort que les parents sont dans une logique de « consommation d'activités » et de clients et non dans une logique « éducative ». Lorsque les ACM leur proposent de s'impliquer, ils restent en retrait, notamment car ils s'estiment souvent trop sollicités par ailleurs (école, école de musique, club de sport...).

#### **2.2.2 Les difficultés internes aux centres de loisirs**

##### **A) La formation des acteurs**

La formation théorique des animateurs non professionnels est très courte. Des notions indispensables pour l'animation sont enseignées (préparation d'activités, de jeux, de théâtre...), en fonction des tranches d'âge d'enfants accueillis, car les rythmes de vie et les intérêts de l'enfant varient. Agir auprès des équipes pour accroître les connaissances et les compétences suppose d'agir d'abord au niveau de la formation, efforts minorés en raison du turn-over important (un an et demi d'exercice en moyenne).

De plus, les animateurs sont amenés à ouvrir le plus possible le dialogue sans moralisation ni délation. Ils doivent fournir aux enfants des occasions pour partager des questionnements avec d'autres personnes afin de confronter leurs pratiques et leurs points de vue pour parvenir à une réflexion construite. Les animateurs ne se sentent pas toujours « légitimés ou formés » pour aborder la thématique santé auprès du public accueilli dans les ACM. En effet, outre l'animation, la

formation traditionnelle des animateurs est axée sur des problèmes purement sociaux (précarité, problèmes socio-économiques et culturels...), alors que d'autres problématiques, cette fois-ci de santé (conduites addictives...), ont surgi depuis une quinzaine d'années. Ce contexte spécifique se répercute sur les compétences des acteurs en matière d'éducation pour la santé. Des actions de formation existent, mais elles sont souvent parcellaires et thématiques. Les organismes formateurs, c'est-à-dire les fédérations reconnues par les pouvoirs publics, incluent l'éducation à la santé en fonction de leur propre philosophie et de leurs priorités liées aux durées des stages.

Selon les observations d'un responsable de CEMEA « il existe une réelle difficulté de langage commun entre le secteur de la santé et celui des loisirs. Les ACM mènent des actions d'éducation à la santé qui ne sont pas reconnues comme telles ».

## **B) Le comportement et l'âge des animateurs**

Faire de l'éducation pour la santé, c'est aussi, montrer l'exemple, quelle que soit la position que l'on occupe : éducateur, dirigeant, animateur saisonnier. Cela ne veut pas dire être exemplaire mais avoir une attitude cohérente avec les principes que l'on souhaite transmettre : par exemple, ne pas fumer et ne pas boire de l'alcool lorsqu'on accompagne des jeunes. Par ailleurs, souvent entrés dans les ACM à 17 ou 18 ans, les animateurs se retrouvent dans une situation de proximité par la classe d'âge, les centres d'intérêts. La notion d'âge n'est pas forcément vécue comme un frein ou un atout par les directeurs, car la personnalité de l'animateur prime. Les animateurs sont sollicités tant sur des « postures d'adultes » que sur des postures professionnelles techniques. Cependant, la majorité d'animateurs non professionnels appartient aux classes moyennes et présente moins de conduites addictives. Toutefois, la question du modèle et de l'identification à l'animateur reste forte et il faut en tenir compte au niveau des comportements.

## **C) La fonction d'animation**

L'une des difficultés évoquées concernant la fonction d'animation en ACM est de répondre à différentes exigences ou demandes parfois paradoxales de la part des utilisateurs (parents, jeunes) et/ou des responsables (élus).

Pour les responsables des centres, il s'agit de développer un projet et des activités répondant à des objectifs éducatifs et de socialisation pour les enfants/jeunes. La demande des familles fait souvent moins référence à ce projet éducatif et de la structure qu'aux propositions d'activités. La demande des jeunes, notamment des adolescents, concerne une liberté accrue dans le choix et la pratique d'activités, de même que dans leur rapport au collectif de jeunes (souvent forte demande pour rester entre eux).

Les élus locaux, quant à eux, demandent à l'équipe pédagogique de trouver une solution rapide aux problèmes immédiatement visibles et ciblés, car en réponse aux électeurs. Cela peut

créer des difficultés à l'équipe et à la structure qui travaillent souvent à moyen terme (au-delà de deux ans) et visent plusieurs types d'objectifs.

Ces paradoxes quant aux attentes et demandes se trouvent renforcés lorsqu'il s'agit de proposer une approche préventive ou d'éducation pour la santé dans une démarche d'animation. Seul le respect de certaines conditions rend le travail prévention/animation possible, notamment l'appui sur un véritable projet de structure, de qualification des personnels, une équipe pédagogique mixte et suffisamment diversifiée.

#### **D) Les moyens mis en œuvre**

Organisme national de référence en éducation pour la santé, l'INPES édite et diffuse des documents (brochures, dépliants, affiches, mallettes pédagogiques, cassette, vidéo...) à destination du grand public et des professionnels de santé et de l'éducation. Pour l'essentiel gratuits et téléchargeables sur le site de l'établissement, ces outils sont relayés dans les départements par l'intermédiaire des CODES. La DRDJS Rhône-Alpes a créé et édité en 1998 une Charte Santé Loisirs suite à une enquête auprès des ACM. Le travail d'analyse des réponses a pu être réalisé par un groupe d'acteurs de terrain. Pourtant, cette Charte n'est pas connue de l'ensemble des acteurs de terrains au niveau national. D'autres structures mettent également à disposition des outils pédagogiques, soit par Internet, soit sur cédérom, soit sous forme de mallettes de jeux adaptés aux différentes tranches d'âge (INC, USEP, JPA...). La FNES rassemble les comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé qui travaillent en réseaux. Elle participe à la mise en œuvre d'une politique d'éducation et de promotion de la santé. Elle permet entre autres missions de contribuer à l'éducation pour la santé en formation initiale et continue et propose de la documentation. Or, malgré ce maillage territorial, les ACM apparaissent souvent démunis de ces outils pour mettre en œuvre leurs actions. Dès lors, chaque structure d'accueil organise des actions en cohérence avec son projet pédagogique (par exemple sur l'environnement des enfants, sur l'accueil des enfants handicapés...) sans vraiment se soucier de ce qui existe et pourrait constituer des ressources.

