

Les Cahiers du Pôle Bourgogne

[N°5 - Décembre 2015]

Dossier de l'édition

La recherche en promotion de la santé

Zoom sur
Pass'Santé Pro

Dossier

La recherche en
promotion de la santé

Portrait

Les mille visages de
la démocratie en santé

Recherches / Études
Adaptabilité des étudiants
en soins infirmiers dans les
espaces de travail

Regard sur les pratiques
Observer, repérer
et transformer nos
environnements favorables



LES CAHIERS DU PÔLE

Décembre 2015 - numéro 5

Parution annuelle

Source photos : Stocklib et
IREPS Bourgogne (page 38-39)

Directeur de publication

Dr Pierre Besse

Rédactrice en chef

Nathalie Ponthier

Secrétaire de rédaction

Laure Cousin

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

Coordonnateur du pôle régional de compétences

Le Diapason - 2 place des Savoirs

21000 DIJON

Tél. : 03 80 66 73 48

Fax : 03 80 65 08 18

contact@ireps-bourgogne.org

www.ireps-bourgogne.org

*Les Cahiers du Pôle sont réalisés avec le soutien
financier de l'INPES.*

PASS SANTÉ PRO

Une plateforme de ressources innovante

En 2013, le site Internet **Pass'Santé Jeunes**, destiné aux jeunes de 8 à 18 ans, à leurs parents et aux professionnels, a été créé afin de constituer un corpus d'informations fiables et actualisées. Ce portail web recense 12 thématiques de santé (addictions, sexualité, usages d'internet, etc.) et permet aux jeunes de s'informer et d'être acteurs de leur santé.

En parallèle, l'IREPS de Bourgogne accompagne la mise en œuvre d'actions de prévention, par des formations gratuites élaborées à partir des ressources du Pass'Santé Jeunes pour permettre aux professionnels d'adapter les modalités d'intervention à la thématique choisie et au public ciblé.

Aider les professionnels

Afin de compléter ces actions de terrain et de continuer à répondre aux besoins des professionnels, les partenaires du Pass'Santé Jeunes ont développé une plateforme de ressources : le

Pass'Santé Pro. Cette plateforme a pour objectif d'aider les professionnels à mettre en œuvre des séances pédagogiques à destination des jeunes par la mise à disposition de ressources et d'outils d'intervention.

Accessible gratuitement à l'ensemble des acteurs de terrain, elle s'articule autour de deux grands espaces : **les modules pédagogiques et la boîte à outils**.

Le premier espace propose plusieurs **parcours d'autoformation** (*mettre en place une action sur le thème de la nutrition, développer un projet sur la vie affective et sexuelle, etc.*) apportant des réponses concrètes aux professionnels et leur permettant également de faire le point sur leurs connaissances de manière autonome (*quelles sont mes intentions éducatives ? Quelles questions dois-je me poser avant de mettre en place une action ?*).

Tout au long de ces parcours, l'apprenant est guidé par un personnage et un scénario le plongeant dans des situations concrètes et facilitant ainsi l'appropriation de ces contenus dans ses pratiques professionnelles.

Le second espace, intitulé « **boîte à outils** », recense des outils d'intervention selon la thématique choisie et le type de supports (brochures, expositions, jeux, DVD...) , et des fiches-méthode sur les techniques d'animation selon l'intention éducative des professionnels : travailler sur les représentations, informer, développer les compétences psychosociales, transmettre par les pairs ou encore agir sur l'environnement.

Conseils et outils pratiques

Ce nouvel outil est un véritable complément pour de nombreux professionnels qui parfois, ne savent pas à qui s'adresser ou n'osent pas toujours demander conseil.

Le Pass'Santé Pro est une **passerelle bienveillante**, qui par le biais de nouvelles méthodes d'apprentissage comme l'autoformation, délivre des clés pour la mise en œuvre de séances pédagogiques et d'actions de prévention auprès des jeunes, qu'ils s'agissent de conseils méthodologiques ou d'idées d'outils à utiliser.

Elle complète une action et des relations terrains essentielles à la cohérence et à la réussite d'une démarche qui s'étoffe au fil du temps et s'adapte aux besoins émergents.

Laure COUSIN

Chargée de communication,
IREPS Bourgogne

www.pass-santepro.org

Dossier



**Dr Isabelle
MILLOT**

*Médecin de santé publique
Directrice de l'IREPS Bourgogne*



Avant propos

Développer la recherche régionale en promotion de la santé

Depuis toujours, on se plaint en France de la faible place de la prévention/promotion de la santé dans les politiques de santé. On déplore aussi le peu de publications scientifiques dans ce domaine. Mais les vents sont actuellement favorables. Notre secteur connaît une professionnalisation progressive des acteurs, dont beaucoup ont désormais des cursus universitaires, s'appuient sur des référentiels, des données « probantes » ou « prometteuses » pour mettre en œuvre leurs programmes d'actions. L'exigence est croissante de prouver que ce que l'on fait est utile.

En Bourgogne, nous travaillons depuis plusieurs années la question des recherches actions collaboratives, des recherches interventionnelles, ou plus largement de la recherche en promotion de la santé. Plusieurs opérateurs initient ou sont associés à des recherches (Mutualité Française, Fédération Addiction, Aides, IREPS, ORS...). Les acteurs locaux sanitaires, sociaux, éducatifs, qui sont au plus près des populations, produisent des données, ont une expertise, tout comme les populations elles-mêmes, qui ont un savoir qu'on appelle « profane ».

Il nous reste à renforcer les interactions entre acteurs, experts, chercheurs. Se connaître pour se reconnaître, se faire confiance, se respecter pour engager des partenariats... Ce rapprochement vise à co-produire des connaissances utiles à la politique régionale de santé.

Les autres enjeux concernent le partage et le transfert de connaissances issues de la recherche, et la transférabilité des actions. Comment valorise-t-on les résultats des recherches pour les rendre compréhensibles, pour que les acteurs et les décideurs se les approprient ? Quand un programme a fait la preuve de son efficacité, à quelles conditions peut-il être mis en place ailleurs avec des chances de succès ?

Ce dossier présente les enjeux, les démarches engagées et des exemples de recherche en région. Et il a pour vocation de susciter de nouveaux projets collaboratifs !

Dossier

La recherche en promotion de la santé

Sommaire du dossier

6

La recherche en promotion de la santé

Interview du **Pr. Dr. Edith SALÈS-WUILLEMIN**, Professeure de psychologie sociale et psychologie du travail, Université de Bourgogne, Laboratoire SPMS et **Nathalie PONTHER**, Docteure en sociologie, Directrice Adjointe, IREPS Bourgogne

10

Rencontre féconde entre professionnels et chercheurs à la Maison des Sciences de l'Homme de Dijon

Hélène BURZALA-ORY, Doctorante en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Bourgogne, Laboratoire CIMEOS

13

La recherche en promotion de la santé, quelle représentation ?

Pr. Dr. Edith SALÈS-WUILLEMIN, Professeure de psychologie sociale et psychologie du travail, Université de Bourgogne, Laboratoire SPMS

16

Rôle des conjoints dans le soutien des personnes traitées par chimiothérapie pour un cancer colique : le travail du prendre soin

Catherine LEJEUNE, Maître de Conférences en Economie de la Santé, Université de Bourgogne, Equipe Inserm EPICAD ; **Nathalie PONTHER**, Docteure en sociologie, Directrice Adjointe, IREPS Bourgogne ; **Nicolas MEUNIER-BEILLARD**, Doctorant en sociologie, Centre Georges Chevrier, UMR CNRS 7366

19

Le projet Ebène : santé orale et patients schizophrènes

Frédéric DENIS, Chirurgien dentiste, investigateur coordinateur de l'étude ; **Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé** ; **Centre Hospitalier la Chartreuse**, **Centre Hospitalier Universitaire de Dijon**, unité de recherche clinique ; **usagers**

23

Lire et accompagner le vieillissement à travers une histoire

Pierre VANDEL, Chef du service de psychiatrie de l'adulte, CHRU de Besançon
Cynthia MORGNY, Sociologue, Directrice adjointe de l'ORS Bourgogne Franche-Comté

27

Santé publique, conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même et liberté

Frédéric OROBON, Agrégé de philosophie, École Supérieure du Professorat et de l'Éducation de Bourgogne

Dossier

Interview d'une chercheuse



**Pr Édith
SALÈS-WUILLEMIN**

*Professeure de psychologie sociale
et psychologie du travail,
Université de Bourgogne,
Laboratoire SPMS (EA4180)*

Quels sont vos travaux dans le champ de la promotion de la santé ?

Je travaille sur la santé dans le champ de la prévention primaire et secondaire. Avec un financement de l'Institut national du cancer, la collaboration avec un cancéropôle et des centres de dépistage, j'ai porté un projet autour du dépistage du cancer colorectal (PRESID 2010-2016). Il s'agissait d'une recherche essentiellement quantitative sur les Attitudes et Représentations Sociales (RS) des personnes qui participent ou non au dépistage (1 000 personnes incluses). L'objectif était de **comprendre les motivations des individus à se faire dépister** -sachant que ce sont des personnes qui ne se sentent pas malades- avec comme ligne de mire d'**identifier les conditions qui permettraient d'aller vers une santé plus globale**. La Bourgogne, région précurseur du dépistage, était comparée à d'autres régions rentrées plus tardivement dans le dispositif.

J'ai également travaillé sur d'autres thèmes comme les représentations du diabète, des notices pharmaceutiques ou des médicaments génériques... Ma deuxième porte d'entrée est plus

récente, elle concerne la promotion de la santé au travail. Je traite différents aspects de la santé au travail (stress et risques psychosociaux-RPS) et plus récemment de la représentation de la qualité de vie au travail (QVT). C'est donc une approche très large. Les méthodes utilisées pour mesurer les RS sont dans ces deux portes d'entrée les mêmes. Les RS passent par du langage, de la communication. Il faut être capable d'**étudier la manière dont les individus s'expriment, pensent**.

Le recours aux méthodes qualitatives grâce à des entretiens va de soi. On travaille aussi avec des méthodes quantitatives, par questionnaires, pour pouvoir généraliser ce qu'on a repéré. De manière générale dans ces deux portes d'entrée, au-delà des méthodes, je souhaite aborder les questions de manière systémique, en comparant les regards des différents acteurs impliqués. Et dans mon domaine, **on ne peut pas travailler les représentations sociales à l'intérieur d'un groupe sans prendre en compte les relations entre groupes**. Par ailleurs, je cherche à mettre en lien la recherche fondamentale avec la question de l'utilité sociale, la recherche joue pour moi un rôle important : les objets de recherche s'inscrivent dans des enjeux sociaux. Le chercheur a aussi un rôle citoyen : comment œuvrer sur les questions qui nous touchent ?

Quelle peut être la place des praticiens de 'terrain' dans la recherche ? Quelles sont les collaborations possibles ?

On observe une évolution de la recherche. Avant, il s'agissait majoritairement de recherche fondamentale, maintenant **la recherche se tourne vers le monde économique et social**. Auparavant, quand on parlait d'un chercheur, on évoquait sa discipline ou sa sous-discipline et le processus étudié (« il travaille sur les représentations sociale s»), maintenant on le désigne aussi par l'objet sur lequel il travaille (« le cancer, le diabète... »).

En effet, la recherche fondamentale est de moins en moins financée à l'Université. Il faut donc trouver des

Dossier

La recherche en promotion de la santé

sources de financement. Les chercheurs tentent de faire coïncider les intérêts des acteurs de santé, de la justice...avec les problématiques de la recherche. C'est un exercice qui ne leur est pas habituel. Il leur faut ainsi saisir les opportunités, les sources de financement possibles, répondre à des appels d'offre, et les faire « matcher » avec un processus. Il faut suivre « l'air du temps ». Il y a une certaine méfiance au départ dans la collaboration entre chercheurs et praticiens. En matière de recherche, il faut être « carré » sur l'inclusion, la méthode de recueil... Côté terrain, peuvent se poser des problèmes logistiques d'organisation, de planning... qui viennent contrecarrer les exigences de rigueur du chercheur. Du côté des praticiens il y a des questions qui se posent, elles peuvent paraître simples et la réponse qui est attendue doit être simple également.

Cependant, le chercheur a besoin de prendre du recul, il ne peut apporter une seule réponse et elle ne peut être toute faite. Cela va exiger une réflexion, une analyse qui peut prendre du temps. Ce délai peut être interprété par les acteurs de terrain comme une perte de temps ou une déconnexion des réalités. Les acteurs de terrain n'ont pas toujours le recul nécessaire parce qu'ils sont en prise directe avec leur environnement immédiat. Les chercheurs n'ont pas pour objectif premier de répondre à des questions de terrain mais plutôt à analyser des processus généraux.

Il faut donc **avoir de la souplesse pour travailler en collaboration, une adaptation aux objectifs et aux contraintes de chacun**. Du point de vue de la relation elle doit rester complémentaire et chacun est dans son rôle : les chercheurs ont la connaissance théorique, mais les professionnels de terrain ont la connaissance de l'objet parce qu'ils y sont confrontés au quotidien. Chacun voit les choses différemment et le dialogue est toujours constructif.

Comment développer la recherche en promotion de la santé en Bourgogne ?

La journée organisée le 1er décembre est un temps fort important. Il faut développer ce qu'on a proposé dans les ateliers : faire rencontrer des personnes qui ont des questions de terrain et des chercheurs qui travaillent sur des objets précis (violences scolaires, substances psycho-actives, infection à VIH-sida...),

mais également avec des organismes qui peuvent estimer en quoi les projets sont socialement utiles. En effet, les appels à projets concernent des objets et pas des processus. Il faut faire se rencontrer les chercheurs et les praticiens sur des objets précis et autour d'opportunités de financements, afin de développer un maillage entre les acteurs, échanger sur l'utilité sociale des actions et les modalités de mise en œuvre d'une opération de recherche.

Nous pouvons aussi initier nous-mêmes des appels à projet. Il y a des difficultés à insérer les doctorants de sciences humaines et sociales dans les voies classiques universitaires. Mais ils peuvent travailler comme chercheurs dans divers organismes. C'est le cas du **dispositif CIFRE qui permet aux entreprises, aux associations ou aux collectivités territoriales de bénéficier d'une aide financière pour recruter de jeunes doctorants** dont les projets de recherche, menés en liaison avec un laboratoire extérieur, conduisent à la soutenance d'une thèse. Il faut organiser des rencontres entre les professionnels et les laboratoires, pour identifier comment la recherche peut se traduire sous forme d'emploi.

On peut également étoffer l'offre d'accueil de stagiaires de Masters au sein d'organismes, à l'image du **projet MARQUAVIT** que j'ai proposé avec les étudiants en Master de psychologie du travail de l'Université de Bourgogne. Ce projet concerne la réalisation par les étudiants d'une enquête avec un état des lieux des pratiques d'activité physique et sportive (APS) des salariés dans des entreprises ciblées, leur mise en relation avec leurs représentations et attitudes à propos de leur QVT, et plus particulièrement de leur bien-être et de leurs relations au travail.

Des projets pilotes de pratique d'APS peuvent ensuite être conduits au sein des organisations de travail et évalués. Il faut aussi **poursuivre la formation des acteurs de terrain aux concepts de la promotion de la santé, développer le transfert de connaissance**. Notre équipe au sein du laboratoire SPMS développe un pôle formation sur la QVT à destination des entreprises et des collectivités territoriales. Entre prévention et promotion de la santé, et entre RPS et QVT, on a fait le même saut qualitatif. Ce n'est pas toujours facile! Mais il est important de changer les représentations.

