



La santé

Guide méthodologique
pour les professionnels des
Centres de Formation des Apprentis
en région Rhône-Alpes

des apprentis



Sommaire

<i>Editorial</i>	p.3
● Repères pour monter une action de santé	p.4
● Approche pédagogique proposée	p.7
● Les compétences d'un animateur et le cadre d'animation	p.9
● Situations d'animations de groupes : les questions à se poser	p.11
● Problématiques de santé : les données clés	
● Les risques extra-professionnels	p.12
● Le sommeil	p.15
● L'alimentation / l'activité physique	p.19
● La sexualité	p.22
● Le stress / le mal-être / le suicide	p.25
● Adolescence et prise de risque	p.29
● Les conduites addictives	p.31
● Les accidents de la route	p.34
● Comment réagir face à un ado qui prend des risques ?	p.36
● Droit du travail	p.38
● Les leviers pour faire de la prévention auprès des apprentis	p.39
● Les techniques d'animation transversales	p.40
● Numéros spéciaux et sites internet ressources	p.47

EDITORIAL

Etre apprenti aujourd'hui en région Rhône-Alpes, cela signifie appartenir à deux mondes. Celui de la jeunesse inscrit dans les problématiques liées à l'adolescence, à la construction identitaire et celui du monde du travail, dont les spécificités (conditions de travail, rythmes et conditions de vie) peuvent parfois mal s'accorder à cette jeunesse. Ces jeunes apprentis rencontrent des problèmes spécifiques à l'interface du monde de l'école et du monde de l'emploi qui ont fait l'objet d'études nationales mais aussi régionales (notamment celles de l'Observatoire Régional de la Santé).

Il existe donc un réel enjeu à soutenir l'implantation de programmes de prévention et à favoriser l'accès aux soins et à la santé de ces jeunes apprentis ; c'est l'objectif de ce guide méthodologique, destiné aux équipes pédagogiques des CFA, passeurs de savoirs et de savoirs-être.

Ce guide propose ainsi des repères pédagogiques, méthodologiques pour monter des actions de prévention tout en prenant en compte la nécessité de rester souple dans les actions menées avec et auprès de ces garçons et filles qui sont en plein développement dans leur identité personnelle et professionnelle. Il présente également de manière synthétique les données clés des problématiques de santé rencontrées par les jeunes (sommeil, alimentation, sexualité, mal-être...) accompagnées de références d'outils pédagogiques. Cette approche permet d'éviter quelques simplismes, de respecter la complexité de certaines conduites et comportements de ces jeunes, tout en évitant des intrusions abusives ou des stigmatisations erronées.

Construit sur la base d'expériences du CJB et de la FRAES et grâce à la complémentarité des professionnels de nos deux associations, ce guide reconnaît les compétences des équipes pluridisciplinaires des CFA à pouvoir se mobiliser collectivement en s'appuyant sur les ressources internes et externes. Il s'agit de favoriser, à terme et dans le temps, sans s'épuiser, des stratégies de prévention adaptées où l'appropriation de ces actions par les jeunes est sans cesse réaffirmée.

Inscrit dans une approche globale des questions de santé, c'est à ces enjeux que ce guide se propose modestement de répondre, souhaitant ainsi que par cette initiative et par d'autres soit soutenue la promotion de la santé.

Patrick PELEGE
Sociologue
Directeur du CRJB*
Centre Ressources Jean Bergeret

Olivier FRANCOIS
Directeur de la FRAES**
Fédération Rhône-Alpes
d'Education pour la Santé

* Le CRJB est un centre régional de prévention des conduites à risques (des conduites addictives aux conduites suicidaires) à destination des jeunes, des parents et des professionnels. Ses missions reposent sur une activité clinique (Points Ecoute jeunes et familles), un centre de ressources sur les conduites suicidaires (documentation, observation, appui méthodologique...), un pôle ressources en milieux éducatifs.

** La FRAES est un pôle de compétence régional d'éducation pour la santé au service des acteurs de Rhône-Alpes qui possède des lieux d'accueil au siège et dans chaque département. Elle propose des ressources en information et documentation, en accompagnement méthodologique, en formation et en coordination, animation de réseaux.



Repères pour monter une action de santé

Pour monter une action de santé, le projet doit suivre une méthodologie qui a du sens et qui répond à des besoins. La démarche à suivre repose sur cinq grandes phases.

I. Le diagnostic / l'état des besoins

Le diagnostic sert à analyser une situation ou les problèmes existants ainsi que les demandes d'intervention de la population. Il permet de poser un cadre pour envisager des moyens facilitant la résolution des problèmes relevés. Cette première phase est un préalable indispensable pour créer des conditions favorables à la mise en œuvre des projets.

Le diagnostic est donc un état des lieux de la situation du quartier, de la ville... dans lesquels vous souhaitez agir. Il met en lumière l'état des besoins.

Il faut distinguer quatre dimensions :

1. Le recensement documentaire
2. La rencontre des professionnels du terrain
3. L'investigation spécifique auprès de la population
4. Le bilan du diagnostic

Le diagnostic : quels outils ?

- Etude documentaire
- Observation
- Entretien
- Groupe de parole
- Questionnaire

Le diagnostic = analyse de la situation, identification des besoins.

II. Définir des priorités et des objectifs

● ● ● Choisir des priorités d'intervention et une problématique

Le travail précédent a fait émerger plusieurs problèmes pour lesquels différents projets de santé sont envisageables. Il est nécessaire de faire un choix qui repose sur 4 critères :

- **l'importance du problème de santé dans la communauté** : la fréquence, la gravité mais aussi la perception du problème par les populations,
- **l'acceptabilité socioculturelle du problème ou de l'intervention** (le groupe est-il prêt à travailler sur le thème ?),
- **la connaissance des facteurs de risque** (en particulier ceux sur lesquels on peut agir),
- **la capacité et la légitimité à intervenir.**

A ces critères s'ajoutent également les disponibilités humaines, les moyens financiers, techniques... L'ensemble de ces critères permettra de faire émerger une priorité qui pourra être discutée avec les partenaires potentiels.