L'empilement des dispositifs, des plans et la sectorisation des différentes politiques et une communication défailante entre les divers acteurs rend la vision un peu floue. Au regard de ce contexte, des préconisations peuvent être posées pour améliorer la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé dans les ACM.

### **3 PRECONISATIONS DU GROUPE**

Au vu des analyses précédentes et de l'état des lieux effectué, un certain nombre de défaillances apparaissent. Deux catégories de propositions vont être posées. Un premier type de préconisations relève du pilotage politique autour de la place à reconnaître au monde des ACM dans l'éducation pour la santé. Un second type s'enracine davantage dans la culture professionnelle des ACM et de leurs acteurs.

#### **3.1 Les politiques publiques gagneraient à une réorganisation et à une réflexion approfondie sur la place laissée à l'éducation par les loisirs dans l'éducation pour la santé**

Les interactions et le poids des politiques publiques dans les enjeux de santé publique plaident en faveur d'une amélioration des articulations entre l'éducation pour la santé et le monde de l'éducation par les loisirs. En effet, si le public touché par les ACM est très large et présente donc un réel intérêt de sensibilisation et en terme de cible, il demeure « invisible », selon le responsable des formations CEMEA de Bretagne.

##### **3.1.1 Des politiques publiques plus cohérentes**

- Continuer à développer et à promouvoir les programmes régionaux santé-jeunes.
- Renforcer le décloisonnement et la réflexion commune entre les élus locaux chargés de la Jeunesse et ceux chargés de la Santé (PRSP, manifestations festives...).
- Veiller à l'articulation des enjeux locaux et des objectifs nationaux en termes d'éducation pour la santé. Promouvoir par exemple les réseaux Ville-Santé de l'OMS.
- Développer les actions d'éducation pour la santé par le loisir et les faire connaître dans le cadre des formations initiales.
- Donner autorité au Haut Commissaire à la Jeunesse, dans le domaine de l'éducation pour la santé, sur l'Education Nationale afin d'assurer une cohérence des actions sur un public commun et reconnaître le rôle éducatif des ACM.
- Formaliser des rencontres, a minima annuelles, entre les enseignants et les animateurs en ACM par secteur géographique et tranches d'âge.

##### **3.1.2 Des outils au service d'une réflexion institutionnelle à renforcer**

- Impliquer les ACM dans la définition, la conception et la mise en action des politiques de santé publique.
- Développer ou renforcer la participation des jeunes, comme facteur de réussite en santé publique, du montage des projets jusqu'à leur évaluation.

- Intégrer l'éducation pour la santé comme un item des projets éducatifs et pédagogiques, permettant ainsi de valoriser les actions existantes dans l'ACM et aujourd'hui non formalisées.
- Développer l'évaluation des actions des ACM, notamment celles d'éducation pour la santé. Ceci gagnerait à être mis en œuvre dans le cadre d'une culture globale de pilotage de projet pédagogique pour les ACM et de projet éducatif pour les organisateurs.

### **3.1.3 Structurer une stratégie de communication et s'assurer de son efficience**

- S'assurer de la qualité de la politique de communication actuelle. Au vu du faible taux de pénétration des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé existantes dans la pratique quotidienne des ACM, il paraît nécessaire de repenser une politique globale, utilisant les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) pour assurer une diffusion large et peu coûteuse. Intégrer la contrainte communicationnelle dans le cahier des charges des organisateurs et des formations de BAFD.
- Responsabiliser les directeurs d'ACM dans la diffusion auprès de leur équipe des informations des organismes ressources en éducation pour la santé (CRES, CODES, INJEP...).
- Reconnaître la spécificité des ACM, distincts de l'école, dans la conception de campagnes de santé publique.
- Développer un annuaire local de partenaires ressources pour chaque ACM.

Si le cadrage en termes de politiques publiques et de coordination entre les acteurs est indéniablement nécessaire pour renforcer le développement de l'éducation pour la santé en ACM, les acteurs de terrain doivent également s'approprier cette thématique pour l'accompagner de manière consciente et adaptée.

## **3.2 Les acteurs de l'éducation par les loisirs pourraient intégrer explicitement l'éducation pour la santé dans leur culture et leurs pratiques**

L'enquête de terrain et les états des lieux relevés au cours du travail du groupe soulignent que de nombreuses actions d'éducation pour la santé sont menées au quotidien dans les ACM. L'accompagnement pédagogique alternatif dans ces structures offre la possibilité d'user d'un canal d'information en phase avec le rythme des jeunes. En outre, l'accompagnement en ACM est vécu comme moins contraignant par les bénéficiaires, que les accompagnements éducatifs traditionnels. Il paraît donc absolument nécessaire de conserver ces méthodes de travail, appuyées sur la demande et la participation des publics concernés. Ainsi, augmenter la vigilance des animateurs vis-à-vis de



la thématique de l'éducation pour la santé afin d'optimiser les opportunités permettrait de s'assurer d'une qualité accrue de la politique de promotion de la santé dans notre pays.