Dossier

Interview d'une experte en promotion de la santé



**Nathalie
PONTHIER**

*Docteure en sociologie,
Directrice adjointe de l'IREPS Bourgogne*

Quelle est la place de l'IREPS Bourgogne dans la recherche ?

L'IREPS est acteur de la recherche. Sans parti pris (!), elle tient une place essentielle et incontournable pour plusieurs raisons.

Elle a une **vision globale et généraliste des problèmes de santé et noue des partenariats dans divers secteurs**. Elle a développé depuis des années des liens avec l'Université, dans le champ de l'enseignement et de la recherche. Ce sont ces partenariats sur lesquels on peut s'appuyer pour construire des recherches. Il ne s'agit pas de se substituer aux chercheurs, mais de travailler en complémentarité avec eux.

L'équipe regroupe plusieurs professionnels qui ont des compétences en matière de recherche : docteur en sociologie, en psychosociologie, en biologie/promotion de la santé, et en santé publique. Ils sont ce qu'on appelle des praticiens chercheurs. **Leurs profils leur permettent de construire avec des chercheurs, des problématiques de recherche, cen-**

trés sur des situations concrètes rencontrées par les habitants et les professionnels de la région.

Des liens sont installés, mais il faut maintenant croiser les regards des sciences humaines et sociales, de l'épidémiologie, de la santé publique et de la recherche clinique. En promotion de la santé, il y a une complémentarité à trouver entre ces différents champs.

L'IREPS est déjà investie dans des recherches, on peut en citer deux : **le projet Ébène** (recherche interventionnelle sur la santé buccodentaire avec les patients schizophrènes) et **l'étude Appach** menée auprès de conjoints de personnes atteintes de cancer du côlon, portée par Catherine Lejeune, Inserm U 866, présentés dans ce dossier.

D'autres collaborations très prometteuses sont engagées avec Clémentine Hugol, du laboratoire CIMEOS, qui porte le projet Alims (l'alimentation au cœur du dispositif de soin) .

L'IREPS doit aussi améliorer sa connaissance des acteurs régionaux impliqués dans des recherches, notamment d'universitaires qui interviennent dans la promotion de la santé sans le savoir ! Nous n'avons pas encore une bonne visibilité de la situation régionale, mais c'est une démarche engagée avec l'appui de Sylvie Metge, étudiante de *Master 2 interrégional Grand Est Santé publique et environnement*, dont le mémoire comporte un état des lieux des chercheurs et des acteurs de terrain engagés dans des recherches.

Qu'est-ce que l'IREPS a à gagner et sur quoi chercher ?

L'IREPS a tout à gagner, comme tous les partenaires du pôle de compétences. Pour l'IREPS, c'est démontrer la pertinence des approches et des actions menées, améliorer les pratiques professionnelles de l'équipe et des partenaires.

La recherche doit nous permettre de produire des données. On peut parler bien sûr de données pro-

Dossier

La recherche en promotion de la santé

bantes (« qui ont fait leurs preuves »), mais au delà, **l'objectif est d'obtenir des données valides, de porter un jugement sur l'efficacité et l'efficience des actions...**

L'IREPS a pour mission de **réaliser du transfert de connaissances, du courtage en connaissances, c'est-à-dire de rendre accessibles les informations aux décideurs, aux élus, aux acteurs.** Même si les chercheurs visent de plus en plus l'utilité sociale dans leurs recherches, leurs productions ne sont pas toujours accessibles, en terme de langage, mais aussi en terme d'accès géographique. Pour un élu, un citoyen, accéder à ces données n'est pas si simple. Le centre de ressources documentaires de l'IREPS, avec ses différents produits documentaires est un dispositif extrêmement utile et sollicité.

Les recherches que nous souhaitons actuellement développer portent sur des domaines transversaux comme l'évolution de l'action publique, les systèmes politiques locaux, l'amélioration des pratiques professionnelles, les représentations et les motivations en matière de santé.

On aurait aussi intérêt à travailler sur la démocratie en santé et sur la santé des jeunes. La démocratie en santé est un thème d'actualité, et l'IREPS anime le site internet et la page Facebook *Ma santé en Bourgogne* (CRSA-ARS). On passe progressivement de la démocratie sanitaire à la démocratie en santé. Il serait intéressant d'aller interroger ce qu'est ce concept pour les personnes, comment il est perçu, vécu. Est-ce centré sur des patients dans le dispositif de soins curatifs ou plutôt sur la santé en général? L'enjeu est de **faire progresser l'association des personnes à l'organisation du système de santé en tant que citoyens (« empowerment »).**

Les jeunes sont une préoccupation des politiques régionales, et sont les citoyens de demain. La région dispose du portail internet du projet *Pass Santé Jeunes*, ce serait intéressant de poursuivre l'interrogation amorcée via des focus groupes, sur leurs propres représentations. On construit beaucoup pour eux, il faut aller voir auprès d'eux en quoi ils se sentent concernés par ces dispositifs pour les faire évoluer le cas échéant.

Ces deux thèmes de recherche sont basés sur des dispositifs numériques, ce qui nous incite à étudier et comprendre les usages du numérique en santé, et particulièrement par exemple la distinction faite par les populations entre les dispositifs « grand public », et ceux promus et animés par l'IREPS.

Trois idées pour développer la recherche en promotion de la santé en Bourgogne ?

- **Renforcer les liens** : mieux travailler ensemble impose de mieux se connaître entre professionnels de la recherche et professionnels de « terrain ». Il est indispensable de dépasser des représentations mutuelles probablement très ancrées (du type : « le chercheur tout puissant dans sa tour d'ivoire, le praticien offrant un terrain de jeu pour la recherche »). Cela permettra d'identifier nos compétences respectives. On n'oubliera pas d'associer les usagers aux professionnels et aux chercheurs. C'est un peu à l'image de la 1ère journée du pôle, qui a permis de se mettre au travail autour d'un projet commun. Nous devons désormais répondre ensemble à des projets de recherche.

- **Assurer une veille renforcée sur les appels à projet recherche** : nous disposons déjà d'une veille en routine à l'IREPS, via divers abonnements électroniques... mais nous ne sommes pas encore dans une veille active. Il faut être dans l'anticipation, car quand on reçoit les appels à projet, compte-tenu des délais, il est souvent déjà trop tard pour construire une réponse concertée.

- **Travailler ensemble sur des réponses communes, en proximité.** Ce sera la meilleure manière de se connaître et d'identifier nos compétences réciproques...

Rencontre féconde entre professionnels et chercheurs à la MSH de Dijon

Le 1^{er} décembre 2015, à la Maison des Sciences de l'Homme de Dijon, avait lieu pour la première fois une rencontre entre professionnels et chercheurs sur le thème de la recherche en promotion de la santé. **72 participants et 13 intervenants** ont pu échanger, discuter et éprouver l'intérêt des apports mutuels des uns et des autres lors de cette journée riche et intense en contenu. Aux nombreuses communications se sont ajoutés des ateliers de travail sur la prise en soin, les comportements en santé, la santé et l'environnement ou encore le bien-être et la qualité de vie au travail, favorisant un dialogue constructif entre professionnels et chercheurs. Les enjeux de cette rencontre inédite ont été soulignés dès l'ouverture par M. Alain Morin, Directeur de la Santé Publique de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, appuyé par Mme le Pr. Christine Binquet, Professeur d'épidémiologie à l'Université de Bourgogne et par le Dr Isabelle Millot, directrice de l'IREPS Bourgogne.

La recherche a un rôle primordial à tenir dans l'élaboration, la mise en place et l'évaluation de programmes en Santé Publique. Il est donc souhaitable que les liens entre l'ARS et l'université se resserrent, afin d'ouvrir la santé publique à des champs nouveaux et de travailler sur les pratiques professionnelles. Enfin, la promotion de la santé doit se développer, en favorisant les démarches ascendantes, d'où l'intérêt de journées comme celles-ci qui mettent en valeur une approche de promotion de la santé en proximité et en co-construction avec les professionnels et les chercheurs. La question était donc de **mettre en évidence les apports de la recherche en promotion de la santé et l'intérêt d'aller de la recherche à la pratique.**

Qu'est-ce que la recherche en promotion de la santé ?

Pour définir le cadre épistémologique de cette journée, Édith Salès-Wuillemin, professeur de psychologie sociale à l'université de Bourgogne et Nathalie Ponthier, docteure en sociologie, directrice adjointe

de l'IREPS Bourgogne, ont développé une présentation qui, au-delà d'une explication de la démarche de recherche scientifique générale, précise les enjeux de la recherche en promotion de la santé. **Cette dernière définit la santé comme un concept large, positif et social permettant des bénéfices à long terme pour les individus et pour la collectivité.**

La question de l'utilité sociale du chercheur et de son engagement dans et pour la société civile est donc primordiale, dans le but de faire évoluer l'action publique, d'améliorer les pratiques professionnelles et les représentations en santé des populations. Ainsi, tous les acteurs concernés, élus, décideurs, chercheurs, professionnels mais aussi populations elles-mêmes, ont un intérêt et doivent être associés à la démarche de recherche en promotion de la santé, dans **un esprit de co-construction, avec une volonté et des valeurs partagées, dans une visée d'utilité sociale.**

Un fil rouge tout au long de la journée : la co-construction ou la mise en synergie des compétences des acteurs

Les communications et les ateliers ont mis en relief la nécessité de collaborer, pour les chercheurs, avec les professionnels de santé. Ainsi, Julie Bertrand, doctorante en psychologie à l'Université de Bourgogne, a insisté lors de la présentation de son travail sur la « Conscience et [la] mémoire dans la maladie d'Alzheimer », sur le travail participatif entre chercheurs et milieux professionnels de la santé pour acquérir de nouvelles connaissances et les partager, en direction des professionnels, des patients, des chercheurs, des personnes en formation mais aussi du grand public. Camille Schwartz, chargée de recherches à l'INRA, a abondé lorsqu'elle a expliqué que la structure de

Dossier

La recherche en promotion de la santé

projet HabEat, destiné à mieux **comprendre comment les comportements et les préférences alimentaires** se forment durant les premières années de la vie, notamment autour des légumes, avait pour but de communiquer les résultats au plus grand nombre, de la communauté scientifique aux professionnels de santé, en passant par les parents.



À l'inverse, il est important également que les chercheurs puissent **prendre en compte l'avis et les pratiques du grand public** pour mieux comprendre les freins à l'application de certaines recommandations nutritionnelles issues de ce projet ou pourquoi certaines d'entre elles n'ont que peu d'effets sur les pratiques, par exemple la consommation de légumes, encore inférieure aux recommandations chez les enfants.

Le constat est clair : que ce soit au sujet de « l'efficacité d'un programme de promotion de la santé bucco-dentaire des patients schizophrènes », présenté par Frédéric Denis, chirurgien-dentiste au CH La Chartreuse, des « perceptions et pratiques en matière d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires de Côte-d'Or », exposé par Mathilde Frérot, interne de Santé publique ou encore de la conception d'un « outil de diagnostic de la Qualité de Vie au Travail (QUALTRA) », proposé par Julien Chappé, Maître de conférence en psychologie sociale à l'Université de Bourgogne, **l'idée d'une meilleure prise en charge de la santé, des patients ou d'une amélioration significative du bien-être général de l'ensemble des populations est indissociable d'une coopération étroite entre la recherche et les milieux professionnels.**

Les ateliers de travail réunis l'après-midi ont permis d'appuyer ce constat. S'agissant de l'atelier « prise en soins et accompagnement en santé », plusieurs recherches ont pointé **l'inadéquation actuelle entre les structures d'accueil existantes et l'accompagnement des patients**, notamment pour certains nouveaux « publics », jeunes par exemple. Il est donc nécessaire d'appréhender ce type de population pour mieux l'accompagner ensuite, tout en évaluant l'impact de la mise en place de nouveaux procédés.

Pour cela, il faut élaborer un **langage partagé entre chercheurs et professionnels**, pour se comprendre et faire preuve d'une efficacité accrue. L'ensemble des interventions a démontré l'importance de la collaboration entre chercheurs, professionnels de santé, populations et pouvoirs publics dans la recherche en promotion de la santé. Il est à noter que la santé est entendue ici non pas comme la simple absence de maladie mais comme une ressource de la vie quotidienne.

Finalement, l'un des points essentiels de la recherche en promotion de la santé émerge alors : son efficacité est effective, comme l'a souligné M. le Pr François Alla, de l'Institut de Recherche en Santé Publique, mais il reste de nombreux freins en France à son développement. Pourquoi et comment étendre aujourd'hui la recherche en promotion de la santé ?

De la recherche à la pratique : comment être plus efficace en terme de santé publique ?

Aurélien Pourrez, doctorant en Sciences de l'Information et de la Communication, a démontré l'importance de la communication de l'innovation scientifique dans le contexte médiatique actuel de défiance face aux discours sur la santé. Noyé dans la surabondance informationnelle de discours sanitaires souvent contradictoires, le grand public et parfois même les professionnels de santé ont souvent du mal à distinguer les informations probantes des autres et ensuite à s'y fier, avec par exemple la réticence accrue face aux vaccins. Pourtant, quand les preuves scientifiques sont négligées, comme le souligne François Alla, les conséquences peuvent être dramatiques. Les actions en

Dossier

promotion de la santé doivent donc se fonder sur la recherche et sur des données probantes, dans le but d'améliorer les pratiques, de légitimer son action en tant que professionnel ou structure et de crédibiliser la prise de parole sur les questions de santé. Lors de son intervention, le Pr. Alla met en avant une vision globale de la Santé publique dans laquelle la recherche en promotion de la santé est primordiale, puisque **les données scientifiques, les preuves, ont vocation à servir d'aide au choix aux décideurs (OMS, 2004)**, afin d'être plus efficaces et de mieux utiliser les fonds publics.

La démarche probante intervient à trois niveaux : c'est une **science des problèmes**, qui vise à savoir sur quels déterminants agir pour prévenir les problèmes de santé publique ; c'est ensuite une **science des solutions**, avec une dimension évaluative pour mettre en place des leviers d'intervention efficaces; enfin, c'est une **science des moyens**, dans le sens où elle doit comprendre quelles modalités fonctionnent et comment, pour faire preuve d'efficacité.

L'existence de données probantes n'est pourtant pas la garantie qu'elles seront utilisées par les décideurs lors de leur prise de décision. En effet, d'autres facteurs interviennent, que ce soient la représentation des problèmes, le contexte ou encore le coût. En France, le Pr. François Alla souligne justement que la preuve est peu utilisée par les acteurs et décideurs en matière de santé, à cause de barrières culturelles ou institutionnelles, de difficultés de compréhension des preuves (rédigées à 90% en anglais) et de la déconnexion entre recherche et pratiques, qui font que les résultats de certaines recherches sont intransférables sur le terrain.



C'est pourquoi une journée comme celle-ci, consacrée à une approche interactive de transfert de connaissances entre professionnels et chercheurs, est hautement instructive de part et d'autre et peut permettre, par le dialogue et l'échange de **reconnecter la recherche avec les pratiques de terrain et d'améliorer celles-ci** à partir de la production de données probantes plus aisément transférables.

Rendez-vous l'année prochaine

La restitution des ateliers en fin de journée a finalement permis de constater le succès de cette rencontre, tout comme les nombreuses questions posées tout au long des communications et des ateliers, démontrant le besoin d'échanges accrus et d'apports mutuels renforcés entre chercheurs et professionnels, dans une visée commune d'amélioration de la santé publique par une démarche de promotion de la santé plus opérante.