La problématique articulera la priorité retenue, les leviers d'action choisis (en lien avec les facteurs de risque) et la population ciblée.

• • • Définir des objectifs

L'objectif général est celui qui donne du sens à l'action. Son ambition sera très variable en fonction du niveau d'action (du national au local).

L'objectif général est précisé par des objectifs spécifiques qui renvoient aux effets directement attendus de l'action. Ils concernent les publics touchés par l'action et peuvent s'intéresser à leurs connaissances, opinions, compétences, comportements... Ils correspondent aux facteurs de risque ou déterminants du problème de santé (comportementaux, sociaux, biologiques...).

Idéalement, l'objectif spécifique est :

- **pertinent**, centré sur le résultat attendu,
- **mesurable**, exprimé à l'aide d'un indicateur qui permet de mesurer, par comparaison entre un état initial ou de référence et un état final, la performance obtenue,
- **réaliste** (contraintes) et réalisable (moyens disponibles),
- **défini par une durée** (temps au bout duquel est attendu ce résultat ?),
- **défini pour une population donnée** (auprès de qui est attendu ce résultat ?).

En éducation pour la santé, les objectifs spécifiques peuvent porter sur 3 dimensions à associer :

- **les connaissances à acquérir (savoirs),**
- **les aptitudes à développer (savoir-faire),**
- **les attitudes à favoriser (savoir-être).**

Un exemple autour du tabagisme

Objectif général

Réduire la consommation de tabac aux abords de l'établissement scolaire Z d'ici 2 ans.

Objectifs spécifiques

- Acquérir des connaissances sur les risques de consommation,
- Trouver des alternatives à la pause cigarette,
- Elaborer une nouvelle forme de convivialité pour pallier la cigarette-ennui.

III. Définir des activités et un plan opérationnel

Pour atteindre les objectifs spécifiques, des activités vont être définies. C'est dans cette étape que s'opère le choix des outils et non avant.

L'outil est au service d'un objectif, ce n'est pas lui qui donne du sens à l'action.

Quels outils ? Quelles activités ?

- brainstorming, jeu de rôle
- entretiens de groupe/ individuel
- débat...
- réalisation brochure, expo...

Une fois que les ressources ont été recensées, il faut réaliser **un plan opérationnel et un budget prévisionnel**. A cette étape, une réflexion sur la constitution d'un groupe de pilotage (qui suivra le déroulé de l'action) peut être menée.

Le plan opérationnel répond aux questions :

- Qui fait quoi ?
- Pour qui ?
- Quand ? Comment ? Dans quel ordre ?
- Avec quelles ressources ?
(humaines, matérielles et financières) ?

IV. La mise en oeuvre des activités

Une fois le plan opérationnel défini, les activités peuvent commencer. Pendant cette phase, le groupe de pilotage peut se réunir pour suivre le déroulement des activités et les réajuster si nécessaire.

V. L'évaluation

L'évaluation de l'action constitue l'opportunité de réaliser un **retour critique sur l'action pour l'améliorer**. L'évaluation peut porter sur le **processus**, c'est-à-dire la mise en œuvre de l'action et/ou sur les **résultats** c'est-à-dire sur l'atteinte ou non des objectifs spécifiques de l'action.

Pour ces deux niveaux, il faut identifier des critères et des indicateurs qui précisent le type d'informations que l'on recherche.

L'évaluation de processus pourra porter sur :

- les activités (en comparant les activités prévues et réalisées),
- les ressources humaines, matérielles et financières (en comparant le prévu et le réalisé),
- l'atteinte du groupe cible : satisfaction (équipe éducative, jeunes...) ; repérage des obstacles et des résistances du public...
- la qualité des relations et des échanges.

L'évaluation des résultats pourra porter sur :

- l'atteinte des objectifs spécifiques : connaissances acquises, compréhension des messages, prise de conscience de l'importance de la santé, des dangers des conduites à risque...
- les effets inattendus (positifs ou négatifs) de l'action.

Il existe plusieurs sources de données pour renseigner les indicateurs :

- les enquêtes par questionnaire ou entretien
- l'observation ou la mesure directe (recensement matériel, dynamique d'échanges lors d'une activité, nombre de personnes à une réunion...)
- l'analyse de document (compte-rendu, données sanitaires, statistiques, rapport d'activité...)



Approche pédagogique proposée



L'éducation pour la santé

L'approche pédagogique préconisée dans ce guide s'inscrit dans la promotion de la santé définie dans la Charte d'Ottawa (1986) et plus spécifiquement dans l'éducation pour la santé, qui est un **ensemble de méthodes et de démarches pour accroître l'autonomie et la capacité des personnes à faire des choix favorables à leur santé**. La démarche de l'éducation pour la santé implique de respecter la liberté et de promouvoir la responsabilité des personnes ainsi que de développer leurs connaissances et leurs compétences.

L'éducation pour la santé a élaboré deux repères forts concernant l'information à visée préventive :

- l'information est nécessaire mais non suffisante pour engager des changements de comportements ;
- l'information doit être co-produite avec les personnes concernées.

Ainsi, les personnes sont considérées comme ayant un savoir, un savoir-être et des compétences à partager avec les professionnels : ce nouveau modèle reconnaît l'importance du savoir « profane » qui doit nécessairement compléter le savoir des experts. Dans ce cadre, **l'adhésion des personnes doit être effective à tous les niveaux de la démarche proposée**.