### **3.2.1 Penser l'éducation de la santé en termes de pédagogie de loisirs**

- Renforcer l'utilisation des ressources de la vie quotidienne, des compétences et des intérêts du mineur pour aborder les questions d'éducation pour la santé. Il s'agit de ne pas imposer des thématiques de manière plaquée et artificielle mais de se saisir des occasions rencontrées, pour allier éducation par les loisirs et messages informatifs. L'ACM doit rester un espace ludique d'éducation par les loisirs, les thèmes abordés ne doivent donc pas être imposés mais doivent s'intégrer dans l'accompagnement.
- Créer le contexte en développant la thématique « santé » dans les jeux, fabriquer ou diffuser des outils ludiques, permettre aux mineurs de se réapproprier des outils « officiels » (illustrer eux-mêmes les messages INPES). Une attention toute particulière doit être portée à éviter tout risque de dérive hygiéniste.
- Développer des débats collectifs, en se saisissant d'occasions ponctuelles : faits d'actualité, situation rencontrée, film vu ou livre lu... Laisser la possibilité d'une confidence personnelle et d'échanges en cas de demande explicite ou implicite d'un mineur.
- Laisser les mineurs développer leur point de vue dans les actions d'éducation à la santé, afin que leur sens critique influe sur leur capacité à choisir.
- Développer les aptitudes psycho-sociales des mineurs, en étant conscient de la dimension « santé » de celles-ci.

### **3.2.2 Initier et valoriser des évolutions culturelles**

- Vaincre les résistances émotionnelles et linguistiques, en travaillant le discours et la sémantique. Si, pour les adultes, le mot « Santé » fait peur et renvoie à des représentations négatives, il n'en est pas de même pour les enfants qui en parlent sans crainte et avec intérêt. Il est significatif que les enfants de 7 à 10 ans rencontrés évoquent la santé comme une notion globale d'épanouissement et de bien-être (annexe n° 5). Ce travail d'élargissement du sens doit être développé chez les adultes.
- Renforcer la formation des animateurs en éducation pour la santé. La formation initiale est dense et courte. Cependant, une sensibilisation sur la connaissance de l'enfant (physiologique, psychologique et social) trouverait sa place au même titre que l'approche des rythmes de vie. Un module de perfectionnement « Education pour la Santé » pourrait également être envisagé, dans le cadre de la dernière partie du BAFA.
- Renforcer la formation des directeurs, notamment en leur faisant prendre conscience de l'importance de leur rôle de pilotage dans le cadre de cette thématique, au croisement du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif. D'autre part, un module de EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

perfectionnement pourrait aussi être proposé. Enfin, les stagiaires directeurs rencontrés ont semblé être intéressés par des apports d'informations épidémiologiques sur la santé des jeunes, tant au moment de leur formation qu'en transversal au fil de leur activité professionnelle.

- La question de la densité croissante de la formation et son éclectisme accru conduit le groupe à réfléchir sur le statut idéal des animateurs et des directeurs : ces métiers gagneraient-ils à être professionnalisés, permettant ainsi une formation plus longue et une formation continue ? Le financement de ces nouveaux intervenants sociaux (formations et salaires) et les activités en dehors des temps ACM sont des dimensions à intégrer dans le questionnement. Des activités complémentaires, comme l'animation en gériatrie, seraient une des pistes.
- Enfin, il paraît indispensable que les fédérations d'éducation populaire évoluent et intègrent la promotion de la santé dans leur réflexion. Les animateurs et directeurs d'ACM semblent, à ce jour, bien plus prêts que les organisateurs à se saisir de cette opportunité, réaffirmant ainsi la validité des méthodes de l'éducation populaire pour promouvoir un projet social. A l'éducation pour la santé de s'en saisir.

## Conclusion

Quatre millions de mineurs concernés par l'éducation par les loisirs... Des inquiétudes de santé publique typiques des jeunes générations... Des programmes classiques d'éducation pour la santé paraissant parfois inadaptés à cette population... La juxtaposition de ces propositions interdit de se priver de l'opportunité de l'éducation par les loisirs, pour tendre vers des objectifs d'amélioration en santé. La littérature spécifique sur cette thématique insiste sur l'approche globale de la notion de santé, visant à un épanouissement de l'individu dans sa globalité, dans un état de bien-être et de capacité à se positionner en pleine conscience et responsabilité. Les ACM font de cette approche de développement de l'individu dans ses différentes dimensions le cœur de leur métier.

Ainsi, quels développements de l'éducation pour la santé peuvent être envisagés en accueil de loisirs ? L'hypothèse de départ consiste à considérer que de nombreuses actions d'éducation pour la santé sont menées en ACM, sans que cette démarche soit consciente de la part des animateurs, directeurs et organisateurs de ces accueils. Si l'élaboration théorique de l'éducation est abordée dans les formations conformément au projet de société initial des grands organisateurs historiques affiliés à la JPA, la thématique de la santé est souvent vécue comme nécessitant des compétences qui ne sont pas de leur ressort. Cette situation idéologique est aggravée par une organisation institutionnelle et règlementaire complexe, où les ACM souffrent d'une certaine invisibilité. Cependant, les fonctionnements actuels doivent s'interroger sur leur adéquation aux besoins. Car, si des problèmes de santé publique des mineurs sont scientifiquement incontestables, les mises en œuvre explicites d'actions d'éducation pour la santé dans les ACM sont difficiles en termes d'articulation entre les partenaires éducatifs (familiaux, scolaires et animateurs). Un certain nombre de préconisations ont pu être posées par le groupe pour structurer une meilleure implication des ACM dans une démarche de promotion de la santé, par une prise en compte des spécificités du secteur par les politiques publiques et par des changements d'approche des acteurs de terrain.