Une enquête menée par des étudiants en psychologie, sous la direction du Pr Édith Salès-Wuillemin, tout au long de la journée, par des questionnaires distribués aux participants sur les représentations de la recherche en promotion de la santé, a donné des premiers résultats éclairants: alors que les mots les plus utilisés étaient le matin «promotion», «avenir» et «prévention», l'après-midi, ce sont la « **co-construction** », les « **données probantes** », le « **transfert de connaissances** » ou encore « **l'échange** » qui sont ressortis. Bien sûr, ces résultats ne sont que partiels, mais ils démontrent l'intérêt et l'utilité de cette journée qui, chacun en a convenu, en appelle d'autres à l'avenir pour continuer à renouveler, en partenariat actif avec les professionnels, la recherche en promotion de la santé.

Rendez-vous est donc pris, comme l'ont souligné Isabelle Millot et Nathalie Ponthier, respectivement directrice et directrice adjointe de l'IREPS Bourgogne, en 2016 pour donner une suite à ces fructueux échanges !

Hélène BURZALA-ORY

*Doctorante en Sciences de l'Information
et de la Communication, Université de Bourgogne
Laboratoire CIMEOS (EA 4177), équipe 3S*

Dossier

La recherche en promotion de la santé

La recherche en promotion de la santé, quelle représentation ?

Le 1er Décembre 2015 a eu lieu à l'Université de Bourgogne, une journée d'étude sur la « Démarche de Recherche en promotion de la santé : rencontre entre professionnels et chercheurs ». Cette journée était organisée dans le cadre du Pôle Régional de Compétences en Éducation et Promotion de la santé, en partenariat avec différents laboratoires ou centres de recherche de l'Université (SPMS, CIMEOS, LNC). Était présent un public varié (enseignants-chercheurs, médecins, infirmiers, cadres de santé, formateurs, chargés d'étude, consultants, éducateurs spécialisés, etc.).

Lors de la mise en place de cette journée, s'est posée la question de l'impact d'une telle manifestation, sur les représentations que les participants ont de la recherche en promotion de la santé. Quelles significations associent-ils à cet objet ? Cette signification peut-elle évoluer après cette journée d'information et de rencontre entre chercheurs et professionnels ? Ce travail de mesure d'impact a été réalisé sous ma responsabilité par un groupe de cinq étudiants en troisième année de Licence de psychologie¹ encadrés par un de mes doctorants². Je les remercie ici vivement pour le travail qu'ils ont accompli.



1 - Par ordre alphabétique : Cassandra Bouiller, Julien Delahais, Emilie Limbardet, Marianna Pruneanu, Jean Trottmann
2 - Boris Obama

Les représentations sociales et les représentations professionnelles

Les **Représentations Sociales (RS)** sont des connaissances de sens commun. Elles sont **construites par les groupes sociaux à propos d'objets qui deviennent saillants dans la réalité sociale**. Elles permettent d'attribuer une signification particulière à ces objets (cf. Jodelet, 1989 ; Moscovici, 1984 ...).

Les **Représentations Professionnelles (RP)** constituent un sous-ensemble des RS. Elles sont plus spécifiques et **correspondent à des savoirs de spécialité issus de la formation et de l'expérience**. Elles sont portées par des professionnels à propos d'objets dans leur réalité de travail, comme par exemple, l'hygiène chez les personnels hospitaliers (Salès-Wuillemin, Morlot, Masse, Kohler, 2009).

Les significations associées correspondent à des connaissances (ex. l'hygiène c'est de la propreté), des pratiques (ex. faire de l'hygiène c'est suivre des protocoles), mais aussi des principes et valeurs (ex. l'hygiène c'est fondamental pour le respect du patient).

Toute représentation, qu'elle soit sociale ou professionnelle, est structurée autour d'un noyau de connaissances (cognitions centrales) fortement structuré et hautement partagé par le groupe (Abric, 2002).

Nous avons montré (Salès-Wuillemin, Morlot, Fontaine, 2011) que la représentation de l'hygiène évoque propreté pour tous les professionnels mais le reste du noyau central diffère entre les médecins hygiénistes (*lavage des mains, isolement*), les cadres de santé (*lavage des mains, isolement, protocole, sécurité, désinfection*), les infirmiers (*lavage des mains, aseptie, isolement*) ou les aides-soignants (*lavage des mains, nettoyage, toilette*).

Dossier

Les RS et les RP sont susceptibles d'évoluer, lorsque les individus sont exposés à des informations nouvelles ou conduits à changer leurs pratiques (Salès-Wuillemin et al. Op. cit.).

Méthode de recueil

Pour mesurer l'éventuelle évolution de la RP nous avons effectué deux recueils. Le premier a eu lieu le matin, avant que les participants n'assistent aux premières conférences. Le deuxième, identique au premier, a été réalisé au début de l'après-midi.

Le questionnaire

Le questionnaire se présentait sur une page (recto simple), il était auto-administré. La durée moyenne de remplissage était de 8 minutes. Il était introduit par une présentation rapide des objectifs poursuivis. Une question d'associations verbales (question d'évocation) utilisant pour inducteur « La recherche en promotion de la santé » a permis de mesurer la RP.

Les participants étaient invités à noter (dans l'ordre) les mots et expressions qui leur venaient à l'esprit à propos de l'inducteur.

Analyse des données

Les mots induits issus des questionnaires analysés (55 questionnaires en phase 1 et, 37 en phase 2) ont été traités grâce à une analyse prototypique. Cette analyse permet de repérer les cognitions qui occupent une position centrale en croisant la fréquence avec laquelle ces mots ont été cités (en %) et leur rang d'évocation. On retient les mots les plus fréquemment cités avec un rang d'évocation faible (Bonnet, Roussiau & Vergès, 2002).

Résultats

Les participants ont produit 125 mots différents en phase 1 contre 62 mots en phase 2. L'effectif des participants est moins important, mais le resserrement de la RS après formation est conforme à nos résultats antérieurs (Salès-Wuillemin et al. 2011).

En appliquant la loi binomiale (Salès-Wuillemin et al. op. cit.) 4 cognitions apparaissent comme occupant une place centrale en phase 1, et 2 en phase 2.

Tableau 1 : Représentations Sociales des participants en phase 1 (début de la journée d'étude)

Cognitions	Fc. de citation (%)	Rg moyen de citation
Prévention	14,5	2,1
Avenir	9,09	1,6
Éducation	7,27	1,5
Amélioration	7,27	1,7

Tableau 2 : Représentations Sociales des participants en phase 2 (début d'après-midi)

Cognitions	Fc. de citation (%)	Rg moyen de citation
Données probantes	8.11	2
Co-construction	8.1	2.5

L'analyse doit rester prudente en raison du faible effectif. Il est néanmoins possible d'avancer qu'en phase 1 **le réseau de significations est centré sur la prévention (objet mieux connu des participants) et l'éducation des patients pour une amélioration des comportements de santé.**

Le processus de comparaison entre un objet nouveau et un objet connu dans l'élaboration d'une représentation est conforme à la littérature (Moscovici, op. cit.).

La représentation des participants au début d'après-midi, se centre plus sur l'objet de la journée d'étude : **les don-**

Dossier

La recherche en promotion de la santé

nées probantes issues de la recherche, la co-construction, le partage et le transfert des connaissances, qui sont au cœur de la promotion de la santé.

En conclusion

Bien que modeste, l'analyse réalisée met en évidence une évolution de la représentation des participants, et ce alors que seulement quelques heures se sont écoulées entre les deux mesures.

La recherche en promotion de la santé n'est pas vue simplement comme une étape de la mise en œuvre d'une action de prévention, mais également comme une **co-construction pour aboutir à une démarche systémique englobant différents partenaires**. Cette représentation est conforme au « message » que souhaitent faire passer les organisateurs de cette journée.

Références

- Abric, J.C. (2002). L'approche structurale des représentations sociales : développements récents, *Psychologie et Société*, 4, 81-103.

- Bonnac, Y., Roussiau, N., & Vergès, P. (2002). Categorical and prototypical analysis : a study of quality process in hospital institutions. *European Review of Applied Psychology*, 52, 3-4, 213-220.

- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Salès-Wuillemin, E., Morlot, R., Masse, L. Kohler, C. (2009) La représentation sociale de l'hygiène chez les professionnels de santé : Intérêt du recueil par entretien et de l'analyse discursive des opérateurs de liaison issus du modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB), *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 81, 43-72.

- Salès-Wuillemin, E., Morlot, R., Talon, D., Minary-Dohen, P. (2011) Evolution of Nurses' Social Representation of hospital Hygiene : from training to practice, *European Review of Applied Psychology*, 61, 51-63

- Salès-Wuillemin E., Morlot, R., Fontaine, A., & Talon, D. (2011). Effects of Healthcare workers' perception of hygiene on hand hygiene practices, in : L.V. Berhardt, *Advances in Medicine and Biology* (pp. 534-553), vol. 45, chp. IV, Nova Sciences Publishers.

Pr. Dr. Edith SALÈS-WUILLEMIN

*Professeure de psychologie sociale
et psychologie du travail,
Université de Bourgogne,
Laboratoire SPMS (EA4180)*



Rôle des conjoints dans le soutien des personnes traitées par chimiothérapie pour un cancer colique : le travail du prendre soin

La recherche menée s'intéresse aux conjoint(e)s des personnes atteintes d'un cancer du côlon. Elle a pour objectif de créer un questionnaire permettant d'évaluer les compétences mobilisées dans le cadre du prendre soin au travers des ressources utilisées par l'aidant (le conjoint) dans les situations de la vie quotidienne. L'étude se décline en 4 phases : 1/réalisation d'entretiens. 2/génération d'une base d'items (questions constituant le questionnaire). 3/re-formulation et réduction du nombre d'items. 4/validation psychométrique préliminaire. L'article s'intéresse ici aux phases 1 et 2.

Un engagement dans le prendre soin pour le conjoint de la personne malade

Parmi les proches susceptibles d'apporter une aide informelle aux personnes atteintes d'un cancer, les conjoint(e)s, en raison des liens qui les unissent à la personne malade et parce qu'ils (elles) partagent leur vie quotidienne, sont les plus confronté(e)s à la maladie. Ils (elles) sont également, majoritairement désigné(e)s comme étant l'aidant principal. Les trajectoires de vie des conjoints de personnes atteintes d'un cancer colique sont bousculées par l'arrivée de la maladie. Le traitement par chimiothérapie adjuvante ou palliative dans le cadre d'un cancer, comme celui du côlon va **impacter l'autonomie de la personne malade et demander une intervention quotidienne du (de la) conjoint(e), dans les différents domaines de la vie.**

Les temps sociaux du conjoint vont suivre la trajectoire du cancer de la personne. Le conjoint va être amené à opérer des réajustements des différents espaces temps qui structurent sa vie quotidienne (vie professionnelle, domestique, personnelle, parentale, familiale, ...) pour s'adapter à ce nouveau contexte de vie. Il va **s'engager dans le prendre soin de la**

personne malade, cette bifurcation dans un travail de prendre soin demande alors de développer, renforcer ou construire des compétences.

Une équipe pluridisciplinaire pour la mise en œuvre d'une démarche qualitative

L'étude se situe dans une perspective compréhensive et descriptive. Des réunions de l'équipe de travail associant économiste, sociologues, méthodologistes de la qualité de vie, médecins et infirmière ont permis la réalisation d'une trame structurante pour les entretiens. Les entretiens ont été menés auprès de 20 conjoints, pour 65 % des femmes, de 45 à 78 ans (âge moyen 59 ans). Ces entretiens réalisés à mi chemin des cures de chimiothérapie (soit environ 3 mois après le début des cures) reposent sur les récits de vie des conjoints.

Le récit de vie vise à étudier un fragment d'une réalité sociale, c'est-à-dire mettre l'accent sur les configurations de rapports sociaux, de mécanismes, de processus et de logiques d'action qui caractérisent la situation des conjoint(e)s à leur place/fonction d'aidants informels, au sein d'un couple dont l'un des partenaires est atteint d'une maladie cancéreuse. Prenant la forme d'un entretien compréhensif, il permet d'**accéder aux significations que le sujet accorde rétrospectivement à son histoire vécue.** L'analyse (thématique, biographique et compréhensive) permet de comprendre sous quelles formes l'état d'aidant se présente dans le récit de vie. Il est ainsi possible d'identifier les ruptures/bifurcations dans les projets et l'organisation de la vie quotidienne de l'aidant suite à l'apparition de la maladie.

Une analyse thématique des entretiens a été réalisée au regard de 5 dimensions de la charge objective (*concept initialement mobilisé dans l'étude*).

Dossier

La recherche en promotion de la santé

Charge affective/émotionnelle : « Le premier rôle, c'est de positiver. Lui remonter un peu le moral. Et il faut essayer de vous positiver aussi et ça ce n'est pas évident ». « Ce n'est pas que ce soit tabou mais j'évite de lui en parler pour ne pas lui faire du souci en plus, pour le protéger » ; « J'ai clairement envisagé, enfin je ne lui ai pas dit bien sûr, mais j'ai envisagé aussi sa disparition. Voilà, il faut être réaliste aussi ».

Charge domestique : « Je fais tout. Je vais faire les courses, je prépare à manger. Je lui amène devant la télé, je débarrasse, je fais le lave vaisselle, je lui prépare le café...Après on s'assoupit un peu et c'est le plus dur de redémarrer, il faut re préparer à manger pour le soir. » « Il faut que je rentre vite, faire à manger. La différence, c'est quand il travaillait il rentrait toujours tard tandis que là, quand j'arrive, lui il a faim. »

Charge sociale : « Notre vie a plutôt changé par rapport aux choses que l'on peut prévoir. Là on ne prévoit plus rien quand il est dans la semaine de chimio ». « Pour Noël, on ne prévoit rien du tout. On va s'adapter. Si on peut se faire un petit repas, on le fera. Si on ne peut pas le faire, alors on ne fera rien. Il y a des choses plus graves que les fêtes de fin d'année. On fera quand même le sapin parce que c'est Noël. »

Charge liée aux soins : « Je surveille qu'il prenne bien ses traitements. Quand je mets la table, je lui pose dans l'assiette pour ne pas qu'il oublie ». « En sortant de la chimio, elle ne pouvait plus respirer. Je me suis senti vraiment impuissant. Elle avait l'impression d'étouffer. Je ne savais pas quoi faire et j'avais vraiment l'impression qu'elle allait mourir. » « Je mets de l'ail, du persil parce que je sais que c'est très bon pour la santé. Je vais avoir tendance à privilégier les fruits non traités. Maintenant les compotes de pommes, je les fais maison, sans conservateur, c'est plus sain. »

Charge financière : « On a investi dans un WC portatif » « J'ai investi dans la machine à pain pour sortir le gluten de notre alimentation » « J'essaye de prendre des produits frais, du coin. Des bons fromages. C'est sûr que ce n'est pas le même prix mais je veux qu'il mange bien, sainement ». « Des achats pour le bien-être. Des choses homéopathiques et de la sophrologie. Il y a aussi les huiles essentielles. Elle prend ça aussi. Ce n'est pas un gros budget mais c'est dans le budget. »

Du concept de charge objective au concept de compétences

Le cadre conceptuel envisagé initialement a été celui de charge objective. Une réorientation a été faite vers celui de compétences lors de l'analyse des entretiens. *La compétence correspond à la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources pertinentes permettant la maîtrise de la situation* (Joannert et al., 2005).