Enfin, un des principes fondateurs de la démarche en éducation pour la santé réside dans un questionnement éthique : **comment éviter de normaliser les comportements de santé et de culpabiliser les personnes par rapport à leurs choix de vie ?**

En bref, l'éducation pour la santé c'est :

- Mettre l'individu ou le groupe au centre du projet ;
- Faire avec et pour les personnes : mettre en avant leurs ressources plus que leurs incapacités et leurs carences ;
- Se placer du côté des causes du problème plutôt que du côté des conséquences pour pouvoir agir ;
- Être à l'écoute des besoins et des attentes ;
- S'adresser aux responsables pour agir sur les environnements.

Les différents types d'action

Il existe plusieurs catégories d'interventions qui peuvent être complémentaires dans un projet de santé pour atteindre les objectifs que l'on s'est fixés.

● ● ● L'apport d'informations

L'information a sa place dans une action de prévention, elle n'est cependant qu'une étape à la fois nécessaire mais insuffisante de l'action de prévention. De surcroît, cet apport a plus d'impact si les savoirs sont produits avec les personnes concernées (on part de leurs connaissances).

● ● ● L'échange, le débat

L'échange permet d'apprendre à s'écouter et à se respecter. C'est souvent un temps qui permet de travailler sur les représentations des uns et des autres. Mais le débat en lui-même n'a de sens que si l'animateur a une réelle intention éducative. Le simple fait d'échanger ne constitue pas en soi une démarche d'éducation pour la santé (sauf si l'objectif se centre uniquement sur la dimension participative, dans un diagnostic par exemple). L'animateur doit être suffisamment outillé pour faire avancer le groupe dans sa réflexion.

● ● ● L'évènement de prévention

La programmation de la venue d'une exposition, d'un bus de prévention ou d'une représentation d'une pièce de théâtre peut contribuer efficacement à susciter des échanges, des implications plus fortes des professionnels, et favoriser le travail en partenariat avec les différents acteurs locaux. Ce genre d'évènement peut venir en point d'orgue d'un projet plus global.

● ● ● Le projet d'action éducative

Le projet d'action éducative favorise la participation et l'implication des personnes à partir d'un objet partagé : réalisation d'un journal, d'une bande dessinée, d'une exposition, d'une vidéo ou d'une émission de radio, etc. Ces objets partagés permettent aux personnes de s'approprier des informations et renforcent de multiples compétences psychosociales (savoir écouter, argumenter...). Ainsi facilitent-ils une prise de parole structurée et une action concrète sur le milieu. Ils agissent principalement sur les facteurs de protection.

Des méthodes participatives

Permettre l'expression des apprentis, les conduire à une prise de conscience de situations problématiques, les aider à construire des comportements favorables : cela nécessite de recourir à des méthodes participatives qui vont favoriser l'appropriation des informations.

Mais l'évolution de la réflexion, élaborée par les apprentis eux-mêmes, tout en étant guidés par les intervenants, se fait suivant une approche progressive qui nécessite plusieurs paliers avec des temps de « digestion ». C'est pourquoi l'éducation pour la santé défend davantage des projets d'action éducative, plutôt que des interventions ou événements ponctuels, pour intégrer cette dimension progressive qui nécessite du temps.

La démarche participative repose sur le principe que la transmission du savoir ne se déroule plus à sens unique, de manière verticale, mais constitue une interaction constante entre des personnes qui ont un savoir à partager.

Les compétences de l'animateur et le cadre d'animation



L'animateur, en préalable, doit prendre le temps de se présenter, d'exposer les objectifs de son intervention et poser le cadre de l'animation en particulier sur le fonctionnement du groupe.

Réalisé de façon participative, ce temps apparaît plus comme une concertation que comme une injonction (en questionnant le groupe par exemple sur les règles à se poser à nous-mêmes pour que chacun participe pleinement).

Le cadre d'animation :

- Respect de la parole de chacun (ne pas se couper la parole, ne pas juger...),
- Respect de la sphère intime (limites à poser entre privé /public).

Communication : pour se comprendre

Se comprendre signifie comprendre les participants et être compris d'eux. Mais communiquer, pour l'animateur, signifie aussi veiller à ce que les participants se comprennent également entre eux. L'animateur doit donc être vigilant à ce que la communication s'exerce à ces trois niveaux.

L'animateur doit être compris des participants

- Parler distinctement et suffisamment fort pour être entendu de tous,
- Partir des attentes et des besoins du public et ne pas les confondre avec les siens,
- Veiller à adapter son langage à celui des participants,
- Vérifier régulièrement que l'on est compris en posant des questions,
- Être concret, utiliser des exemples, des analogies,
- Mettre les messages clés en valeur.

L'animateur doit comprendre les participants

- S'assurer que l'on a bien compris la question ou la remarque d'un participant avant d'y répondre,
- Ecoute active : être attentif à entendre, comprendre et prendre en compte les attentes, besoins et opinions et réactions des participants,
- Encourager les questions, les réactions, les commentaires,
- Observer les réactions non verbales des participants : mimiques d'incompréhension, de fatigue, d'intérêt....

Les participants doivent se comprendre entre eux

- Dissiper d'éventuels contresens ou malentendus dans les échanges,
- Faire ressortir les différents points de vue exprimés,
- Résumer, si nécessaire, les interventions des participants.

Contrôle : pour rester maître de la situation

- Assurer les conditions de vie du groupe : accueil et présentation, formulation des objectifs, méthode de travail, synthèse et évaluation,
- Procurer les informations nécessaires à la réflexion et au débat,
- Veiller au respect du temps,
- Recentrer, si nécessaire, les participants sur le sujet,
- Réguler les échanges entre les participants, bien répartir la parole et veiller à ce que chacun s'écoute,
- Faire taire les bavards et s'exprimer les réservés,
- Constituer les équipes pour les travaux en sous-groupes,
- Adapter l'espace aux besoins des participants,
- Assurer les conditions matérielles de l'intervention (locaux, supports...).