Il s'avère in fine que l'hypothèse de départ se confirme, de l'aveu même des acteurs rencontrés. L'intérêt du travail a notamment constitué à pouvoir repérer de grandes différences de représentations sur la fonction de l'éducation par les loisirs dans le champ de l'éducation pour la santé. Il semble que les résistances culturelles se renforcent au fur et à mesure que la réflexion idéologique et la responsabilité territoriale augmentent : les enfants sont davantage prêts à aborder la thématique de la santé au quotidien avec intérêt, les animateurs et les directeurs sont intéressés mais inquiets sur leur légitimité, les organisateurs et les responsables de politiques publiques doutent fortement de la place de l'éducation par les loisirs dans l'éducation pour la santé. Ainsi, reprenons un paradigme de l'éducation populaire pour développer l'éducation pour la santé dans ce champ et comme le disait Montesquieu dans ses *Pensées*, « pour faire de grandes choses, il ne faut

*pas être un si grand génie. Il ne faut pas être au dessus des hommes, il faut être avec eux ».* Faisons donc confiance aux compétences et aux intérêts des bénéficiaires de l'action, comme acteurs et moteurs de leur propre vie !

---

# Bibliographie

---

## 1. Textes législatifs et réglementaires – Rapports officiels

OMS, 17-21 novembre 1986, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 3 p.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne].

Journal officiel, n° 54 du 5 mars 2002 [visité le 12. 05. 2009], disponible sur Internet :

<http://www.droit.org/jo/20020305/MESX0100092L.html>

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [en ligne]. Journal officiel,

n° 185 du 11 août 2004 [visité le 12. 05. 2009], disponible sur Internet :

<http://admi.net/jo/20040811/SANX0300055L.html>

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Décret n° 2009-57 du 16 janvier 2009 relatif aux attributions déléguées au haut-commissaire à la jeunesse [en ligne] Journal officiel n° 0014 du 17 janvier 2009,

n° 96 du 24 avril 2002, [visité le 12. 05. 2009], disponible sur Internet :

<http://textes.droit.org/JORF/2009/01/17/0014/0002/>

PREMIER MINISTRE. Décret n° 2002-571 du 22 avril 2002 pris pour l'application du premier alinéa de l'article 8 de la loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 et relatif à l'agrément des associations de jeunesse et d'éducation populaire [en ligne]. [visité le 12. 05.2009], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412741&dateTexte=>

MINISTERE DELEGUE AU TEMPS LIBRE, A LA JEUNESSE ET AUX SPORTS. Arrêté du 20 mars 1984 portant réglementation des centres de loisirs sans hébergement

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Plan « santé des jeunes », 2008

SOMMELET D., 28 octobre 2006, *L'enfant et de l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, France, Ministère de la santé et des solidarités, 951 p.

PREFECTURE DE REGION BRETAGNE, *La Bretagne en santé*, Plan Régional de Santé Publique 2006–2010, disponible sur Internet :

<http://www.bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2006/octobre/em07.pdf>

## **2. Réglementation applicable aux Accueils Collectifs de Mineurs (ACM)**

### **A. Codes**

Code de l'action sociale et des familles. Articles L 227-4 à 12, L133-6 et R227-1 à 30 relatifs aux mineurs accueillis en dehors du domicile parental à l'occasion des vacances scolaires des congés professionnels ou des loisirs.

Code de la santé publique. Articles L 2324 -1 à 4, R 2324-10 à 15 relatifs à l'accueil des enfants de moins de 6 ans.

Code du travail. Article D. 773-2-1 relatif au contrat d'engagement éducatif

### **B. Décrets**

PREMIER MINISTRE. Décret n° 2007-481 du 28 mars 2007 modifiant le décret n° 87-716 du 28 août 1987 relatif aux brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur (BAFA et BAFD).

PREMIER MINISTRE. Décret n° 2006-665 du 7 juin 2006 relatif à la réduction du nombre et simplification de la composition de diverses commissions administratives, notamment l'article 28 instituant, dans chaque département, un conseil départemental de la jeunesse, des sports et de la vie associative

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, la composition et le fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif

PREMIER MINISTRE. Décret n° 1994-169 du 25 février 1994 relatif à l'organisation des services déconcentrés et des établissements publics relevant du ministre chargé de la jeunesse et des sports

### **C. Arrêtés**

MINISTERE DE L'ECOLOGIE, DE L'ENERGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES. Arrêté du 6 février 2009 relatif aux journées d'interdiction de transport d'enfants par des véhicules affectés au transport en commun de personnes en 2009

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 1er août 2006 relatif aux séjours spécifiques modifié par l'Arrêté du 23 décembre 2008

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 9 février 2007 modifié par l'arrêté du 28 octobre 2008 relatif aux titres et diplômes permettant d'exercer les fonctions d'animation et de direction en séjours de vacances, en accueils sans hébergement et en accueil de scoutisme

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 28 octobre 2008 relatif aux modalités d'encadrement et conditions d'organisation des sessions de qualification « surveillance des baignades » dans le cadre du brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur en accueils collectifs de mineurs

MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE, MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS. Arrêté du 21 mai 2007 relatif aux conditions d'encadrement des accueils de scoutisme

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 20 mars 2007 relatif à la liste des cadres d'emplois et des corps de la fonction publique territoriale pouvant exercer les fonctions d'animation et de direction en séjours de vacances et en accueils de loisirs

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE Arrêté du 13 février 2007 relatif aux seuils mentionnés aux articles R. 227-14, R. 227-17 et R. 227-18 du code de l'action sociale et des familles

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 22 septembre 2006 relatif à la déclaration préalable aux accueils de mineurs

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 25 septembre 2006 relatif à la déclaration préalable des locaux d'hébergement

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPES. Arrêté du 22 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE Arrêté du 20 juin 2003 modifié par arrêtés du 3 juin 2004 et du 9 mai 2005 relatif aux modalités d'encadrement et conditions d'organisation et de pratique de certaines activités physiques dans les centres de vacances et les centres de loisirs sans hébergement

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE. Arrêté du 10 décembre 2002 pris en application de l'article 4 du décret n° 2002-885 du 3 mai 2002 mentionné à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles relatif au projet éducatif

#### **D. Circulaires**

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS. Circulaire n°DGS/I1/ 2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents.