Ces ressources sont multiples ; elles peuvent être des **connaissances générales** (concepts, savoirs disciplinaires, ...) ; **des connaissances spécifiques à l'environnement** (culture organisationnelle, codes sociaux, règles, ...) ; **des connaissances procédurales** (procédures, méthodes, ...) ; **des connaissances et savoir-faire expérimentiels ; des aptitudes et qualités**, ... La question posée dans cette étude est donc celle des ressources nécessaires au travail du conjoint dans le cadre du prendre soin.

Des compétences ont été identifiées dans 4 dimensions :

- DIMENSION SOCIALE

Compétence 1 = communiquer autour de la maladie et de son traitement

Compétence 2 = modifier/adapter son organisation personnelle et professionnelle

- DIMENSION SANTÉ

Compétence 1 = prendre soin du bien-être corporel du conjoint malade

Compétence 2 = savoir gérer la prise en charge du conjoint malade

- DIMENSION DOMESTIQUE

Compétence 1 = gérer les travaux domestiques

Compétence 2 = gérer les tâches administratives

Compétence 3 = organiser les espaces et les rythmes de vie

Compétence 4 = gérer l'alimentation du conjoint malade

Dossier

- DIMENSION ÉMOTIONNELLE ET BIEN-ÊTRE

Compétence 1 = soutenir moralement et être positif

Compétence 2 = préserver

Compétence 3 = stimuler

Compétence 4 = faire face à ses émotions

Compétence 5 = préserver son bien-être

Une banque d'items est en cours de réalisation. À partir de la retranscription intégrale des entretiens, il s'agit de construire des affirmations permettant d'identifier la compétence de l'aidant (le conjoint de la personne malade) et les ressources mobilisables. Cette base d'environ 150 items découlant des entretiens sera ensuite proposée à des groupes de conjoints à l'occasion de focus groupes afin d'en vérifier la pertinence et d'effectuer les réajustements nécessaires.

Conclusion

Si la finalité de l'étude est de développer un questionnaire spécifique pour rendre compte du retentissement de la maladie cancéreuse des personnes malades sur leurs conjoint(e)s, cette recherche, par la réalisation des entretiens va également permettre de mieux **comprendre les parcours de vie des**

conjoint(e)s et d'identifier les retentissements de la maladie. Cela permettra également de sensibiliser davantage à l'ampleur de l'implication des conjoint(e)s dans la maladie. Les professionnels de santé pourront alors être plus à même de les orienter, si nécessaire, vers les aides existantes en fonction des domaines de la vie quotidienne les plus touchés et ainsi faire évoluer leurs pratiques.

Catherine LEJEUNE

*Maître de Conférences en Economie de la Santé,
UFR des Sciences de Santé - Université de Bourgogne,*

Nathalie PONTIER

*Docteure en sociologie
Directrice adjointe Ireps Bourgogne*

Nicolas MEUNIER-BEILLARD

*Doctorant en sociologie,
Centre Georges Chevrier UMR CNRS 7366*

ETUDE APPACH

Rôle des aidants dans le soutien des personnes traitées par chimiothérapie pour un cancer colique

Responsable du projet : Dr Catherine Lejeune (Maître de Conférences en Economie de la Santé, UFR des Sciences de Santé Université de Bourgogne, UFR des Sciences de Santé - Université de Bourgogne ; Equipe Inserm EPICAD « Epidémiologie et Recherche clinique en cancérologie digestive, CRI Inserm UMR U866 "Lipides, Nutrition, Cancer" ; Centre d'Investigation Clinique-Epidémiologie Clinique/Essais Cliniques (Inserm CIC 1432) CHU Dijon)

Financements

Université de Bourgogne (Bonus Quality Research) ; Malakoff Médéric ; Labex LipSTIC ; Ligue interrégionale contre le Cancer

Une **équipe de travail** animée par Catherine Lejeune :

- Dr Roméo Fontaine (Maître de Conférences en Economie de la Santé - LEDi, UMR 6307 CNRS - Inserm U1200),
- Dr Nathalie Ponthier (Sociologue - IREPS Dijon),
- Dr Hervé Devilliers (Equipe Inserm EPICAD «Epidémiologie et Recherche clinique en cancérologie digestive, CRI Inserm UMR U866 "Lipides, Nutrition, Cancer" ; Centre d'Investigation Clinique-Epidémiologie Clinique/Essais Cliniques (Inserm CIC 1432), CHU Dijon
- Pr Claire Bonithon-Kopp (Equipe Inserm EPICAD «Epidémiologie et Recherche clinique en cancérologie digestive, CRI Inserm UMR U866 "Lipides, Nutrition, Cancer" ; Centre d'Investigation Clinique-Epidémiologie Clinique/Essais Cliniques (Inserm CIC 1432) CHU Dijon)
- Dr Alice Gagnaire (Praticien Hospitalier, service Hépatogastro-Entérologie, CHU Dijon)
- Mme Gisèle Ambrosioni (Infirmière de coordination, service d'Hépatogastro-Entérologie, CHU Dijon),
- Dr Valérie Quipourt (Oncogériatre, Unité de Coordination en Oncogériatrie Bourgogne, Hôpital de Jour Gériatrique Champmaillot, CHU Dijon).
- Nicolas Meunier-Beillard (doctorant en sociologie, Centre Georges Chevrier UMR CNRS 7366)

Le projet Ebène

Efficacité d'un programme de promotion de la santé buccodentaire des patients schizophrènes : une collaboration patients - chercheurs - professionnels de santé



Une équipe de recherche pluridisciplinaire composée de chirurgiens-dentistes, psychiatres, psychologues, méthodologistes, médecins de santé publique, infirmiers, représentants de familles et de patients

est financée pour évaluer l'efficacité d'un programme de promotion de la santé bucco-dentaire des patients schizophrènes, dans le cadre d'un appel à projet hospitalier de recherche clinique interrégional.

Cette équipe se compose de membres du Centre Hospitalier la Chartreuse à Dijon qui coordonne l'étude, du CHU de Dijon qui en assure la promotion, de l'IREPS de Bourgogne qui apporte son expertise en promotion de la santé, mais aussi des patients et de leurs aidants qui sont les principaux concernés.

La recherche interventionnelle va se dérouler sur une période d'un an auprès de 230 patients répartis dans 6 régions différentes (Bourgogne, Alsace, Franche-Comté, Limousin, Lorraine et Rhône-Alpes).

Pourquoi une étude interventionnelle sur la santé buccodentaire en psychiatrie ?

Les patients schizophrènes sont exposés à une surmortalité et une surmorbidité par rapport à la population générale. Leur santé buccodentaire est très dégradée, en lien avec les effets des traitements médicamenteux (diabète, obésité, sécheresse de la bouche...) et des comportements hygiéno-diététiques défavorables (alimentation riche en sucres, tabagisme, brossage dentaire insuffisant...).

En France, il existe peu de programmes de prévention en santé ou de prise en charge des troubles somatiques en milieu psychiatrique.

De plus, la prévention et l'entraînement aux techniques d'hygiène buccodentaire en sont souvent exclus. Lorsqu'il existe un chirurgien-dentiste, son temps de présence est souvent limité à quelques vacations, réservant la prise en charge à des soins urgents et radicaux comme les extractions.

Pourtant les capacités d'apprentissage de ces populations sont réelles. Plusieurs études ont montré l'**efficacité des principes « d'entraînement des compétences sociales »** dans l'amélioration de l'observance aux traitements, mais aussi dans les habiletés au travail, le fonctionnement social des patients schizophrènes.



Dossier

Cette recherche interventionnelle a pour hypothèse qu'**un programme de promotion de la santé bucco-dentaire adapté permettra d'améliorer les indices de santé buccodentaire**. L'efficacité sera évaluée à 6 et 12 mois. On mesurera l'évolution d'un indice parodontal, la qualité de vie, la capacité des patients à suivre le programme et l'adhésion des professionnels.

-> Cette étude peut permettre d'aboutir immédiatement ou à court terme à une modification des pratiques et de la prise en charge des patients. Par ailleurs le développement de ce type de projet dans des établissements fréquentés par des patients à besoins spécifiques a toujours un effet positif et encourageant pour l'équipe soignante car il y a une prise de conscience à l'égard de l'importance de la qualité de la santé orale sur la santé générale et sur la qualité de vie.



Un protocole adapté aux exigences de la recherche clinique hospitalière

La méthodologie de l'étude est un **essai d'intervention**, randomisé en cluster, réalisé en ouvert dans 12 établissements (CHU, CHS, CH). Ce type d'essai est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'évaluation des essais d'interventions visant

à améliorer les pratiques. Une étape préliminaire à cette étude a consisté à construire le contenu des séances d'éducation pour et avec les patients souffrant de schizophrénie, en fonction de leurs représentations sociales et de celles des professionnels de santé (infirmiers, cadres de santé).

À l'aide de focus groupes, les personnes interrogées ont pu exprimer leurs idées, leurs connaissances, leurs sentiments et leurs attentes associés au thème de la santé orale.

Au total le programme se déroulera sur une période d'un mois et demi et une première évaluation clinique sera réalisée au bout de 3 mois, une seconde à 6 mois et une dernière à un an.

Sur un plan méthodologique, la randomisation sera collective c'est-à-dire au niveau des établissements et non des patients pour éviter un biais de contamination entre les individus d'un même établissement. Les établissements seront randomisés soit dans le groupe intervention soit dans le groupe témoin (simple surveillance).

Un programme d'éducation μ co-construit avec des usagers

À la surprise des professionnels, les connaissances des patients sont importantes. Un des principaux aspects mis en avant par la contribution des patients est la nécessité d'une aide motivationnelle basée sur l'amélioration de l'estime de soi. Ils expriment que les troubles de la santé orale sont en lien avec de nombreux problèmes de santé et considèrent qu'une approche pluridisciplinaire est indispensable à l'éducation pour la santé du patient schizophrène.

Les représentations de la santé orale propres aux patients schizophrènes :

- Il existe une **appréhension de la visite chez le dentiste** qu'il convient de démystifier pour favoriser l'accès à cette consultation de façon préventive et pas uniquement curative et/ou en urgence.
- Les **ressources cognitives sont importantes dans le domaine de la santé bucco-dentaire**, l'information dans ce domaine sera brève.

Dossier

La recherche en promotion de la santé

Les comportements sociaux vis-à-vis de la santé orale :

- Le **déficit motivationnel doit être stimulé positivement par des notions visant l'amélioration de la qualité de vie** (l'hygiène alimentaire, l'image et l'estime de soi, l'insertion sociale...). Ce déficit de motivation est lié à l'état psychique du patient « *Quand on va mieux, on prend plus soin de soi* ».
- **L'approche coercitive ou infantilisante est largement rejetée** « *C'est raser que l'on nous raconte toujours la même chose* ».

Les patients mettent en avant leur pouvoir de décisions et l'autonomisation dans la gestion de leurs soins. Il est donc important de trouver les limites de l'accompagnement du patient dans le cadre d'un programme de soins « *Encore une blouse blanche...* ».

Le choix des outils éducatifs a été unanime par les membres du groupe de travail :

- Un film montrant le cabinet dentaire et son environnement sous un axe positif et agréable ;
- Des supports visuels de promotion de la santé orale en rapport avec le bien-être ;
- Un carnet de bord permettant le suivi des activités initiées au cours du programme, l'évolution des représentations et l'évaluation de la fréquence du brossage.

Trois séances d'éducation à la santé d'une durée de 45 mn seront co-animées par un professionnel de l'IREPS et un soignant référent de l'établissement :

- Une séance sur les ressources motivationnelles pour l'amélioration de l'estime de soi ;
- Une séance sur la démystification du cabinet dentaire et l'importance d'un suivi régulier ;
- Une séance sur les déterminants de la santé orale (tabac, alimentation...) et les effets secondaires des traitements.

Un délai d'une à deux semaines sera respecté entre chaque séance. **Le mode éducatif sera à la fois cognitif et socioconstructiviste, les conceptions initiales du patient de la santé orale étant au cœur du processus d'apprentissage.**

Une évaluation rigoureuse

Le critère de jugement principal de l'étude est un indice d'évaluation de la maladie parodontale. C'est une maladie infectieuse qui touche les tissus de soutien de la dent (os, gencive, cément et ligament parodontal). Elle est la 1^e cause de perte des dents. Le traitement de base est une bonne hygiène bucco-dentaire. Le Community Periodontal Index (CPI) est un indice sensible aux modifications des habitudes d'hygiène bucco-dentaire, c'est également l'indice de référence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

D'autres paramètres seront évalués comme la qualité de vie ou la qualité de la santé orale, l'intégration du programme dans le projet de soins de l'établissement et l'adhésion des soignants dans la mise en œuvre d'un tel programme.



Une approche globale : de la santé orale à la santé en général

Jusqu'à présent les recherches se sont focalisées sur les possibles répercussions des désordres bucco-dentaires sur la santé des individus et sur les manifestations des maladies générales dans la sphère orale. L'existence d'une relation entre désordres

Dossier

métaboliques (syndrome métabolique) et déficits bucco-dentaires s'est imposée progressivement ces dix dernières années avec d'une part l'évolution des connaissances sur la physiopathologie du syndrome, de ses conséquences cellulaires et tissulaires, et d'autre part, avec le constat que certaines maladies infectieuses de la sphère orale comme la maladie parodontale avaient déjà été associées à chacun des composants du syndrome métabolique.

Par exemple, une relation à double sens entre diabète et maladie parodontale n'est plus à démontrer. La fragilité immunitaire et vasculaire induite par le diabète favorise la progression de la maladie parodontale. A l'inverse une maladie parodontale (inflammation chronique) non traitée rend difficile l'équilibration de la glycémie chez un diabétique. De même, il existe un lien entre l'augmentation du risque cardio-vasculaire ischémique et la présence de la maladie parodontale.

Pour conclure

Si un programme d'entraînement aux techniques d'hygiène bucco-dentaire et plus largement de promotion des facteurs favorisant une bonne santé orale montre son efficacité, **cette recherche interventionnelle constituera une étape dans le changement des pratiques professionnelles et dans l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques psychiatriques, véritable enjeu de santé publique.**

L'association, dans le cadre de ce projet, d'odontologues, de somaticiens, de psychiatres et de spécialistes de l'éducation thérapeutique et de la promo-

tion de la santé (IREPS) mais aussi de patients et de représentants des familles ou des aidants constitue un point fort et original permettant le rapprochement des savoirs sur le psychisme et le somatique, le dentaire et le médical au profit d'une approche globale du patient. Les patients peuvent contribuer activement et efficacement à ces efforts, c'est un pas supplémentaire vers l'autonomisation et la réinsertion sociale.

Frédéric DENIS

Chirurgien dentiste, investigateur coordinateur de l'étude EBENE

IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) :

Isabelle MILLOT, Audrey PETEUIL, Émilie TRIEST

CH la Chartreuse (Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et santé mentale) :

Laurence CHAULET-PORTAL, Jessica MASSENOT, Malika MOULLAN, Corinne RAT, Matthieu REYNAUD, Benoit TERRILLON

CHU (Centre hospitalier universitaire) de Dijon, unité de recherche clinique

Agnès SOUDRY-FAURE, Nicolas ABELLO,

Usagers / aidants

Aurélien FERRARI, Patrice RENARD, JELIC Nathalie, Danielle DEBONO



Dossier

La recherche en promotion de la santé

Lire et accompagner le vieillissement à travers une histoire !

Le parti pris d'aborder le vieillissement à la fois dans une perspective individuelle et une approche structuraliste, résultant ainsi de la combinaison de facteurs collectifs et individuels, permet un regard sur des processus transversaux et multiples et la prise en compte du rôle des Autres, du collectif, de la société et de ses acteurs, dans la construction de ce vieillissement.