Convivialité : pour faciliter les échanges

- Traiter les participants sur un pied d'égalité : regarder tout le monde car on a tendance à oublier les moins actifs,
- Encourager les efforts, minimiser les échecs et faire ressortir les réussites,
- Valoriser l'expression des participants, favoriser l'interactivité et les échanges au sein du groupe,
- Sécuriser les anxieux,
- Etre neutre et ne pas porter de jugements de valeur.

Quelques conseils pour rater vos animations !

- Arrivez les mains dans les poches sans avoir rien préparé,
- N'annoncez ni votre plan, ni votre démarche pédagogique,
- Parlez sans vous soucier de l'effet produit sur vos interlocuteurs,
- Monopolisez la parole,
- Ridiculez vos interlocuteurs,
- Ne sollicitez jamais la participation du public,
- Considérez que votre public ne sait rien et que vous seul détenez la vérité,
- Utilisez "votre jargon" professionnel avec un public qui ne le maîtrise pas,
- Considérez toute objection comme une agression et toute intervention comme une inconvenance,
- Racontez votre vie,
- Ayez toujours le dernier mot,
- Débordez systématiquement le temps qui vous est imparti,
- Négligez les aspects matériels de votre intervention : salles, supports...,

Situations d'animations de groupe : les questions à se poser



Un intervenant en éducation pour la santé rencontre souvent des situations d'animation qui peuvent parfois poser problème. L'objet de cette fiche est de synthétiser des pistes possibles pour débloquer ces situations difficiles. Il se peut que, malgré plusieurs tentatives, l'animation ne « prenne » pas, car le groupe n'est clairement pas disponible pour cela, ce qui ne remet pas forcément en cause la qualité de l'animation.

- ● ● **Un participant se met à évoquer de façon de plus en plus intime ses expériences. Comment réagir ?**
 - En début de séance rappeler les règles de l'animation et rappeler que l'on parle de ses représentations (ensemble d'avis) et non de sa vie personnelle,
 - Reconnaître l'intérêt des propos de la personne mais lui préciser que ce n'est pas le moment et que l'on peut en reparler individuellement en fin de séance (occasion de l'orienter éventuellement vers un spécialiste),
 - Recentrer sur le sujet (sans reprendre la personne).

- ● ● **Malgré vos relances, le groupe est mutique et ne veut pas du tout participer. Comment réagir ?**
 - Eviter de faire comme si tout allait bien,
 - Interroger le manque d'enthousiasme,
 - Offrir une possibilité de changement de thème ou d'outil pour recentrer le groupe sur un thème qui le préoccupe et l'empêche de travailler sur autre chose (problème de vie de classe par exemple),
 - En amont, le temps dédié à la pose du « cadre » peut être fait sur un modèle participatif.

- ● ● **Votre co-animateur, que vous connaissez très peu, intervient de plus en plus et en contradiction avec vous. Comment réagir ?**
 - Prendre le temps, même très court, de s'accorder avec son co-animateur pour clarifier la place de chacun,
 - S'en sortir en soulignant la complexité du problème, du phénomène en jeu, et rappeler que chacun a ses propres représentations par rapport à un même phénomène,
 - Avancer des « données scientifiques » et validées,
 - Accepter et dire clairement que l'on n'est pas forcément d'accord et rappeler que les données peuvent évoluer dans le temps,
 - Ne pas s'opposer frontalement, ne pas remettre en cause l'autorité et la légitimité de l'autre animateur.

- ● ● **Un participant vous pose des questions de plus en plus précises sur le sujet que vous évoquez, jusqu'à dépasser votre seuil de connaissances. Comment réagir ?**
 - Reconnaître que l'on ne sait pas tout,
 - Questionner l'ensemble du groupe sur les réponses possibles,
 - Proposer de chercher l'information pour la prochaine séance.

- ● ● **Les participants vous posent des questions personnelles sur vos pratiques. Comment réagir ?**
 - Renvoyer la question « et vous, vous en pensez-quoi ? »,
 - Renvoyer sur la raison de la question « Pourquoi posez-vous cette question ? »,
 - Rappeler que l'on intervient en tant que professionnel et qu'il y a des limites entre la sphère publique et privée,
 - Etre au clair par rapport à ses pratiques et anticiper les questionnements.

Les risques extra-professionnels



Au-delà des risques professionnels qui font normalement l'objet d'un document unique d'évaluation, un ensemble de risques non directement liés à l'emploi exercé demeure. En effet, c'est bien souvent l'effet cumulatif des pratiques professionnelles et des pratiques extra-professionnelles qui peuvent présenter un risque.

Le mal de dos

Risque professionnel majeur, le mal de dos peut survenir accidentellement (chute, faux mouvement...) ou progressivement suite à l'accumulation de différents facteurs où la pratique professionnelle n'est pas entièrement responsable. En effet, les vibrations d'un véhicule ajoutées à des mauvaises postures au quotidien (lever du lit, tâches ménagères, jardinage, mauvaise assise devant l'ordinateur par exemple ...) contribuent à provoquer des lombalgies.

Outre les recommandations professionnelles liées à un poste en particulier, des préconisations pour le quotidien peuvent prévenir le mal de dos :

- Plier les genoux pour ramasser un objet à terre, et non se pencher en avant, jambes tendues,
- Fléchir légèrement les genoux en station debout prolongée,
- Dormir sur le dos ou sur le côté plutôt que sur le ventre,
- Sur un siège se tenir droit, le dos bien calé au dossier.

Certaines pratiques professionnelles peuvent être en cause mais bien souvent c'est l'effet cumulatif qui est en cause : pratique professionnelle et mauvaise posture au quotidien.