#### **E. Instructions**

Instruction 06-192 JS du 22 novembre 2006 relative à l'aménagement du régime de protection des mineurs

Instruction n°05-232 JS du 5 décembre 2005 relative à la pratique du Laser Game

Instruction n° 05-143 JS du 30 mai 2005 relative à l'organisation de la pratique de certaines activités physiques

Instruction 06-176 JS du 25 octobre 2006 relative au fonctionnement formation spécialisée en matière d'interdiction d'exercer et mise en œuvre mesures de police administrative

Instruction 06-139 JS du 08 août 2006 relative à la composition formation spécialisée en matière d'interdiction d'exercer

Instruction 03-115 JS du 8 juillet 2003 relative à l'organisation de la pratique de certaines activités physiques

Instruction 03-075 JS du 17 avril 2003 relative aux titres et diplômes permettant d'exercer les fonctions d'animation et de direction



## **F. Recommandations**

Conseils pour l'organisation de la pratique de certaines activités physiques (instruction n° 03-115 JS du 8 juillet 2003)

Hygiène alimentaire dans les séjours sous tente (instruction N° 02 124 JS du 9 juillet 2002)

Gestion des situations difficiles (juin 2002)

Accueil d'enfants atteints de troubles de la santé ou de handicaps (février 2001)

Accueil de groupes de mineurs en camping (avril 2001, MJS, Secrétariat d'Etat au tourisme, et Fédération nationale de l'hôtellerie en plein air)

### 3. Ouvrages, revues et articles

ADAM D., BOUCHER-PETROVIC N., « L'éducation populaire de nouveau à la mode ? », *Agora débats / jeunesse*, N°44

BERICHI S., novembre-décembre 2006 « Prévention dans les lieux de loisirs : soixante-quinze actions financées », *La santé de l'homme*, N° 386, pp.51

CRES BRETAGNE, Juin/juillet 2008, « Santé et animation jeunesse : quelles passerelles ? », *Horizon pluriel*, N° 15, 6 p.

CRES – DRDASS BRETAGNE, décembre 2003, *Vers une culture commune en éducation et promotion de la santé*

CRONNE A., juin 2008, « Projet santé et environnement pour les centres de loisirs », *Loisirs Education*, p. 10

DUBET F., janvier 2008, « Entretien », *Loisirs Education*

HOUSSEAU B., mars-avril 2003, « Associations : priorité à l'alimentation et au sommeil », *La santé de l'homme*, N° 364, pp.33

JEGU J., LAFORGADE M., RAYSSIGUIER Y., 2008, *Politiques sociales de santé*, Rennes, Presses EHESP

LANGEOIS C., mars-avril 2003, « La promotion de la santé investit les centres de vacances », *La santé de l'homme*, N° 364, pp.29-30

LE BRETON D., 2006, « Entretiens », *La santé de l'homme*, n°386

LE GRAND E., juillet-septembre 2008, « Questions de principe. Les 3 questions d'Eric Le Grand », *Camaraderie, le magazine des Francas*, N° 282

JPA, INPES, Juin 2008, « Education pour la santé : place au bien être », *Loisirs Education*, 16 p.

PERRIN-ESCALON H., HASSOUN J., 2004, *Adolescence et santé, Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés*, INPES

RESTOIN A., COROND M., 2008, *Education populaire, enjeu démocratique – Défis et perspectives*, Paris, L'Harmattan

SOUSBIE A., juin 2008, « Une charte pour engager les équipes à réfléchir sur la santé », *Loisirs Education*, p. 12

TURZ A., GERBOUIN-REROLLE P., 2008, *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*, Tec & Doc

2006, *Revue Repère santé*, n°10

#### 4. Documents divers

BERICHI S., BILLET D., MASSACRET M., « La prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes. A quelles conditions une approche préventive peut-elle s'inscrire dans un accueil collectif de mineurs à caractère éducatif ? », Paris, MILDT – INJEP – Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 12 p.

DREES, avril 2008, « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats », *Etudes et résultats*, N° 632, 6 p.

COMMISSION TECHNIQUE ET PEDAGOGIQUE DES CENTRES DE VACANCES ET DE LOISIRS, décembre 2003, *Sensibilisation à l'accueil des enfants et des jeunes mineurs handicapés dans le cadre des formations au BAFA et au BAFD*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

MINISTERE DE L'ECOLOGIE, DU DEVELOPPEMENT ET DE L'AMENAGEMENT DURABLES, « Recenser, prévenir et limiter les risques sanitaires environnementaux dans les bâtiments accueillant des enfants », guide à l'usage des collectivités territoriales, 86 p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, Mars 2008, *Les chiffres clés de la jeunesse*

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Avril 2008, *Les chiffres clés de la fréquentation des séjours de vacances de 1998 à 2007*

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, *Les politiques en faveur de l'Education populaire*, 26 p.