La main d'une personne couchant son histoire sur le papier, pourrait par exemple décrire les événements selon ces termes :

« Je suis né au début du siècle dernier, avant la 2nde guerre. Mon père travaillait, ma mère s'occupait de mes frères et sœurs, de la maison, puis de mes grands-parents. Elle a repris un travail lorsque ma petite sœur a eu 10 ans. J'allais à l'école à pied, en rentrant je goûtais et faisais mes devoirs. Nous habitons dans un logement pour lequel mes parents ont longtemps économisé. Enfant, je vivais près de la maison de mes grands-parents. Ils me racontaient et j'aimais écouter l'histoire de leur vie rude, ils étaient comme des sages qui me faisaient aussi un peu peur. Ma vie a été rythmée par l'école, le travail, la retraite. Nous, les vieux d'aujourd'hui, avons arrêté de travailler à 60 ans, et certains ont quitté leur emploi avant. J'ai vu l'arrivée du téléphone automatique (1912-79), de la télévision (30-40), les congés payés (36), la guerre, le système de retraite (45), le plein emploi, les HLM (60's), l'ordinateur, internet... »

Ces premiers éléments soulignent différentes notions :

- La **toile des événements extérieurs** accompagnant la jeunesse de personnes âgées, a non seulement accueilli des événements dramatiques qui ont pu avoir des impacts familiaux, tel que le décès de proches, mais aussi des conditions de vie plus rudes.
- Les **liens intergénérationnels** étaient plus proches, la place des personnes âgées, leurs attitudes et comportements dans les familles a vraisemblablement évolué.
- Ces personnes âgées ont connu des **progrès sociaux, historiques et sans précédent**. Elles ont bénéficié d'une protection sociale forte, de conditions d'emploi fastes tout comme l'ont été leurs conditions de retraite. La plupart d'entre elles

a suivi un schéma linéaire de temps organisés par la société qui jusque-là se déroulaient selon des modes exclusifs : après la formation de l'école, le temps de l'emploi suivi par celui de la « retraite ». Cette linéarité aura sans doute évolué lorsque les personnes âgées compteront celles qui ont traversé les différentes crises économiques.

- Les **innovations** qui ont jalonné ces décennies, notamment en matière de communications ont été denses et nécessitent de fortes capacités d'adaptation.



« La plupart d'entre nous vit dans un logement personnel ; dans certains territoires tous les vieux que je connais en sont propriétaires. Avant d'être vieux, je suis homme, femme, enfant, frère, sœur, conjoint, parent, professionnel, voisin, habitant d'un territoire. J'ai construit, au fil du temps, des relations avec des personnes des différentes dimensions de ma vie.

Dans les années 70, on nous nommait «le 3^e âge», plus tard on m'a appelé un « senior »(90), puis le terme de « 4^e âge » est apparu. On m'a parlé de dépendance, perte d'autonomie, PSD et APA. Certains écrivent qu'on est vieux à 65 ans, d'autres à 75, moi c'est à 80 que je le suis devenu. Dans les magazines, mon corps est représenté de moins en moins marqué, on parle beaucoup de mes relations avec mes petits-enfants alors qu'avant, j'étais d'abord une « mamy gâteau » ou un grand-père qui racontait des histoires. Ma revue « Notre temps » écrit désormais sur la recherche d'un accomplissement de soi aux âges avancés.

Aujourd'hui nous sommes aussi nombreux que les jeunes de moins de 25 ans, nous avons la chance de vivre plus longtemps. Mais je sens bien que je suis une charge, pour mes enfants qui s'inquiètent, pour la société qui tâche de répondre à nos besoins mais doit en assumer le poids financier. »

Dossier

Cette partie décrit l'ensemble des rôles que les individus occupent ; évoluant en même temps que les événements, par exemple un mariage, une séparation ou un décès, un changement professionnel, un déménagement.

Certains définissent l'identité profonde et sont entourés de comportements et normes culturelles : c'est le cas pour le genre par exemple, d'autres restent présents selon la mobilisation que l'individu en fait dans le déroulé de sa vie et de ses activités, par exemple être militant écologiste, tailleur de pierre, conducteur de train ou médecin. Ainsi réduire les individus au libellé « **personnes âgées** » peut être ressenti comme une « **amputation** » ; celle d'une partie de l'identité qui ne peut se résumer à une barrière d'âge et ses « **symptômes associés** ».

Pour compléter ce bref aparté sur la notion d'identité et de rôles¹, reprenons les termes utilisés pour viser ces personnes âgées : à chacun sont associés des représentations, des évolutions culturelles, parfois même des dispositifs. « **Senior** » parle de personnes dont on dira « pudiquement » qu'elles ont un « **certain âge** », conservent leur dynamisme, leur pouvoir d'achat. Les « **3^e ou 4^e** » évoquent le « **grand âge** », la fin de la vie et sa décrépitude.

Le labelling, la catégorisation, est une tendance forte de notre société qui désigne ses membres à travers les dispositifs qu'elle prévoit, ou les cibles de ses activités. S'agissant des personnes âgées, se côtoient ainsi « **retraités** », « **bénéficiaires de l'APA** », « **seniors** », « **bénévoles** », « **malades d'Alzheimer** ».

1 - Pour approfondir les composantes de l'identité et ses dynamiques, au sein desquelles les rôles occupent une place centrale voir :
Mead, G. H. (2006). L'esprit, le soi et la société présenté par D. Cefaï et L. Quéré. Paris : Presses Universitaires de France
Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales. In D. Jodelet (Éd.), Les représentations sociales (pp. 62-86). Paris : Presses Universitaires de France.
Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In S. Moscovici (Éd.), Introduction à la psychologie sociale (pp. 272- 299). Paris : Larousse.
Zavalloni, M. (1972). L'identité psychosociale, un concept à la recherche d'une science. In S. Moscovici (Éd.), Introduction à la psychologie sociale (pp. 246-262). Paris : Larousse.

Or, avant d'entrer dans ces « cases », il s'agit d'hommes, femmes, conjoints, morvandiaux, bref, d'individus qui ont une histoire empreinte de leur existence, dans laquelle ils ont occupé et continuent à assumer des rôles, des statuts, qui au fil de leur vie, marquent leur identité. **Catégoriser les individus revient en somme à ignorer certains aspects de leur être.** Or la notion d'identité, sa reconnaissance, sont essentielles à l'estime de soi, à l'implication dans les actes de la vie, individuelle et collective. Elles signent la place des individus dans un cadre individuel, l'histoire de leur propre vie, et collectif le rôle occupé du fait de l'identité, la place que la société reconnaît aux individus liée à la façon dont elle les perçoit.

« Moi ce que je constate c'est que je me fatigue de plus en plus, qu'il y a des activités que je ne peux plus faire et pourtant j'adorais ça. Ma fatigue ne date pas d'aujourd'hui ; à 40 ans mes nuits blanches sont devenues moins faciles à récupérer, et puis j'ai eu de l'arthrose dans les doigts et j'ai dû porter mes premières lunettes.

Et, depuis un certain temps, j'oublie : ça a commencé par les noms de mes camarades de classe et aujourd'hui je peux facilement oublier un rendez-vous médical ! Je suis resté 25 ans dans l'association de loisirs de mon village, j'organisais des activités et j'en ai bien profité, mais maintenant je n'arrive plus à veiller et les réunions sont trop tardives, je continue à leur envoyer des informations quand je lis un article ou que des sujets sont présentés à la télévision.

Je me suis aperçu que je dormais différemment : impossible de résister à la sieste, je m'endors devant la télévision le soir mais le matin je me lève aux aurores ! A la mort de mon conjoint, ça a été difficile ; nous avons partagé 45 ans de vie ensemble et il a fallu que je fasse tout seul. Heureusement, j'ai des enfants. Je les vois un peu, ils sont occupés, et certains vivent loin de moi. Mais j'ai des petits enfants ; je les ai souvent accompagnés sur le terrain de rugby pour les soutenir ; maintenant on suit les matchs ensemble à la télévision mais le sommeil me prend certains passages ! ».

Ce volet souligne des changements, notamment physiques, et rappelle que le vieillissement n'est pas un état soudain. Il s'inscrit dans un processus long, se manifeste à différents moments de la vie, et commence relativement tôt. Il impose à chacun des adaptations, changements de rythmes, d'activités, et réaménagements plus profonds lorsque des rup-

Dossier

La recherche en promotion de la santé

tures fortes apparaissent. Parmi celles-ci, le décès du conjoint, l'apparition de maladies chroniques ou d'un événement de santé diminuant l'autonomie de la personne.

Ces évolutions mobilisent des ressources d'adaptation fortes, favorisées par un soutien social et affectif et la reconnaissance dans **les capacités d'une personne à décider, être actrice, dans la possibilité maintenue d'exprimer ses souhaits, ses idées, et de conserver une vie cohérente avec son identité.**

Ce passage illustre un processus, présenté par V. Caradec², à la suite de S. Clément et M. Druhle³, de déprise. Elle peut être définie comme un « processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des difficultés accrues. Ce réaménagement est marqué par l'abandon de certaines activités et de certaines relations, mais il ne s'y résume pas. Les activités et les relations délaissées sont susceptibles d'être remplacées par d'autres, qui exigent moins d'efforts.

Ainsi la déprise consiste, pour les personnes qui vieillissent, à poursuivre certaines de leurs activités antérieures sur une plus petite échelle : elles continuent de conduire, mais plus sur de longs trajets ; celle qui avait un jardin potager réduit peu à peu la surface cultivée, puis y renonce pour prendre soin de quelques plantes. Parallèlement, la déprise prend la forme de substitutions d'activités, par exemple lorsqu'une personne qui allait régulièrement à la messe la regarde désormais à la télévision. Enfin, si certaines activités sont abandonnées, d'autres sont conservées, en priorité celles qui ont le plus d'importance pour soi ».

Il s'agit, en reprenant l'expression de Vincent Caradec, d'une « **économie des forces** », qui s'opère en tenant compte de l'énergie vitale qui oscille. Cette recherche du meilleur « rapport » entre énergie et activités varie au gré des événements limitants et/ou de ruptures.

2 - V. Caradec Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris, Armand Colin, 3e éd. 2012

3 - J-F.Barthe, S.Clement, M.Druhle « vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées ». Les cahiers de la recherche sur le travail social, n°15, 1988, pp. 11-31.

« La vie a changé, tout a changé, et c'est parfois difficile de comprendre ce qui se passe. On est tous un peu perdus, nous les vieux, et j'avoue que discuter avec les personnes de mon âge, évoquer le passé, me fait plaisir ; on en a vécu nous aussi des difficultés, des moments un peu historiques et je me dis alors que ma vie a été dense, intéressante, et que malgré tout j'ai traversé le temps pas si mal que ça.

C'est vrai, j'ai un « certain âge » mais est-ce parce que je suis devenu lent que je suis vieux ou parce que les autres adoptent des réactions à cette lenteur. Tout le monde veut m'équiper de canne, de pilulier, d'une téléalarme, mais j'arrive encore à me déplacer et si je tombe et que je me casse une jambe : elle sera plâtrée ! Est-ce qu'on interdit aux gens de conduire une voiture sous peine qu'ils peuvent avoir des accidents ? Si c'est pour « finir » comme mon voisin : il s'est cassé le fémur, après un séjour dans un service de soins et de rééducation, ils l'ont emmené dans une maison de vieux, ils l'ont placé dans un mouvoir ».



Une vie longue nécessite **une évolution/adaptation permanente dans un temps, qui, dans la modernité, s'accélère** : « tout change et vite ! ». Cette adaptation peut être rendue difficile du fait du processus de vieillissement, en particulier cognitif, qui diminue certaines compétences, en particulier les processus d'inhibition cognitive et de la prise de décision.

Ces altérations peuvent expliquer par exemple la plus grande difficulté à contrôler l'émergence d'idées négatives ou à prendre des décisions adaptées. Les difficultés à assimiler ces changements ne sont pas seulement liées au vieillissement naturel, elles puisent également leur source dans une forme de distance s'installant par exemple lors de l'arrêt d'une activité professionnelle, d'un déménagement éloignant une personne de son réseau social. **Le risque est de se sentir exclu d'un environnement qui devient inutilisable, incompréhensible, étranger.**

L'interaction avec les Autres semblables, notamment la narration de l'Histoire commune, contribue à préserver l'estime de soi. Elle rappelle à l'individu, sa force et ses capacités à vivre des épreuves, rebondir, exister. Ces récits sont un socle commun aux personnes âgées, de références et d'événements, ils forgent ce groupe de pairs, « **conscrits de générations** ».

Au-delà, le vieillissement, est une expérience à laquelle la société propose des objets, prises en charge, « **parcours** ». La prise en compte de la parole et des choix de la personne âgée est centrale pour garantir le droit au respect de l'identité d'adulte acteur. Ces phrases « *ils l'ont emmené dans un mouvoir* » ou « *à quoi je sers ?* » traduisent pourtant le sentiment d'une perte de contrôle de ses choix et plus largement de son utilité. Elles expriment une souffrance, passagère ou non, liée aux nécessaires deuils accompagnant le vieillissement, mais le respect de l'identité et donc des choix, avec les risques qui les entourent, méritent d'être intégrés dans la relation entre personne âgée et professionnel.

La place de l'identité se pose d'autant plus lorsque surviennent maladie, perte d'autonomie ou dépendance. La personne âgée sera alors « **placée** » en institution – avec ou sans son consentement – où elle finira ses jours. Les questions éthiques sur la liberté d'aller et venir s'imposent alors en rendant parfois difficilement conciliable ce droit fondamental et la nécessité de « **protéger** » la personne.

Les risques menaçant la personne âgée sont nombreux, notamment du fait de la diminution des performances physiques et mentales, d'une potentielle solitude ressentie, et d'un contexte social altéré. Ces facteurs concourent à une fragilité de la personne âgée chez qui un accident ou un élément déstabilisateur peut rapidement entraîner une perte d'autonomie. **La fragilité est devenue un concept central** en gériatrie même si cette notion n'a pas de définition univoque. Ce concept mêle des éléments de l'état de santé et de l'environnement (logement, vie sociale, entourage familial). La fragilité apparaît comme un état peu prédictif et peu objectivable et consécutif à la dégradation d'un ou plusieurs des systèmes physiologiques impliqués dans l'adaptation au stress.¹

¹ - Lang PO. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2013 ;13 :28-34. Heikkinen E. (2003). What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Le soutien aux personnes âgées fragiles devrait répondre à l'objectif de **préserver, voire d'améliorer, la qualité de vie des personnes âgées, et de limiter les impacts sociétaux d'une forte prévalence de la dépendance parmi les personnes âgées**. Si les leviers sont connus et mobilisables, la détection des personnes fragiles pose problème. En effet, ces personnes n'ont pas de marqueurs forts tant en termes de données sociologiques (revenu, sexe, âge) qu'en termes médicaux. Des grilles de détection des personnes « fragiles » ont été élaborées, mais comportent des limites importantes². Leur utilisation est validée dans certaines conditions et elles ne peuvent pas rendre compte de la majorité des situations.

Le Pôle gérontologique Interrégional a récemment élaboré une grille de mesure de la fragilité, administrable à domicile pendant 10 à 15 minutes maximum, par un évaluateur de profil « travailleur social », sans compétences médicales, permettant une approche « synthétique » de la fragilité. Par ailleurs, le développement de nouvelles technologies, de communication et de domotique, permettra d'améliorer la surveillance auparavant effectuée par des personnes physiques. Toutefois, **la part psychologique considérable existant dans la dépendance nécessite une réponse humaine et relationnelle**.