Quelques repères

- 70% des français se plaignent de mal de dos.
- Le mal de dos est la première cause d'arrêt de travail, dû en particulier à la manutention manuelle d'objets lourds.

Les risques auditifs

De nombreuses études, rapports médicaux et enquêtes épidémiologiques ont mis en évidence l'apparition de **troubles auditifs précoces auprès d'une population nombreuse** (7 millions de personnes et 1 jeune sur 5 concernés en France).

Ces troubles auditifs sont principalement :

- **La presbycusie** : surdité précoce ;
- **Les acouphènes** : sifflements, bourdonnements temporaires ou définitifs ;
- **L'hyperacusie** : hypersensibilité douloureuse aux sons courants empêchant toute vie normale sans protection auditive.

Ces symptômes peuvent apparaître de manière **immédiate** sous la forme d'un traumatisme aigu, ou s'installer **de façon progressive, sournoise et insidieuse**, et ne se révéler qu'après plusieurs années, lorsqu'il est "trop tard" pour réagir.

Pourquoi des troubles auditifs surviennent-ils ?

Ces troubles auditifs sont essentiellement dus à une **surexposition sonore** de l'organe auditif qui se dégrade prématurément lorsque ses limites naturelles de résistance sont dépassées (à l'image d'un muscle trop sollicité dont on ne respecterait pas les limites mécaniques ou les besoins de récupération entre deux efforts).

Un certain nombre de facteurs personnels peuvent accélérer encore davantage l'apparition de ces troubles et augmenter leur gravité (antécédents ORL, prise de médicaments, consommation de substances psycho-actives : alcool, tabac, drogues...).

Les situations de surexpositions sonores sont générées dans le cadre d'un environnement et d'activités professionnelles ou de loisirs toujours plus bruyants : industrie, transport, environnement urbain, concerts, discothèques, baladeur, deux-roues, tuning...

Dose de bruit admissible

Une dose de bruit maximale hebdomadaire admissible a été définie par des instances médicales. Cette dose est égale à 40 heures d'exposition à un volume moyen de 87dB (équivalent à un travail bruyant) ou à 2 heures d'exposition à un volume moyen de 100dB (baladeur à fond) ou à 38 minutes d'exposition à un volume moyen de 105dB (lieux de concerts). Ainsi, le cumul de ces activités sur une même période (cumul d'expositions professionnelles et d'expositions extra-professionnelles) engendre le cumul des doses sonores subies, ce qui multiplie d'autant le risque de lésion auditive.

Si la notion de dose de bruit est de mieux en mieux prise en compte dans le monde du travail, les expositions sonores **extraprofessionnelles**, souvent très importantes notamment dans les loisirs et encore davantage chez les jeunes, ne sont jamais prises en compte. Des simulations montrent ainsi qu'un individu peut couramment subir, du fait de ces cumuls d'exposition, jusqu'à 9 ou 10 fois la dose hebdomadaire maximum recommandée.

Apprendre à gérer le temps d'exposition

La problématique du risque auditif fait donc apparaître que si l'on souhaite permettre à chacun de préserver son "capital auditif", un apprentissage d'une gestion individuelle du temps d'exposition au « bruit » doit se mettre en place. Cette gestion doit d'abord passer par une évaluation de sa dose hebdomadaire d'exposition au « bruit » (activité professionnelle, rue bruyante, baladeur, sorties en concert ou discothèque...) pour envisager ensuite de limiter son temps d'exposition personnel.

Nombre de décibels (dBA)	Type d'exposition	Durée maximale d'exposition hebdomadaire tolérée
180 dBA	Fusée Ariane	
140 dBA	Avion au décollage	
120 dBA	Seuil de la douleur	1 minute
105 dBA	Limite légale musique en concert ou en discothèque	45 minutes
100 dBA	Baladeur, MP3 à volume maximum	2h
95 dBA	Klaxon, rue à trafic intense	7h
90 dBA	Baladeur à volume moyen	20h
87 dBA	Ambiance d'un restaurant scolaire, automobile	40h
85 dBA	Seuil de risque	
70 dBA	Salle de classe	
60 dBA	Fenêtre sur rue, sonnerie de téléphone	
50 dBA	Machine à laver	
20 dBA	Vent léger	

Un moyen très simple d'appréciation subjective du niveau sonore : si on a des difficultés pour parler à une personne à moins d'un mètre et qu'il faut élever la voix, le niveau de 85 dB (A) est atteint.

RESSOURCES

- **Guide : Evaluation des risques professionnels. Aide au repérage des risques dans les PME-PMI.**

Auteur : Institut National de Recherche et de Sécurité.

Téléchargeable sur www.inrs.fr - Rubrique Se documenter / Publications / Démarches et instruments de prévention / Evaluation des risques.

- L'oreille cassée.

Auteur : Centre Régional d'Imagerie Cellulaire (CRIC), Université de Montpellier 1 / INSERM.

Ce CD-Rom, très informatif, propose d'aborder la physiologie de l'oreille, de comprendre le son et de mieux préserver son audition.

Où trouver ces outils ?

www.education-sante-ra.org / rubrique Outilthèque

Le sommeil



La thématique du sommeil apparaît souvent comme la première préoccupation des jeunes. Derrière cette thématique se cache en réalité son corollaire : les troubles du sommeil. En effet, de nombreux individus en souffrent et cela renvoie bien souvent à une problématique plus large : difficulté à arrêter l'ordinateur, la télévision... Toutefois, l'objet de cette fiche est de donner des éléments de compréhension du sommeil pour mieux aborder la question des troubles du sommeil.