CFES, 1995, *Que faire pour un enfant maltraité ? Prévenir, Aider, Accompagner – Guide pour les animateurs et les responsables d'encadrement d'enfants et de jeunes*, Paris, Ministère du travail et des affaires sociales, ministère de la jeunesse et des sports

RESTOIN A. (ed), février 2007, *Clés pour l'éducation populaire*, Paris, Fédération nationale des Francas

## **5. Compte rendu de congrès et conférences**

BOUCHET C., « Prévention, éducation et promotion de la santé, de quoi parles-t-on ? », in CRAES-CRIPS, *Eclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et leurs conditions d'efficacité*, Octobre 2000, Lyon, pp 6-11.

LE GRAND E., « Education pour la santé, centres de loisirs, Education populaire : des valeurs communes, mais une rencontre incertaine », *Journées de l'INPES*, 29 mars 2007

MIDDLETON O., « Quelle prévention en milieu associatif et en centre de loisirs ? », *Séminaires interrégionaux- MILDT*, Mai – juin 2006

## **6. Sites Internet consultés**

HAUT COMMISSAIRE A LA JEUNNESSE

<http://www.jeunesse-vie-associative.gouv.fr/>

INJEP

<http://www.injep.fr/>

INPES

<http://www.inpes.sante.fr/>

---

# Liste des annexes

---

## **Annexe 1. Guide d'entretien**

### **GUIDE D'ENTRETIEN – TRAME COMMUNE**

Présenter le travail du groupe

Dans le cadre de notre formation professionnelle à l'Ecole de la santé de Rennes, nous réalisons un rapport interprofessionnel portant sur la thématique suivante : « quels développements de l'éducation pour la santé en accueil collectif de loisirs ? ».

#### **Point de vue sur Santé/loisirs**

- Quels sont pour vous les objectifs de l'accueil en ACM ?
- Avez-vous le sentiment que les centres de loisirs ont un rôle à jouer en terme d'éducation pour la santé ? (relance : retentissement dans la vie quotidienne pour les jeunes ? pour les familles ? pour les animateurs ?)
- Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans un ACM actuellement ?
- Quelle est la place de l'éducation pour la santé qui serait souhaitable en centre de loisirs ?
- Quel est l'intérêt d'une pédagogie par les loisirs en matière d'éducation pour la santé ? Quels sont ses atouts et ses limites ? (relance : freins à insérer l'éducation pour la santé dans le milieu des loisirs)

#### **Fonctionnement**

- Quelles sont les politiques publiques autour de cette problématique ? Qu'en pensez-vous ?
- Quelles sont les thématiques les plus fréquentes dans le cadre de l'éducation pour la santé en CLV ?
- Quelle est la place accordée à la thématique de l'environnement et à son impact sur la santé ?
- De quels outils/moyens dispose-t-on pour la mise en place de ces actions ?

- Les actions mises en place sont-elles adaptées aux préconisations (politiques) ?  
Y'a-t-il une évaluation de ces actions ? un retour ?
- Avez-vous relevé des freins à la mise en place des actions d'éducation pour la santé ?
- TERRAIN : ... aux attentes (des professionnels) ? aux besoins (des enfants) ?  
Qu'est ce que la santé pour vous ? Qu'est ce que l'éducation pour la santé ?
- Faut-il distinguer le contexte urbain et rural lors de la conception et de la mise en place de ces actions ?
- De quelle manière les inégalités sociales en matière de santé des enfants sont-elles prises en compte ?
- De quelle manière s'articulent les différents « messages » reçus par l'enfant sur sa santé (école, parents, ACM) ? Dans quelle mesure sont-ils contradictoires ? complémentaires ?
- Dans le champ de la santé, l'éducation populaire peut-elle légitimement contredire l'éducation familiale ?
- Peut-elle la remplacer ?
- L'âge des animateurs est-elle un frein ou un atout pour transmettre des messages d'éducation à la santé ? (proximité du « jeune » ; exemplarité/conduite à risque)
- TERRAIN : Expliquez vous aux enfants l'enjeu pour leur bien-être de ces actions de promotion de la santé (= éducation pour la santé) ?

### **Formation**

- Quelle est la place donnée à l'éducation pour la santé dans les différentes formations d'animateur (BAFA, BAFD / DEFA, BPJEP) ?

### **PARTENARIATS**

- Les acteurs de terrain sont-ils associés à l'élaboration des politiques publiques ?
- Quels sont vos partenaires en matière de santé ? (relance : PMI, médecin scolaire, CRES/CODES, INPES, parents, enseignants, associations... + bon fonctionnement ? mauvaise coordination ?...)
- Quel apport ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans vos relations avec ces partenaires ?



### **TERRAIN ( BRETEIL...)**

- Par rapport au projet éducatif,
- Comment est-il élaboré ? Avec qui ?
- Y'a-t-il communication autour de ce document ?
- Ce document est-il connu et identifié comme tel par les animateurs ?
- Les actions prévues sont-elles mises en place ? (si oui => exemples / si non => pourquoi ? freins ?)
- Y'a-t-il d'autres actions de santé (non prévues dans ce projet) que vous avez mis en place ?
- Y'a-t-il d'autres actions de santé que vous souhaitez mettre en place mais qui n'ont pas abouti ?
- (mêmes questions pour le projet pédagogique)
- En terme de partenariat, .... (CRES CODES)

### **Préconisations pour que les ACM fassent davantage d'éducation pour la santé**

- Que faudrait-il changer pour que les ACM fassent davantage d'éducation pour la santé ?
- Quelles sont les tendances qui se dessinent ?