Ce développement d'outils pour aider à la prise de décision et éviter subjectif et interprétation, ne peut remplacer la place et la présence des familles, le lien et l'entourage trans-générationnels, la présence des aidants, dans l'accompagnement et la vie des personnes âgées. Les décisions prises pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social d'une personne âgée dépendante, doivent être le résultat d'une consultation/concertation de ces acteurs. Au-delà des réponses techniques, les réponses sont à la fois politiques, philosophiques et organisationnelles.

Pr. Pierre VANDEL

*Chef du service de psychiatrie de l'adulte
CHRU de Besançon*

Cynthia MORGNY

*Sociologue,
Directrice adjointe de l'ORS Bourgogne Franche-Comté*

² - Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. *BMC Geriatr*. 2010 Aug 24;10:57. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).

Dossier

La recherche en promotion de la santé

Santé publique, conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même et liberté

Les conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même, tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, le défaut d'exercice physique, ou encore une alimentation peu équilibrée sont devenues les cibles principales des actions de prévention. Celles-ci déclarent faire des individus les acteurs responsables de leur santé, capables de comprendre en quoi leur santé dépend plus d'eux sans doute, que du système de soins curatifs.

Dans le domaine des sciences humaines en général, et de la philosophie en particulier, la santé publique suscite assez peu d'intérêt, puisque le plus souvent on pense en avoir tout dit en la percevant comme une machine hygiéniste, liberticide, protégeant abusivement les individus contre eux-mêmes, comme s'ils n'étaient que des enfants. La santé publique ne serait alors rien d'autre qu'un instrument biopolitique, au service du contrôle des populations, et une des figures du biopouvoir modelant les conduites individuelles pour les normaliser.

Si cette analyse reste aujourd'hui dominante en France, il n'en reste pas moins qu'on peut lui opposer celle que développe l'anthropologue Raymond Massé¹ qui montre en quoi **la santé publique, dans son action préventive visant la réforme des conduites individuelles, se montre capable d'épouser et de stimuler les valeurs de l'individualisme contemporain, comme par exemple la quête de bien-être**. Ainsi, si les campagnes anti-tabac apparaissent comme l'imposition d'une nouvelle discipline mettant en avant un « *devoir de santé* », on peut aussi les voir comme ce qui invite tout un chacun à réfléchir à ses addictions.

En partant de cette analyse, il est possible de montrer en quoi la santé publique, telle qu'elle s'adresse aujourd'hui aux conduites individuelles, doit intéresser les philosophes, par les questions politiques et éthiques qu'elle pose, mais aussi les intervenants dans le champ de la prévention, qui doivent exploi-

ter les richesses de la philosophie implicite qu'ils manipulent. En effet, **la prévention réfléchit aux interactions entre les individus et leurs environnements, et se fait une idée de l'homme et du « bien » qui pourrait ou devrait être le sien**. C'est aux enjeux de cette philosophie de la prévention, que nous voudrions réfléchir ici.

Dans un premier temps, en paraphrasant le titre d'un ouvrage célèbre, se posera la question de l'extension du domaine de l'addiction, puisque c'est à travers ce schème que les conduites, par lesquelles on peut se nuire à soi-même, sont le plus souvent perçues. En quoi cette extension est-elle légitime ?

Dans un deuxième temps, se posera la question complexe des rapports entre les conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même et à la liberté.



L'extension du domaine de l'addiction est-elle légitime ?

Pour répondre à cette question quelques rappels épidémiologiques semblent nécessaires. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, le manque d'exercice physique et une alimentation mal équilibrée expliqueraient 40% des décès avant 65 ans dans les pays les plus riches². Cet argument chiffré fait comprendre que la prévention, qui vise

1 - Ethique et santé publique, Presses de l'Université de Laval, Laval, 2001

2 - Voir par exemple : Mc Kenna, Taylor, Marks et Koplan « Current issues and challenges in chronic disease control », 1998.

Dossier

la réforme des conduites individuelles, prend aujourd'hui une place croissante dans les politiques de santé publique, car, pour réduire cette mortalité dite précoce, reflétant aussi de véritables inégalités sociales de santé, l'augmentation des dépenses médicales n'aura sans doute qu'un impact marginal. Cependant, si le discours préventif se fait beaucoup entendre, étant la version laïcisée de ce qui est désormais est nécessaire au salut quand le corps a remplacé l'âme, **la culture de prévention reste peu développée**. Ainsi la prévention du cancer du sein est laissée le plus souvent aux soins de l'imagerie médicale, alors que l'apprentissage de l'auto palpation semble négligé. Ou encore, les populations de nos sociétés sont vieillissantes mais on laisse dans l'ombre ce qui pourrait être l'apprentissage d'un bien vieillir.



Sur le plan des modes de vie, l'obésité est qualifiée aujourd'hui par l'OMS, de première épidémie non-contagieuse. Outre l'inconfort et la fatigue qu'elle génère, elle expose les individus concernés à une forme de discrimination sociale, mais aussi à des risques accrus en matière de maladies cardio-vasculaires ou de diabète.

Sur le plan des représentations, les conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même sont perçues à travers le schème de l'addiction qui est aujourd'hui devenu envahissant. Ainsi, le fumeur, voire l'obèse, sont perçus comme des addicts, n'ayant pas ou plus le contrôle d'eux-mêmes.

Dans une société comme la nôtre où nous voudrions que tout soit sous contrôle, l'addiction

devient un mal à combattre. Or, si cette extension du domaine de l'addiction paraît se faire au détriment d'un usage rigoureux de cette catégorie, il n'en reste pas moins que se gouverner soi-même c'est apprendre à utiliser des affects qui, en nous déterminant malgré nous, sont comme de « petites addictions ».

Ceci nous apprend que **notre liberté se construit sur un fonds préalable d'affects, qui nous orientent, et non à partir d'une volonté souveraine et désincarnée.** L'action préventive qui dénonce des addictions, pour que nous retrouvions une liberté aussi vaste qu'indéterminée, devrait plutôt reconnaître qu'on doit **apprendre à exploiter nos affects.** Certains, comme le désir de connaître, nous renforcent, d'autres pas³, comme la crainte. Au plan politique, la prévention, qui prétend parfois vouloir faire le bien des hommes malgré eux, doit assumer son paternalisme. Or, **une société qui se définit comme libérale ne peut pas ignorer la légitimité d'une liberté de se nuire⁴**, c'est pourquoi la prévention doit concilier libéralisme et paternalisme⁵.

Les conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même posent ainsi la question de la liberté

Ces conduites affirment la légitimité d'une liberté de se nuire. C'est ce qui rend complexes les relations entre les conduites à risques pour leurs auteurs et la liberté. Nous allons essayer d'y voir un peu plus clair. Les conduites à risques pour leurs auteurs peuvent être perçues comme la résultante d'un conditionnement social mais aussi comme le fruit d'une histoire personnelle complexe. Nous en serions les victimes. L'épidémiologie peut le confirmer en montrant que ces conduites ne sont pas distribuées au hasard dans la population. Il y a sans doute des corrélations étroites entre l'obésité et la pauvreté ou entre le tabagisme et le stress, de telle sorte que **les conduites**

3 - On reconnaîtra ici les analyses de Spinoza.

4 - Elle se déduit de la définition que l'article 4 de la DDHC donne de liberté comme « pouvoir de faire tout ce qui ne nuit pas à autrui ».

5 - Voir Nouvelles approches de la prévention en santé publique, Olivier Oullier et Sarah Sauneron, 2010.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000139.pdf>

Dossier

La recherche en promotion de la santé

à risques pour soi-même reflètent pour partie les inégalités sociales. Partant de ces corrélations, le fumeur, pour prendre cet exemple, ne saurait être tenu pour responsable de son tabagisme. Il faut alors le protéger contre lui-même.

Mais sur un autre plan, le considérer comme une victime irresponsable, c'est en faire un citoyen de seconde zone qui ne serait pas capable de choix réfléchis, c'est le considérer comme un mineur et comme quelqu'un qui se trompe sur « *son bien* ». Le considérer comme une victime irresponsable, c'est ne pas comprendre non plus que **la liberté de celui qui s'engage dans des conduites à risques pour lui-même peut s'exprimer différemment de la liberté de ceux qui font des choix tenus pour plus rationnels en privilégiant le moindre risque.**

Le considérer comme une victime irresponsable c'est ne pas comprendre non plus qu'une conduite par laquelle on peut se nuire a aussi un sens. C'est aussi ne pas comprendre en quoi il est dans le désir de liberté de chacun un désir de s'attacher à quelque chose qui concrètement réduira sa liberté. C'est ne pas tenir compte de ceci non plus que dès lors qu'on ne nuit pas aux autres on peut se nuire à soi-même, ce qui est une expression légitime de la liberté de se nuire.

Enfin, considérer celui qui s'engage dans une conduite qui peut lui nuire comme simple victime d'une addiction, c'est ne pas lui accorder non plus cette liberté qui peut lui permettre d'être à l'origine d'une décision de sortie de cette même addiction. Cette liberté est le postulat sans lequel la sortie d'une addiction ne serait pas possible, que cette sortie s'inscrive alors dans le schème du désapprentissage ou de la conversion. **Les tabacologues savent bien qu'un fumeur est à la fois conditionné et libre, car sans ce conditionnement il n'y a pas d'addiction et, sans cette liberté postulée, comment lui donner la possibilité de sortir de son addiction ?**

C'est pourquoi **le rapport entre conduite par laquelle on peut se nuire et liberté renvoie à un jeu complexe.**

Ainsi, le consentement à fumer n'est pas une preuve d'autonomie, comme auto-administration, même si

cela la présume néanmoins. De plus l'engagement dans une telle conduite ne prouve pas non plus que son auteur ne souhaite pas être protégé contre lui-même. En effet on ne peut abstraire le consentement des conditions dans lesquelles il est donné, et comme le rappellent Michel Grignon et Bertrand Pierrard⁶, ceux qui commencent à fumer sous-estiment généralement la puissance et le coût de l'addiction future.



Par ailleurs, **cette conduite n'implique pas nécessairement l'absence de liberté de celui qui l'adopte, si on pense que la liberté est la capacité à s'engager dans une conduite qui ne nuit pas à autrui directement.**

⁶ - Modèles économiques et politiques de lutte contre le tabagisme, Questions d'économie de la santé, n° 51, mai 2002. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes51.pdf>

Dossier

De plus, en ce qui concerne cette conduite, où le plaisir a son rôle à jouer, la liberté est ce qui permet de postuler et de comprendre en quoi ces conduites ont un sens pour ceux qui s'y livrent.

Ainsi, la liberté du fumeur est sur différents plans un postulat, même si, au plan empirique, cette liberté semble contredite par toute une série de conditionnements et même si, **cette liberté peut être revendiquée uniquement, et sans autre justification, comme liberté de disposer de soi au risque de se nuire.**

Pour conclure, **la prévention s'adressant aux conduites individuelles doit considérer la légitimité d'une liberté de se nuire, et on ne saurait non plus tenir la santé pour une fin en soi qui autoriserait toutes les interdictions.** En effet, alors que prévenir est louable, une société qui interdirait le suicide, comme toute prise de risque, consciente ou non, serait à raison qualifiée de liberticide.

Par ailleurs, la prévention qui s'adresse aux styles de vie est toujours partagée entre deux représentations de l'homme : soit un être qui serait toujours transparent à lui-même, capable de s'administrer de façon toujours souveraine, c'est la fiction de « *l'homo medicus* » dénoncée par Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti⁷, soit, au contraire, un être qui se résoudrait enfin au « bien » parce qu'il serait gouverné uniquement par la peur de la maladie et de la mort. Pour sortir de ces représentations figées, **la prévention qui concerne les conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même doit s'intéresser aux paradoxes de la liberté qui se construit sur un fonds de dépendances.**

Frédéric OROBON

*Agrégé de philosophie
École Supérieure du Professorat
et de l'Éducation de Bourgogne*

Auteur de la thèse « Santé publique et libertés individuelles. L'exemple des conduites par lesquelles on peut se nuire à soi-même ».



⁷ - Patrick Peretti-Watel, et Jean-Paul Moatti, Renoncer à *l'homo medicus* pour mieux comprendre les conduites à risque, Contact santé n°231 (2010).

Dossier

La recherche en promotion de la santé

Éléments de bibliographie

Ouvrages et rapports

COHEN E., TAYLOR A., HOGAN K. **Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations.** Ottawa : Institut de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations, 2011, 52 p
http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/ipph_casebook_f.pdf

EPI-ETHNO SANTE, INSTITUT DE RECHERCHE-ACTION EN SANTE. **Vers un nouveau paradigme scientifique en santé publique.** Lyon : Epi-Ethno Santé, 2007
<http://biblio.recherche-action.fr/document.php?id=224>

JOANNY R., FERRON C., LEGRAND E. **Recommandation pour l'élaboration de projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé.** Rennes: IREPS Bretagne, 12/2014, 57 p.
http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/recommandationsri_integral.pdf

LES CHERCHEURS IGNORANTS (collectif). **Les recherches-actions collaboratives : une révolution de la connaissance.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2015, 240 p.

Articles de périodiques

ALLA F., CAMBON L. **Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaborations entre acteurs, décideurs et chercheurs : le défi français de l'innovation.** Questions de santé publique, n° 27, 12/2014, 4 p.
http://www.iresp.net/files/2014/12/Web_QSPn%C2%B027.web-1.pdf

ALLA F., KIVITS J. **La recherche intervention-**

nelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. Santé Publique, 03/2015, vol. 27, p. 303-304
www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-303.htm.

FERRON C., BRETON E., GUICHARD A. **Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble.** La santé en action, n°425, 09/2013
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>

POTVIN L, DI RUGGIERO E, SHOVELLER JA. **Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations.** La santé en action. 09/2013, n°425, pp.13-6.
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>

FERRON C. **Savoirs révélés, savoirs tacites : le point de rencontre entre chercheurs et acteurs de terrain.** Santé Publique, vol. 23, n° 5, 10/2011, pp. 343-344
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-343.htm>

GUEVEL M.-R., SOURIMANT M., LONCLE P. **Promotion de la santé : une dynamique d'échanges entre chercheurs et intervenants du terrain.** Horizon pluriel, n° 25, 06/2013, 16 p.
<http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/hp-numero25.pdf>

RENAUD L., ELISSALDE J., GAUDET J. [et al.] **Circulation des connaissances entre chercheurs, communicants et professionnels de la santé : une expérience canadienne.** La Santé de l'Homme, n° 410, 11/2010, pp. 24-26
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-410.pdf>

Recherche

Permettre l'adaptabilité des étudiants en soins infirmiers dans les espaces de travail : Un objectif pédagogique essentiel

Face à l'hypermodernité, de profondes mutations s'opèrent dans la société, les établissements de santé modifient en permanence leur organisation. Pour répondre aux exigences sociétales grandissantes, les professionnels de santé doivent faire preuve d'adaptabilité et de compétences multiples. Dans le champ du travail comme dans celui de la formation, la thématique de la compétence rencontre un vif succès.

Celle-ci s'inscrit dans un double débat :

- Un **débat « social »** car la notion de compétence relève d'un regard porté par les acteurs et les groupes sociaux.

- Un **débat « théorique »** dans la mesure où la recension bibliographique fait état d'une multitude de travaux de recherche présentant la compétence comme relevant de pratiques professionnelles issues d'actions en situation.