Nous passons plus d'un tiers de notre vie à dormir. Le sommeil est un moment très important, même vital pour les êtres humains. Ce phénomène très complexe, composé de plusieurs cycles, demeure cependant encore assez méconnu du public.



Le sommeil, qu'est ce que c'est ?

Une succession de cycles

Le sommeil d'une personne (hormis le nourrisson) **se compose de plusieurs cycles**. On peut parler de sommeil réparateur si, et seulement si, ces cycles se succèdent de manière ininterrompue et harmonieuse. **On compte entre 4 à 6 cycles d'une durée variant entre 1h30 à 2h chacun.**

Si cette durée est en général la même chez tous les individus, les cycles diffèrent d'un dormeur à l'autre et se succéderont autant de fois pendant le sommeil que l'organisme en a besoin, en fonction de la phase dans laquelle se trouve l'individu : croissance, récupération de fatigue physique ou nerveuse, mémorisation, etc.

Des cycles composés de 5 stades d'activité physiologique

- **Sommeil lent très léger** (*stade 1*)

On se coupe progressivement de l'extérieur, on continue d'entendre ce qu'il se passe mais on ne parvient plus à trouver la volonté de répondre. Les paupières tombent, les muscles se relâchent et on peut être réveillé facilement.

- **Sommeil lent léger** (*stade 2*)

On entend encore mais on ne comprend plus ce qui est dit. La respiration devient plus calme. On peut encore être réveillé facilement.

- **Sommeil lent profond** (*stade 3*) et sommeil lent très profond (*stade 4*)

On n'entend plus rien. Ces stades sont importants car ils permettent de se «réparer». Ils effacent la fatigue. C'est pendant ces stades qu'est sécrétée l'hormone de croissance.

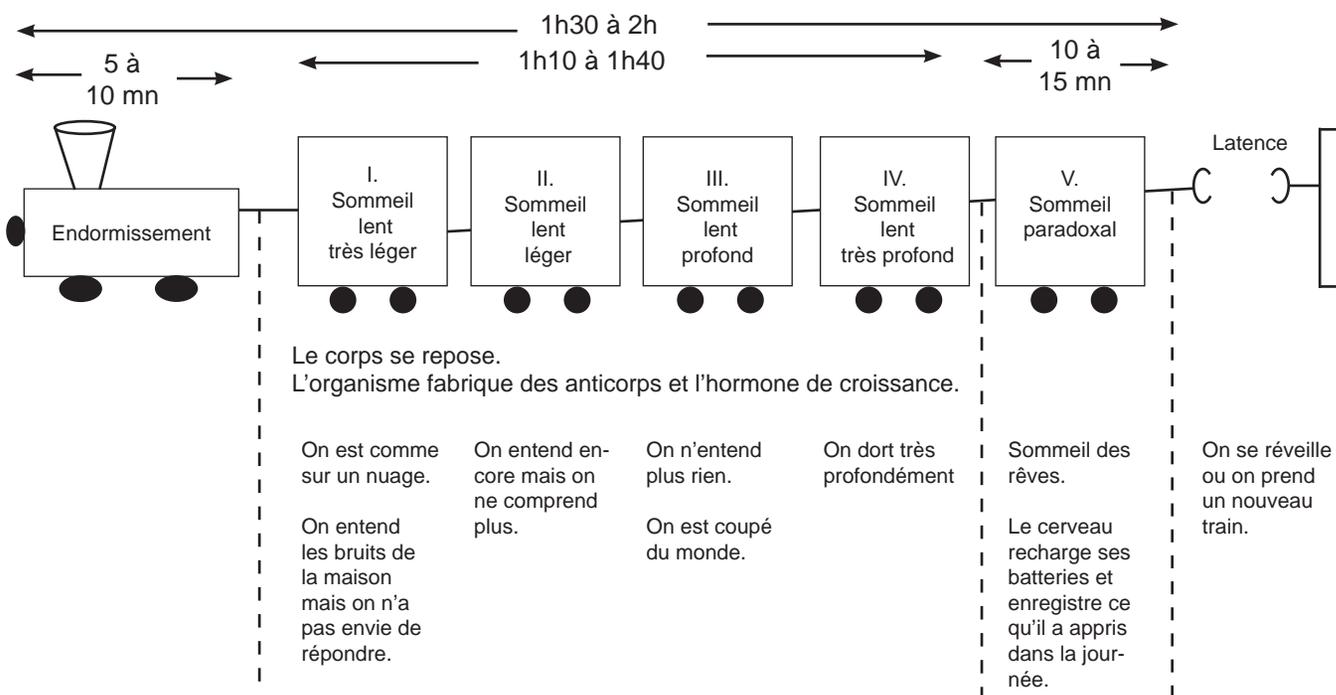
• **Sommeil paradoxal (stade 5)**

C'est à ce stade que l'on rêve. Le corps est comme paralysé, on bouge très peu alors que le cerveau est très actif. Il « recharge ses batteries » et enregistre ce qu'il a appris dans la journée.

LE TRAIN DU SOMMEIL

1 train = 1 cycle de sommeil

1 nuit = 4 à 6 trains



Source : Prosom

... Puis on recommence au stade 1 jusqu'au stade 5...

Le réveil est facile et agréable s'il coïncide avec la fin d'un cycle, il est pénible s'il survient pendant le sommeil paradoxal ou pendant le sommeil profond.

Quelle est la durée idéale du sommeil ?

Tout le monde n'a pas besoin du même temps de sommeil. Certains dorment 6 heures par nuit (plutôt les adultes), d'autres ont besoin d'au moins 10 heures, c'est à chacun de trouver son rythme et de le respecter. Dans certains cas, si le cadre le permet, une courte sieste de 15 à 20 minutes assure un équilibre de sommeil. Enfin, il vaut mieux essayer de se coucher quasiment à la même heure tous les soirs car le corps se prépare et cela facilite l'endormissement. La durée optimale de sommeil est celle qui ne vous laisse pas fatigué le matin ou somnolant la journée.