## Annexe 2. Les principaux problèmes de santé publique des jeunes

	faits	tendance
<b>Alcool</b>	< 14 ans : rare 17- 18 ans : 18% des garçons et 6% des filles en consomment régulièrement sources : la prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes, MILD, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008; enquête HBSC 2006	Moins de buveurs quotidiens (sauf les 16-18 ans), mais augmentation du phénomène d'ivresse (binge drinking, ivresse rapide) source : guide de la prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes, MILD, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008
<b>Tabac</b>	< 14 ans : rare 17- 18 ans : 50% fument occasionnellement, 40% régulièrement, garçons comme filles sources : l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); guide de la prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes, MILD, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008; enquête HBSC 2006	Baisse de l'expérimentation mais stabilisation du nombre de fumeurs réguliers. source : guide de la prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes, MILD, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008
<b>Cannabis</b>	< 14 ans : rare 17- 18 ans : 50% sont des consommateurs occasionnels, 15% des garçons et 6% filles sont des consommateurs réguliers. Dépendance pour 50% des utilisateurs réguliers source : guide de la prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes, MILD, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008; enquête HBSC 2006	Stabilisation source : guide de la prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes, MILD, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008
<b>médicaments psychotropes</b>		En hausse. source : guide de la prévention de l'usage de substances psychoactives par les jeunes, MILD, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008
<b>Polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis</b>	20 % des garçons et 9 % des filles de 17 ans sont des polyconsommateurs réguliers source ESCAPAD 2003 2003	
<b>Conduite à risque : accidents, suicides</b>	Importance de la mortalité prématurée et évitable chez les jeunes : - cause de mortalité suit à un accident routier (7% pour les 1-4 ans, 13% pour les 5-14 ans, 35% pour les 15-24 ans), - pensée suicidaire (12-14 ans : 6% des filles et 3% des garçons. 15-19 ans : 12% des filles et 4% des garçons.) - tentatives de suicide (12-14 ans : 4% des filles et 0,4% des garçons. 15-19 ans : 7% des filles et 2% des garçons. Parmi eux, 50% des garçons sont homosexuels. À tout âge, la mortalité par suicide est plus importante chez les garçons. source plan santé jeunes 2008	
<b>Obésité</b>	3,5% des enfants de 3 à 17 ans sont obèses, 14% ont une surcharge pondérale. source plan santé jeunes 2008	
<b>Interruption volontaire de grossesse</b>	Grossesse : 2 % des 15-17 ans dont 80% se soldent par une interruption volontaire de grossesse. 88% des 15-25 ans sexuellement actifs utilisent un moyen de contraception (pilule et préservatif souvent) et pourtant hausse du nombre d'interruptions volontaires de	Augmentation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les mineures source INPES 2005

	grossesse et du recours à des moyens de contraception d'urgence.  Mais délai d'usage de la contraception d'urgence connu par seulement 15% des garçons 15-19 ans et 29% des filles 15-19ans. source INPES 2005	
<b>Boulimie</b>	1 % des jeunes filles de 17-19 ans source : La santé de l'homme n° 394, mars-avril 2008	
<b>Anorexie</b>	0,2 % des adolescentes de 15-19 ans	
<b>Non respect des rythmes biologiques (alternance veille-sommeil)</b>	Manque de sommeil (43% des parents sous-estiment les besoins en sommeil de leur enfant en bas-âge), difficultés d'endormissement (surtout chez les filles de 11-18 ans) mais grande variabilité interindividuelle pour les besoins et les typologies de sommeil (petits et gros dormeurs, enfants du matin ou du soir). Source : Plan sommeil 2007	
<b>Accidents de travail</b>	Les jeunes représentent 8,5% des travailleurs mais aussi 22% des victimes d'accidents de travail. source CNAMTS	
<b>Violence</b>	42% des jeunes de 11-18 ans (surtout des garçons) ont occasionnellement des conduites violentes, 19% en ont régulièrement et 2% ont fait du racket. 15% des jeunes déclarent avoir subi des violences physiques, 4% des violences sexuelles (surtout des filles). Source : Enquête INSERM U 472, 1993	
<b>Troubles de l'audition, mal de dos</b>		Phénomènes en croissance, prise de conscience récente des pouvoirs publics.

### **Annexe 3. Les programmes thématiques prioritaires du PRSP de Bretagne**

Les jeunes sont pris en compte dans les principaux programmes régionaux de santé publique (PRSP) :

- Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier les moyens d'opérer des choix responsables, pour lui-même et pour les autres. Elle doit lui permettre d'acquérir des connaissances utiles, de développer des attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie et la responsabilité, qu'il pourra mettre à profit tout au long de sa vie. Ces interventions concernent les établissements scolaires.

- Suicide

Les besoins à prendre en considération sont identifiés : faire en sorte que les jeunes aient recours aux dispositifs existants, veiller à la qualité des réponses (neutralité des lieux, choix multiples, spécificités du secteur rural, meilleure coordination ...), prendre en compte l'environnement familial (les parents notamment), avoir des lieux d'hospitalisation adaptés aux adolescents en aval des urgences.

- Conduites addictives

Les jeunes sont la population cible la plus importante de ce volet du PRSP contre la drogue et les toxicomanies, avec des interventions en milieu scolaire, dans la cité (milieux festifs en particulier).

- Cancer

La promotion de la santé et l'éducation pour la santé contribuent à la prévention du cancer et à son efficacité à terme, même si on est très en amont, avec l'exemple de la nutrition.

- Nutrition

La prévention de l'obésité passe par des interventions en priorité en direction des enfants et des jeunes.

- Santé et environnement

La protection des populations sensibles, notamment des jeunes, est l'un des trois objectifs généraux du PRSE. Des actions visant à protéger les adolescents des risques auditifs liés à la musique amplifiée.