Depuis l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier, le référentiel de formation en soins infirmiers introduit le caractère de l'universitarisation dans la continuité du processus de Bologne (19 juin 1999) par les Etats membres de l'Union Européenne, en application au traité de Maastricht qui spécifie qu'un espace européen de l'enseignement doit être créé. Un dispositif de formation centré sur le développement des compétences infirmières articule le parcours universitaire (discipline relevant du domaine de la santé) avec un itinéraire professionnel de formation (filière en soins infirmiers).

La recherche présentée ici s'inscrit dans une visée managériale et d'ingénierie de la formation. En référence aux enjeux actuels d'employabilité et d'adaptation à l'emploi, j'interroge ici **la problématique du développement de compétences psychosociales «clés» en formation initiale infirmière** dans cette nécessité d'adaptabilité des futurs professionnels dans des espaces de travail modifiables. L'accompagnement du développement des compétences psychosociales

et de la réflexivité de l'apprenant qui se forme et apprend son métier apparaît comme un enjeu majeur. Au-delà des situations de travail rencontrées en stage et à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), l'itinéraire personnalisé d'apprentissage s'inscrit dans l'interaction entre l'apprenant et son environnement, ainsi que sa capacité à gérer une situation complexe, qui représente pour Guy Le Boterf une base pour tout professionnel.



État de la question : adaptabilité et travail de contextualisation

Adaptation à l'emploi

Au regard des évolutions politiques, économiques et sociales, les formations des professionnels de santé se transforment depuis quelques années, en France et en Europe pour répondre plus efficacement aux besoins de santé des personnes. La réingénierie des diplômes des formations paramédicales inscrites dans le Code de la Santé Publique, se tourne vers une universitarisation qui vise à octroyer un grade universitaire aux étudiants en plus de l'obtention du diplôme d'État. Depuis 2009, le grade licence du

Recherche

Diplôme d'État d'Infirmier est reconnu en France. Dans cette logique, l'Université devient un partenaire des IFSI au même titre que les établissements sanitaires et les structures médico-sociales.

Les finalités de la formation ont pour objet de former un praticien « **autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle**¹ ».

Le questionnement autour du développement de la compétence

La compétence est un terme polysémique. Reconnues actuellement dans les milieux professionnels, les compétences se réfèrent davantage au savoir-agir. Le concept d'apprentissage tout au long de la vie part du postulat que toutes les compétences ne peuvent pas être apprises en formation initiale. Les compétences s'acquièrent et évoluent toute la vie, elles sont en mouvement en fonction de l'évolution de leur activité professionnelle, des progrès technologiques, de la conjoncture économique et des exigences sociétales.

Dans le cadre mon étude j'ai retenu ces éléments :

- **la compétence est une combinatoire singulière de connaissances intériorisées et mobilisées en situation** (Guy Le Boterf).
- **la compétence est située, contextualisée et spécifique d'une situation.**

Aujourd'hui, les compétences pour un même acteur sont diverses au regard d'une activité professionnelle de plus en plus exigeante, de tâches de plus en plus complexes, et de technologies innovantes. Désormais, les compétences professionnelles incluent les compétences de type « *fonctionnelles* » (techniques ou « *académiques* ») et les compétences de type « *sociales* » (« *non académiques* » ou « *transversales* ») présentes dans les relations intra- et inter-humaines.

¹ - Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, référentiel de formation, annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Berger Levraut, mise à jour le 01/08/2013, p.44.

Les compétences sociales s'inscrivent dans la gestion des interactions avec l'environnement social au travail. Selon Sandra Bellier, les compétences sociales reposent sur **un ensemble de savoir être et savoir-faire relationnels qui représentent l'ensemble des capacités à coopérer avec autrui.**



L'intérêt porté aux compétences sociales (CPS) en matière de santé est lié à l'évolution du concept de santé qui est passé de l'absence de maladie à la notion de bien-être physique, mental et social. Environnement social, économique et professionnel sont alors interrogés, et la santé devient une préoccupation de tous.

Dix compétences psychosociales ont été élaborées par l'OMS, elles sont présentées par couple :

- *Savoir résoudre des problèmes / Savoir prendre des décisions,*
- *Avoir une pensée créative / Avoir une pensée critique,*
- *Savoir communiquer efficacement / Etre habile dans les relations interpersonnelles,*
- *Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres,*
- *Savoir gérer son stress/ Savoir gérer ses émotions.*

Dans la vie professionnelle, les individus doivent pouvoir s'appuyer sur des compétences qui leur permettent de s'adapter dans un environnement de travail marqué par le changement, la complexité et l'interdépendance. En tenant compte du fait que les CPS se réalisent dans une large classe de situations, je choisirai donc de m'appuyer sur les catégories de compétences transversales suivantes :

Recherche

- **Les CPS dans la relation à soi-même pour agir avec autonomie** : avoir conscience de soi, savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions, avoir une pensée critique, avoir une pensée créative, savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.

- **Les CPS dans la relation aux autres pour interagir dans des groupes hétérogènes** : avoir de l'empathie, avoir une pensée critique, savoir travailler en équipe, savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles.

- **La réflexivité** étant au cœur du développement des compétences.



C'est en raison de cette dimension sociale que nous avons observé l'émergence des organisations apprenantes qui ont tissé le lien entre travail et formation. Toutes visent à faire évoluer les structures organisationnelles et les styles de management pour favoriser les apprentissages et un développement de compétences individuelles et collectives afin d'assurer l'efficacité des personnels.

En définitive, la compétence n'est pas que portée par un individu. Il apparaît ici clairement les enjeux autour de la compétence : **apprentissage, professionnalisation, évaluation, autoformation, formation tout au long de la vie**. Autour de ces enjeux, les philosophies de formation diffèrent. Le développement de compétences de l'étudiant infirmier passe par son autoformation, l'interaction avec les autres et les situations professionnelles apprenantes.

La question centrale de cette recherche est celle du développement de compétences « psychosociales-clés » par les étudiants infirmiers, mis en tension dans l'adaptabilité face aux différents espaces de travail.

L'itinéraire singulier de l'apprenant qui se forme et apprend son métier

L'adaptation a été décrite par Hans Seyle qui en a donné une approche comportementale à travers le syndrome général d'adaptation. Du point de vue des biologistes, l'organisme vivant change en permanence en s'adaptant. Le vivant est en constante évolution, tout est déterminé par sa faculté d'apprendre. Le vivant apprend en s'appuyant sur des expériences pour se transformer. Dans une approche comportementaliste, l'adaptation à un environnement mobilise des compétences cognitives, émotionnelles et sociales. **S'adapter c'est apprendre. Apprendre c'est changer. Apprendre c'est se transformer.**

Pour Reuven Feuerstein, l'expérience vécue par un individu dans un environnement ne suffit pas à enrichir son développement. Il est nécessaire qu'un médiateur vienne éclairer l'individu par rapport à la réalité. La médiation consiste à organiser les événements « afin de leur conférer un certain sens, une certaine signification cognitive et émotionnelle », à créer des « milieux modifiants » visant à **obliger l'individu à mobiliser ses capacités d'adaptation**. D'après Feuerstein, l'individu a besoin d'être accompagné par **un médiateur qui favorise chez l'apprenant la prise de conscience de ses processus cognitifs**, en vue d'acquérir des manières efficaces de traiter l'information.

Plusieurs points de vue ont guidé les investigations. Tout d'abord les personnes ont été interrogées sur le type de CPS que l'étudiant en soins infirmiers doit développer lors de ses apprentissages. Cette question est en lien avec la première hypothèse selon laquelle l'apprentissage infirmier repose sur le développement de compétences transversales.

Ensuite les interlocuteurs ont été interrogés sur le rôle de l'analyse réflexive, des relations interpersonnelles et de la motivation dans le processus d'adaptabilité. Ce questionnement est en lien avec la deuxième hypothèse selon laquelle l'analyse réflexive est un des leviers de la qualité du transfert des invariants professionnels. Enfin les personnes interrogées se sont exprimées particulièrement sur

Recherche

la communication, la collaboration et la coopération. Selon la troisième hypothèse, la progression des apprentissages n'est possible que si les apprenants mobilisent ces trois compétences.

Méthodologie, terrain et recueil de données

Il s'agit d'une recherche à visée compréhensive, s'inscrivant dans **une démarche de recherche de prise de conscience des éléments autour de l'accompagnement à l'adaptabilité des étudiants infirmiers dans le cadre de leur formation initiale**, pour définir des préconisations d'actions.

Au regard de la problématique, la méthode qualitative visait à recueillir des données auprès de professionnels, sur les compétences nécessaires à l'adaptabilité de ceux-ci pendant leur cursus de formation. L'étude a été menée sur une période de neuf mois. Ce travail s'appuie sur une enquête menée auprès de six professionnels de santé chargés de l'encadrement des étudiants infirmiers (deux tuteurs, deux cadres de santé exerçant en unité de soins, deux cadres formateurs), recrutés au sein d'établissements de santé et d'instituts de formation différents.

Présentation des résultats

Les six personnes interrogées semblent avoir conscience de l'importance de la mobilisation de l'ensemble des CPS par les étudiants pendant leur formation.

Six compétences psychosociales sont plus fréquemment citées par les personnes interrogées : *savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles, avoir une pensée critique, savoir résoudre des problèmes, savoir prendre une décision, savoir gérer son stress.*

Le développement des compétences sociales semble être indispensable à la progression des apprentissages. Or, dans le discours relevé auprès des professionnels, il semblerait que **les apprentissages se focalisent essentiellement autour des compétences techniques.** La mobilisation des compétences relationnelles, de métacognition et de gestion des affects abordées par les « encadreurs » des étudiants infirmiers peuvent renvoyer à l'image d'une nécessité de développer des compétences psychosociales

de façon transversales pendant la formation initiale. L'analyse des entretiens permet de confirmer, tout en considérant la faible représentativité de l'échantillon, la première hypothèse : **le développement de certaines CPS permet d'ouvrir le champ des apprentissages.** Les éléments des entretiens m'ont permis de dégager des catégories avec les réponses des six personnes en lien avec les moyens de construction de la compétence : l'analyse de l'expérience professionnelle, les situations professionnelles en stage, la motivation, les interactions personnelles.



En référence aux travaux de Richard Wittorski, l'analyse de l'expérience professionnelle vise la réflexion anticipatrice de changement pour l'action future. Cette métacompétence aide ainsi à l'élaboration du transfert. Les interactions sociales font le lien avec la théorie de Vygotski qui soutient l'idée que l'apprentissage passe par l'interaction sociale, professionnels et étudiants étant tous apprenants. L'engagement individuel des stagiaires dans le projet d'apprentissage ne va pas toujours de soi. Au-delà de l'engagement intellectuel, l'engagement émotionnel est aussi présent. Certains étudiants, dans leur passé d'apprenant, ont pu rencontrer des difficultés et développer des résistances à l'apprentissage. Les interlocuteurs soulignent le fait qu'il est important de **travailler le développement de la confiance en soi et de l'image de soi.**

La seconde hypothèse qui était que l'approche réflexive est un des leviers de la qualité du transfert des invariants professionnels est nettement confirmée.

Recherche

D'après les discours, la coopération n'est pas qu'une simple répartition des tâches : elle concerne la coopération physique, intellectuelle et relationnelle entre les encadreurs et l'apprenant mais aussi entre l'apprenant et ses pairs. La collaboration se présente comme une ressource personnelle, développée à partir de savoir-faire relationnels, pour pouvoir acquérir des connaissances ou parfois pour réduire l'écart entre le prescrit et le réel.

Nous rejoignons une fois encore Reuven Feuerstein à propos du critère de médiation du comportement de coopération. Selon lui, cela tient au fait que nous sommes des êtres sociaux et que la coopération est naturelle dans le processus d'apprentissage. A l'instar de Reuven Feuerstein, Mireille Cifali souligne : « *Grandir n'advient que si l'humain est en relation avec un autre semblable ; il se perd s'il n'a pas un autre humain pour l'accompagner* ». *Ce qu'il y a de plus puissant dans la guérison pour un homme, c'est un autre homme. Ce qui vaut pour guérir vaut-il pour instruire ?* »².

L'analyse permet de confirmer, la dernière hypothèse : la progression des apprentissages des apprenants n'est possible que s'ils mobilisent la communication, la collaboration, la coopération.

Préconisations et considérations conclusives

Les personnes interrogées souhaitent former des futurs professionnels ayant des connaissances théoriques et pratiques qui font preuve de réflexivité et d'adaptabilité face aux différentes situations rencontrées. Les apprenants doivent être communicants, faire preuve de curiosité d'esprit, être respectueux des relations interpersonnelles, apprendre à devenir responsables, autonomes et avoir l'esprit d'équipe.

L'adaptabilité se situe dans un espace d'incertitude, entre le prescrit et le réel. Cet espace est invisible, difficilement repérable et difficile à mettre en mots, l'adaptabilité relève de l'intelligence pratique et de l'intelligence sociale mises en œuvre pour s'adapter.

² - CIFALI Mireille. Le lien éducatif, contre-jour psychanalytique. 5ème éd. Paris, PUF, 2005.

Communiquer permet alors de parler des écarts ressentis, du décalage existant entre les procédures, les protocoles pensés pour des situations standards et la situation singulière telle qu'elle se présente au professionnel. Il s'agit d'un travail de liens entre des hommes, des situations, des espaces.

Je propose trois pistes autour de la mise en visibilité de l'adaptabilité des apprenants infirmiers :

- **Mettre en mots le travail réel de l'apprenant, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire** (dans des temps et des espaces dédiés, se saisir des dispositifs d'évaluation pour mesurer le travail d'apprentissage) afin de repérer le travail d'apprentissage réellement effectué. Analyser avec l'apprenant les invariants des situations professionnelles afin de l'aider à transférer pour l'armer face à des situations nouvelles.

- **Laisser le droit à l'erreur à travers des séances de simulation en santé.** Est-ce qu'on accompagne un étudiant en ayant les yeux sur les résultats ou bien en ayant les yeux aussi sur l'action mise en place pour obtenir les résultats ?

- **Construire un apprentissage par paliers de difficultés.** Il s'agit d'exposer les étudiants à des situations de difficultés croissantes, de façon à leur rendre accessible un certain savoir tout en offrant un accompagnement, une autonomie, une recherche de l'estime de soi et de celle des autres.

En conclusion, diverses stratégies sont proposées en vue de favoriser une approche par le développement des CPS pour permettre l'apprentissage des soins infirmiers.

Carine COURTOIS-DUBRESSON

sous la Direction de M. Olivier BERNARD

Cadre de Santé, Formatrice

Institut Régional de Formation Sanitaire & Sociale

Bourgogne Franche Comté – site de Quétigny

Regard sur les pratiques

Observer, repérer, transformer nos environnements favorables

L'exemple de l'utilisation des cartes mentales par des jeunes habitants dans des quartiers politique de la ville

Depuis quelques mois, sur deux quartiers de la commune de Migennes, dans l'Yonne, des enfants mènent l'enquête¹... Comment appréhender la question de la santé, la question de l'environnement à l'échelle du quartier ? Que signifient donc ces termes pour eux ? Comment perçoivent-ils les évolutions sanitaires et environnementales, sur le court et le long terme, à leur échelle ?