A quoi sert le sommeil ?

Le corps et le cerveau ont besoin de se reposer pour bien fonctionner pendant tout le temps où l'on est éveillé. Cela permet de faire le plein d'énergie pour la journée suivante.

Ainsi, c'est pendant le sommeil que l'on fabrique des anticorps et que l'on « grandit » puisque l'hormone de croissance intervient à ce moment là. Cette hormone est nécessaire à la croissance des enfants, aide à la cicatrisation et permet de réparer les tissus. Le sommeil est aussi un temps où l'on trie les informations que l'on a reçues dans la journée, on garde celles qui sont utiles et on efface les autres. Le sommeil favorise les apprentissages car il assure une mémorisation de ce qui est appris.

Les rêves, quant à eux, permettent de se défouler, d'évacuer les souvenirs désagréables ou de revivre des situations heureuses. Beaucoup de théories sont développées sur les fonctions du rêve et sur le sommeil, mais de nombreuses interrogations demeurent et les recherches se poursuivent.

Comment améliorer la qualité de son sommeil et éviter les somnolences ?

Il existe plusieurs facteurs sur lesquels on peut agir :

- **L'alimentation** : prévoir au moins 2 heures entre l'heure du coucher et la fin du repas qui devrait être ni trop léger ni trop lourd et sans boissons excitantes (cola, thé, café...)
- **L'environnement** : privilégier une chambre à 19°C, un éclairage léger et une bonne literie ; éviter la musique trop forte, les jeux vidéo avant l'endormissement ainsi que des longues périodes de télévision.
- **L'état général** : le stress, bien que difficilement contrôlable, empêche de dormir. Privilégier ainsi la relaxation (exercices de respiration, de laisser-aller) et l'activité physique (pratiquée bien avant la période du coucher, si possible quotidiennement mais de façon non intensive) est préférable à l'usage de somnifères qui doivent être prescrits en cas de gros troubles du sommeil.
- **Les signes du corps** : dès les premiers signes de fatigue (bâillements, somnolence, baisse d'énergie, yeux lourds qui picotent...) il faut savoir aller se coucher. Veiller à conserver une régularité dans les heures du coucher et du lever.

Le sommeil est un facteur majeur de notre équilibre mental et physique. La privation de sommeil peut entraîner des troubles psychologiques importants.

Les signes qui doivent alerter

Si malgré les conseils ci-dessus, les troubles du sommeil ou ses conséquences sont trop envahissants (grande inquiétude, multiples réveils, manque d'énergie, malaise...) il est important de consulter son médecin généraliste ou d'en parler à l'infirmière scolaire s'il y en a une.

Les chiffres du sommeil

- 1/3 de notre vie se passe à dormir : à 60 ans nous avons dormi 20 ans !
- Environ 2 français sur 3 souffrent de troubles du sommeil et 10% de la population, adolescents compris, consomment des somnifères.
- Les besoins et les rythmes varient selon les âges et les individus. On estime ainsi que chez un adulte, 7 à 8h de sommeil sont nécessaires pour 60 à 70% de la population (pour 10 à 20 % de la population 9 à 10h sont indispensables et à l'opposé 4 à 6 h suffisent pour 4 à 10 % de la population).
- 45% des 25-45 ans considèrent ne pas dormir assez pour les raisons suivantes : le travail (52,5%), les facteurs psychologiques comme le stress ou l'anxiété (40%), ainsi que les enfants (27%).

RESSOURCES

- Dossier pédagogique - Sommeil et adolescents

Auteur(s) et diffusion Association Nationale de PROMotion des connaissances sur le SOMmeil (PROSOM) - www.prosom.org

Ce dossier technique comprend des fiches d'informations théoriques et des fiches de communication utilisables pendant les actions avec les jeunes.

- CD-Rom / DVD-Rom - Sommeil de l'enfant et de l'adolescent

Auteur et diffusion Réseau Morphée - www.reseau-morphee.org

Ce DVD-ROM informe aussi bien les adolescents, les parents, les enseignants que les professionnels de la santé sur les bons comportements et les idées fausses, notamment sur les troubles liés au manque de sommeil.

- Brochure - Je dors, J'assume !

Auteur(s) et diffusion Association Nationale de PROMotion des connaissances sur le SOMmeil (PROSOM) - www.prosom.org

Album broché de 30 pages qui aborde le thème du sommeil et de ses troubles chez les adolescents à travers les personnages de Léa et Sam.

Où trouver ces outils ?

www.education-sante-ra.org / rubrique Outilthèque

L'alimentation L'activité physique



Un problème de santé publique

L'alimentation et l'activité physique apparaissent aujourd'hui comme des sujets d'action prioritaire du fait de la prévalence de l'obésité, et plus globalement du fait que les principaux facteurs de risque de mortalité prématurée en Europe sont liés aux comportements alimentaires et au manque d'activité physique (cinq facteurs sur sept) : pression sanguine, cholestérol, indice de masse corporelle, consommation insuffisante de fruits et légumes, manque d'activité physique. Les deux autres facteurs de risque sont la consommation excessive d'alcool et la consommation de tabac.

Les problèmes de santé et les complications liés à l'obésité sont nombreux et sont d'ordre :

- somatique : difficultés respiratoires, hypertension artérielle, maladies métaboliques...
- psychologique ou social : mal-être, mauvaise estime de soi, rejet...

Les facteurs de risque de l'obésité

Différents types de facteurs ont été identifiés pour expliquer l'obésité :

- **les modes de vie** (type d'alimentation, sédentarité, baisse de l'activité physique...)
- **l'environnement social** (rôle de la publicité)
- **les facteurs psychologiques**
- **les facteurs génétiques**

Mais les deux principaux facteurs qui font l'objet d'une politique de santé importante sont le type d'alimentation et la sédentarité accrue se traduisant notamment par une baisse de l'activité physique.