## **Annexe 4. Programme du module d'éducation à la santé dans les Vosges**

### **Formation BAFA (4h)**

Objectif général : Développer auprès des futurs animateurs en accueil collectif de mineurs les compétences en éducation pour la santé afin d'encourager et favoriser la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé dans leurs activités quotidiennes.

Objectifs pédagogiques :

- Définir la notion de santé et les concepts de prévention, éducation et promotion de la santé.
- Identifier les besoins en matière de santé du public accueilli en centre d'accueil collectif de mineurs.
- Repérer les stratégies et méthodes en éducation pour la santé pouvant être développées dans le cadre de l'activité en centre d'accueil collectif de mineurs.
- Repérer les ressources en matière de santé (ressources documentaires, structures ressources en matière de santé).

Thèmes abordés :

- Les représentations de la santé.
- La notion de santé, concepts de prévention, éducation et promotion de la santé.
- La santé des jeunes de 0-24 ans en France, données descriptives.
- Les stratégies et méthodes en Education pour la Santé.
- Les ressources en matière de santé.

Contenu complété par la diffusion d'un dossier du participant, composé des éléments suivants :

- Diaporama, support du module.
- Exemples de techniques d'intervention en éducation pour la santé.
- Ressources en santé : Structures ressources, sites Internet, exemples d'outils d'intervention)
- Sélection d'articles : santé des jeunes, méthodologie de projet et exemples de projet en accueil collectif de mineurs.
- Sélection de documents de diffusion abordant les thèmes suivants : sommeil, sexualité, conduites addictives, gestes de premiers secours, nutrition, hygiène bucco dentaire, hygiène corporelle.

## **Formation BAFD (5h)**

Objectif général : Développer auprès des futurs directeurs en accueil collectif de mineurs les compétences en éducation pour la santé afin d'encourager et favoriser la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé et l'intégration de la santé dans les projets pédagogiques.

Objectifs pédagogiques :

- Définir la notion de santé et les concepts de prévention, éducation et promotion de la santé.
- Identifier les besoins en matière de santé du public accueilli en centre d'accueil collectif de mineurs.
- Intégrer la santé dans le projet pédagogique et repérer les stratégies et méthodes en éducation pour la santé pouvant être menées dans le cadre de l'activité en accueil collectif de mineurs (différentes étapes du projet en santé, les stratégies éducatives en fonction des publics accueillis, des besoins et des demandes, des objectifs et des moyens...).
- Repérer les ressources en matière de santé (ressources documentaires, structures ressources en matière de santé).

Thèmes abordés :

- Les représentations de la santé.
- La notion de santé, concepts de prévention, éducation et promotion de la santé.
- La santé des jeunes de 0-24 ans en France, données descriptives.
- Planification des interventions en Education et Promotion de la Santé.
- Les stratégies et méthodes en Education Pour la Santé.
- Appropriation et mise en perspective.
- Les ressources en matière de santé.

Contenu complété par la diffusion d'un dossier du participant, composé des éléments suivants :

- Diaporama, support du module.
- Exemples de techniques d'intervention en éducation pour la santé.
- Ressources en santé : Structures ressources, sites Internet,, exemples d'outils d'intervention)

- Sélection d'articles : santé des jeunes, méthodologie de projet et exemples de projet en accueil collectif de mineurs.
- Sélection de documents de diffusion abordant les thèmes suivants : sommeil, sexualité, conduites addictives, gestes de premiers secours, nutrition, hygiène bucco dentaire, hygiène corporelle.

## Annexe 5. Paroles d'enfants

Réponse des enfants aux questions suivantes : Qu'est-ce que la santé ? Aimerais-tu que l'on parle de la santé au centre ?

- « *La cigarette c'est pas bon pour la santé. Ni l'alcool* »  
« *Ce serait bien si on parlait de la santé* »

A. 10 ans

- « *C'est important d'en prendre soin. Il ne faut pas manger n'importe quoi* »  
« *Ça me plairait. Il faut en parler aussi* »

L. 10 ans

- « *C'est pas d'être malade. C'est d'être bien. Si on n'est pas trop en santé, on n'est pas bien et tout* »  
« *Ce serait bien* »

C. 7 ans

- « *C'est être bien. On en parle quand on va au docteur quand on est malade* »  
« *Ce serait bien si on en parlait* »

R. 8 ans

- « *C'est quand je vais bien. C'est quand je suis pas malade.* »  
« *On en parle chez moi et chez papa, ou chez des gens. Ici ils s'occupent de leurs affaires. Ici on vient pour jouer, manger.* »

K. 8 ans

- « *c'est quand on n'est pas malade, quand on est bien, heureux* »

G. 8 ans

- « *La santé c'est bien manger. Si les autres nous embettent pas, c'est important* »  
« *Chez nous on a de la chance, car il y a d'autres enfants qui n'ont pas d'argent, pas de maison, pas de médicament, pas d'eau propre, qui sont obligés de travailler* »

A. 10 ans



Réponse des enfants à la question suivante : Quels messages de santé connaissez-vous ?

- « *Se laver les dents* », *message de papa et maman*
- « *Le sport c'est important pour bien dormir. La télé, la DS ça empêchent de dormir* »
- « *Se laver les mains avant de manger* »
- « *Ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé. Manger 5 fruits et légumes par jour* »
- « *attention à regarder à gauche et à droite dans les passages piétons, pour éviter des accidents* » « *on est allé à l'auto école* »

Réponse des enfants à la question suivante : Qu'es-ce qui n'est pas bon pour la santé ?

- « *Boire de l'alcool, boire et conduire* »
- « *Fumer* »
- « *Quand on mange beaucoup et qu'on se fait vomir* »
- « *Trop manger, ou manger entre les repas* »