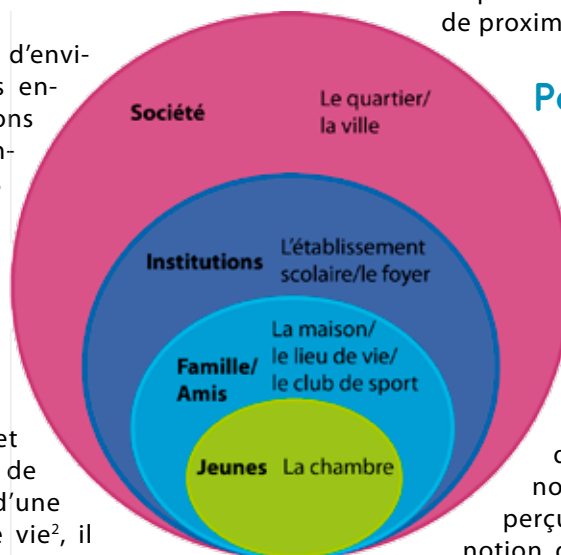
Pour apprécier cette question d'environnement favorable avec les enfants et les jeunes, nous avons cherché à comprendre comment leurs espaces quotidiens influencent leur bien-être et comment, en tant que jeunes/habitants/citoyens, ils pouvaient, au besoin, transformer ces lieux pour les rendre plus **habitables, vivables**.

Si cet axe a déjà fait l'objet d'études par l'aménagement de l'espace ou par l'appréhension d'une population sur son espace de vie², il s'agit, dans cette exemple de pratique, de **travailler sur l'espace quotidien à ses différentes échelles : personnelle ou collective, intime ou plus commune**.

Le principe posé d'une approche à différents niveaux était incontournable pour aborder cette notion d'environnement favorable en tenant compte de l'ensemble des déterminants en santé (*shéma ci-dessus en écho à celui de Whitehead & Dahlgren 1991*). Très vite, la nécessité de reconnaître les **implications de la politique et des pratiques de l'aménagement urbain et social en matière de santé est apparue**. Le souhait de pousser les choses plus

avant en poursuivant des objectifs de santé comme pivots d'éventuels travaux de réaménagement est ressorti.

Restait donc à partir de la vision des jeunes et des enfants pour aller la confronter, à terme, à celles des adultes, parents, membres de conseils de quartiers, élus... et pouvoir agir ainsi sur l'environnement de proximité.



Paroles et représentations des jeunes

Partons de l'expression, quelque peu banalisée, du *mal-être* des jeunes. Les lieux qu'ils occupent, plus spécifiquement, leur quartier, influenceraient-ils ce sentiment ?

Comment l'espace physique, devenu pour eux, comme pour nous, fortement numérisé, est-il perçu ? Existe-t-il, à leurs yeux, une notion d'espace public, d'espace commun, d'espace ressource ?

Quelques retours :

Un garçon de 10 ans : « *Mais l'environnement, je ne sais pas ce que c'est moi !* »

Une fille de 12 ans : « *L'environnement pour moi, c'est la nature qu'on se partage.* »

Un jeune de PJJ interrogé : « *Là où je me sens le mieux, c'est chez moi !* » ; « *Chez toi c'est où ? Au foyer, dans ta famille d'accueil... ?* » ; « *Non, chez moi, c'est dans ma ville, avec mes potes !...* »

On est bien chez soi ; mais ce *chez soi*, où se situe-t-il ? Et l'espace extérieur, collectif, urbain de la ville peut-il être un espace de bien-être ? Pour d'autres,

1 - Un projet identique est mené avec des jeunes à l'EREA de Joigny

2 - EHESP : Guide pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils

Regard sur les pratiques

l'espace de la chambre va être l'espace préféré. Pour les enfants, beaucoup citent l'école comme environnement le plus favorable. Alors, besoin de repères ? Comment de cette diversité, proposer une analyse de l'espace cohérente qui puisse impacter le bien-être commun ?

En ce sens, **la carte mentale permet de collecter les représentations spatiales que les individus se font de leur environnement, de les étudier pour mieux saisir les actions, les habitudes des populations.** Il existe deux façons de recueillir des représentations spatiales par le biais des cartes mentales.



La première est de demander aux participants de dessiner une portion d'espace sur une feuille blanche ou à partir d'un fond de carte ayant un minimum d'informations. Il s'agit de **représenter l'espace tel qu'on le connaît, tel qu'on le perçoit et de confronter ensuite son point de vue avec l'ensemble des personnes présentes.** Il est certain que l'utilisation de cet outil renvoie à des difficultés d'interprétation (liées à la singularité de l'expression) et donc d'exploitation et d'analyse. Certains géographes reconnaissent d'ailleurs que « *les cartes mentales s'avèrent être un bon outil de recueil de représentations lorsqu'elles sont utilisées en complément d'entretiens semi-directifs par exemple* »².

Une seconde approche complémentaire serait **d'amener les jeunes à dessiner leur quartier avec les lieux de leur quotidien (école, maison, loisirs...) ainsi que les lieux qui leur font penser à la santé (pharmacie, cabinet médical...).** De la même manière, on leur demande de représenter les lieux liés pour eux à l'environnement (arbres, parcs, terrains de sport...). Après l'expression de leur version/vision de l'espace, on partage en groupe. On leur demande ensuite de mettre des gommettes ou d'utiliser un autre symbole iconographique qui représente les endroits qu'ils préfèrent et ceux qu'ils n'aiment pas.

Pour l'analyse, il est possible de combiner les approches. Une première, par exemple, consiste en une lecture des lieux (codifiés par avance) représentés par l'ensemble des participants (école, pharmacie, stade...) et de noter comparativement leur présence/absence. Une seconde est de noter l'homogénéisation présente ou non sur les cartes

Utiliser des outils ethnographiques et géographiques pour se situer

Derrière la question du « où » se cachent d'autres questions : où suis-je, où aller, où chercher ? L'idée était donc de commencer par cerner, identifier les lieux où l'on se sent bien et, par opposition, les lieux où l'on n'aime pas être.

L'outil utilisé ici est celui des cartes mentales. Brigitte Nader¹ définira cet outil « *comme une représentation graphique individuelle d'un espace vécu, perçu et senti. Il s'agit donc d'une perception personnelle d'un territoire de vie en fonction de caractéristiques (niveau d'études...), de l'âge, de l'état de santé, des aménités et des aménagements urbains. C'est un outil pluridisciplinaire prisé en géographie sociale pour repérer les déterminants socio-spatiaux* ».

¹ - Nader Brigitte, géographe doctorante UPEC, Laboratoire Lab'URBA, journées de la prévention INPES, 2011

² - Gueben-Vernière Servane, Chercheuse associée à l'UMR PRODIG, Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Regard sur les pratiques

(l'individu pouvant se concentrer sur une partie du quartier) et ainsi mesurer son aire de connaissance de l'espace. Pour aller plus loin, il peut être envisagé de demander à certains de redessiner les espaces dit préférés comme un zoom (par exemple : l'école comme espace préféré, surtout la cour de récréation, etc.). Une autre exploitation peut être de lire l'ensemble des cartes et de regrouper les points communs (espaces manquants, espaces dessinés par tous...). **Comme tout outil, son exploitation dépend des objectifs de recherche fixés en amont.**

Cette approche cartographique est d'abord un support d'expression collectif très pertinent. Le fait de dessiner, de faire soi-même (avec beaucoup de minutie pour certains), de créer, de construire une représentation personnelle de l'espace (vécu, partagé, ressenti) est un excellent support d'expression et de médiation par ailleurs : **chacun étant libre de partager son vécu tout en apprenant à connaître celui des autres.**

S'approprier l'espace pour s'y sentir bien mieux

Cette approche permet donc de « poser » l'espace, de le connaître, de le repérer. L'idéal étant de pouvoir utiliser d'autres outils comme la photographie par exemple ou l'enquête ethnographique pour confronter cette représentation « planifiée » à la réalité du terrain.

Les jeunes, comme les enfants, se prêtent facilement à cette observation ludique de l'espace en fonction de ce qu'ils aiment faire. Observer/repérer les détails

ou interviewer/aller vers les autres, ou décrire/lister/inventorier...

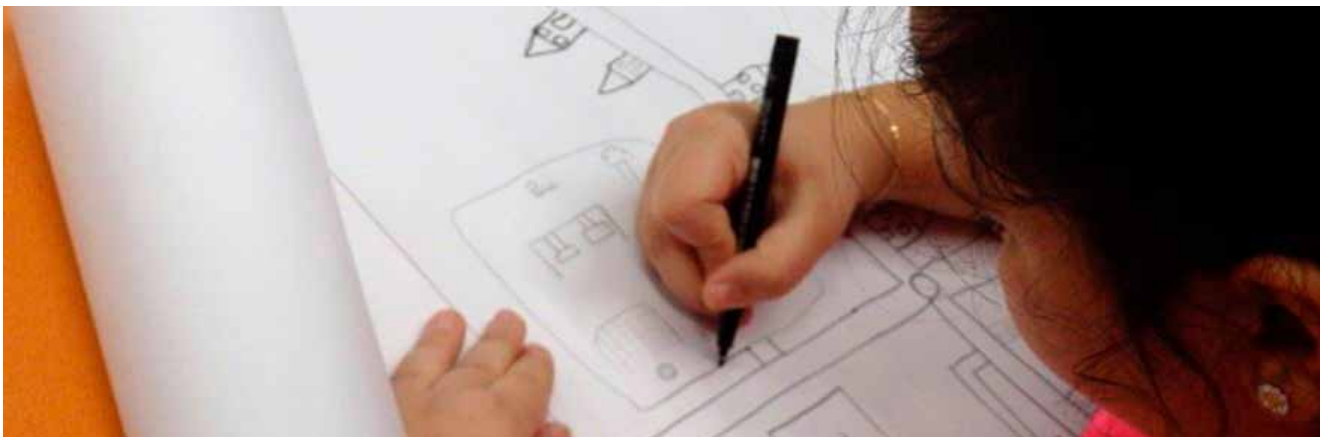
Georges Perec³ nous invite à cette démarche qui consiste à **décrire et observer notre espace quotidien et de nous étonner perpétuellement de ce qui nous semble familier.** Il nous invite à rendre plus familier encore ce qui nous paraissait originellement étrange et étranger en nous appuyant sur diverses techniques d'exploration : l'écriture (la tenue d'un carnet de bord suscite de nombreuses productions écrites), la photographie, l'observation, la vidéo ou encore l'entretien.

Toutes les productions partagées servent à définir collectivement l'action à conduire pour **préserver ce bien commun qu'est l'espace du quartier en l'orientant vers un mieux-être à construire.** Ces outils exploratoires et visuels doivent permettre, à terme, une restitution auprès d'un groupe de pairs dans un premier temps, puis à d'autres publics (adultes/parents/élus), pour aller plus loin dans le partage de ces représentations spatiales et apprendre ainsi à les réaménager, à les transformer pour donner du sens à cette notion « d'espaces partagés, communs et publics ».

Isabelle DECOSTER-COIFFIER

*Responsable de projets
IREPS Bourgogne, Antenne de l'Yonne*

³ - Georges Perec, *Espèces d'espaces* ou *Tentative d'épuisement d'un lieu parisien.*



Portrait

Les mille visages de la démocratie en santé



En 2014 le site *Ma Santé en Bourgogne* a été créé suite à un appel à projets (CRSA /ARS) sur le thème de la démocratie en santé. « La démocratie en santé est une **démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.**

Faire vivre la démocratie en santé nécessite d'intervenir à tous les niveaux pour :

- développer la **concertation** et le débat public,
- améliorer la **participation** des acteurs de santé,
- promouvoir les **droits individuels et collectifs** des usagers. [...]

La démocratie en santé vise l'implication des citoyens sur le plan individuel et collectif mais aussi plus de participation dans l'espace public. La participation citoyenne constitue un enjeu majeur de la démocratie en santé. **Pour la soutenir, internet et plus spécifiquement les réseaux sociaux sont apparus comme un atout certain.**

Le site internet *Ma Santé en Bourgogne*, en alliant des contenus fiables à des conseils pratiques permet à chacun d'aller au bout de sa requête. Il couvre un large panel de thématiques pour être au plus près des besoins des usagers. Nutrition, addiction, santé environnementale mais aussi fin de vie ou encore maladie chronique : ce site répond aussi bien aux questions du quotidien qu'aux démarches de santé spécifiques. Il fournit les connaissances nécessaires permettant aux individus d'être acteurs de leur santé.

Les réseaux sociaux:

un territoire pour se faire entendre

Les citoyens aspirent à plus de participation dans l'espace public. **Les réseaux sociaux apparaissent comme un territoire où peuvent se faire entendre les points de vue de chacun.**

C'est ainsi que depuis décembre 2014, **une page Facebook complète le site *Ma santé en Bourgogne***. Elle relaie quotidiennement des **articles d'actualité**. Ils visent à informer ou rappeler aux usagers comment **prendre soin de leur santé** et prendre soin des autres, **leurs droits et devoirs** en matière de santé, mais aussi à comprendre le système de santé et donner envie de s'investir en tant qu'acteur du système de santé.



Cette page se veut également être **un espace de réflexion sur les politiques de santé**. La participation sur les réseaux sociaux permettrait une communication transversale où peuvent être exprimés différents points de vues, qu'ils proviennent des usagers, de professionnels, d'élus... Cela représente une opportunité à saisir pour ceux qui ne poussent pas la porte des lieux de débats publics ou qui pensent ne pas pouvoir se faire entendre. C'est une **occasion de décentraliser les débats**.

Les internautes sont invités à réagir, poser des questions. **La page Facebook compte actuellement plus de 700 fans**. La participation des usagers y est encore très timide. L'enjeu est de parvenir à faire naître des discussions, des débats dans le respect mutuel puis de recenser les propositions ou avis qui en émanent pour que les citoyens qui y prennent part ne soient plus seulement spectateurs de la démocratie en santé mais en deviennent auteurs.

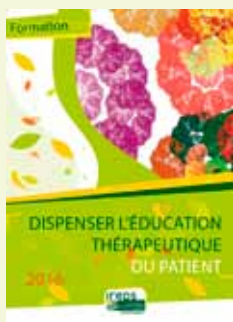
Laetitia VASSIEUX

*Chargée d'Information-Documentation
IREPS Bourgogne*

www.ma-sante-en-bourgogne.org

À ne pas manquer...

Formations...



- 25 et 26 février 2016, 24 et 25 mars 2016
18 et 19 avril 2016

Dispenser l'Éducation thérapeutique du patient

Coût pédagogique : 900€



- 14, 15 et 16 mars 2016
- ### **Motiver à changer de comportement : l'entretien motivationnel**

Coût pédagogique : 800€



- 17 et/ou 18 novembre 2016

Santé et estime de soi à partir du langage photographique

Coût pédagogique : 380€ par module



- 26 et 27 mai 2016
- ### **Expression artistique, créativité et éducation et promotion de la santé**

Coût pédagogique : 650€

AVENTURE
EN PROMOTION
DE LA SANTÉ

ÊTES-VOUS PRÊT À TENTER
L'AVENTURE ?



E-LEARNING TUTORÉ

Methodologie de projets en Promotion de la santé

Formation innovante sur la méthodologie
de projets en promotion de la santé.

Prochaine session de mars à mai 2016

Dijon et Nancy

2 jours de regroupement en présentiel

+ 14h de contenus en ligne

Coût pédagogique : 400€

Notes



Les Cahiers du Pôle

Retrouvez toutes les informations sur les
formations et les événements
du Pôle régional de compétences :

www.episante-bourgogne.org
et
www.ireps-bourgogne.org



LES CAHIERS DU PÔLE N°5 / Décembre 2015

**Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (Ireps)**

Coordonnateur du pôle régional de compétences

Le Diapason - 2 place des Savoirs

21000 DIJON

Tél. : 03 80 66 73 48

Fax : 03 80 65 08 18

contact@ireps-bourgogne.org

www.ireps-bourgogne.org