Il est à noter que les complications de santé liées aux comportements alimentaires et au manque d'activité physique ne surviennent pas seulement à l'apparition du surpoids ou de l'obésité. En effet, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires, par exemple, peuvent apparaître sans signe de surpoids. Enfin la problématique de l'anorexie ou d'autres troubles de l'alimentation révèlent des difficultés psychologiques importantes nécessitant une prise en charge spécifique. Dans ce cas, le rôle d'un éducateur pour la santé, d'un enseignant ou d'une infirmière scolaire pourra être l'orientation vers des spécialistes.



Quelques repères

- En 2006, l'obésité concernait 12,4% de la population, contre 11,3% en 2003 et 8,2% en 1997.
- On estime donc que la prévalence de l'obésité a doublé en 20 ans.
- Les jeunes générations ont une corpulence supérieure et une obésité plus fréquente que leurs aînés.
- Les enfants sont particulièrement affectés par l'obésité : 18% sont en surpoids, dont 4% obèses.
- Risque de persistance de l'obésité à l'âge adulte en cas d'obésité infantile.

(Sources : enquête Obepi 2006, rapport IOTF.)

La construction du comportement alimentaire

Le cycle de la vie

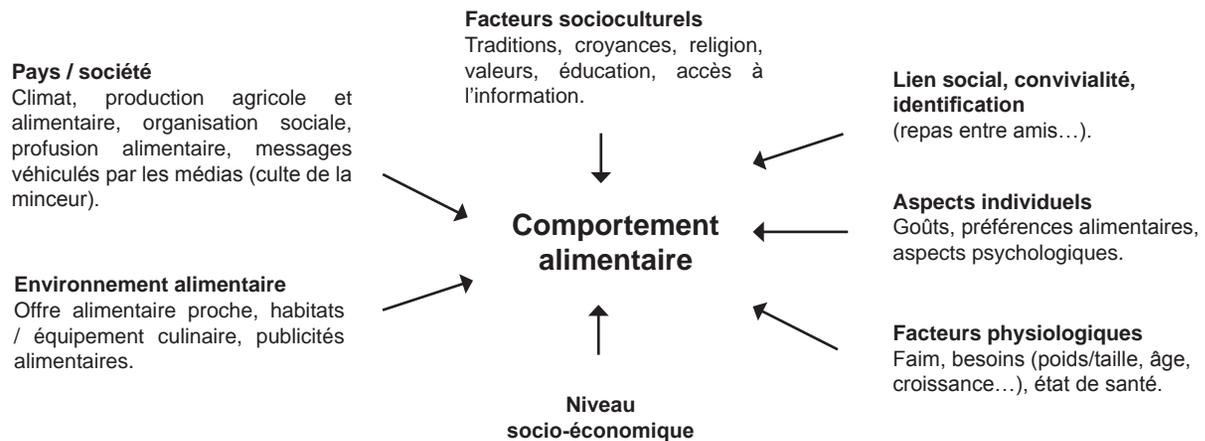
Très tôt, le répertoire alimentaire de l'enfant se limite aux aliments consommés par la famille. C'est suite à sa scolarisation que son répertoire culinaire commencera à s'élargir, grâce à l'école et en particulier à la cantine, ainsi qu'au contact avec les pairs, notamment avec les premières invitations à manger chez les amis.

L'adolescence constitue généralement le moment fort de l'apprentissage social de la consommation de certains «aliments» : café, alcool, fromages forts, huîtres, salade, endives, etc..., aliments souvent peu appréciés par les enfants, dont la consommation signe une certaine maturité. L'adolescence est une période de construction d'identité. Certains adolescents, dans une logique d'affirmation, peuvent alors soit déstructurer leur alimentation pour aller à l'encontre des discours de la famille ou de la société, soit tenter d'outrepasser l'ordre culinaire en s'essayant à de nouvelles préparations (les pâtes au chocolat par exemple).

Les événements de la vie comme la mise en couple, la parentalité, une séparation... sont autant d'événements qui auront une incidence directe sur le comportement alimentaire : restriction alimentaire lors de la mise en couple (disparition des aliments non appréciés par l'autre), activité de cuisine intensifiée avec l'arrivée d'enfants, délaissement de la cuisine avec le célibat ou la séparation...

Outre la prise en compte du cycle de la vie dans l'analyse du comportement alimentaire, de nombreux déterminants sont à intégrer pour comprendre la construction d'un comportement alimentaire.

Les déterminants d'un comportement alimentaire



Les besoins alimentaires

Les besoins alimentaires (ou apports de sécurité pour l'Organisation Mondiale de la Santé) sont définis de manière à ce qu'un individu bien portant maintienne sa santé. En France ces besoins sont appelés « Apports Nutritionnels Conseillés » (ANC). Ces ANC sont des valeurs choisies par un groupe d'experts qui tiennent compte de données scientifiques sur les besoins nutritionnels mais aussi des habitudes alimentaires.

Repères de consommation du PNNS (Programme National Nutrition Santé) pour un adolescent :

- Fruits et/ou légumes : au moins 5 par jour,
- Pains et autres céréaliés de préférence complets, pomme de terre et légumes secs : à chaque repas et selon l'appétit
- Produits laitiers : 3 (ou 4) par jour,
- Viandes, poissons, œufs : 1 ou 2 fois par jour,
- Matières grasses ajoutées (huile et beurre)/ sel/ produits sucrés : limiter la consommation,
- Eau à volonté,
- Au moins l'équivalent d'une demi-heure voire d'une heure de marche rapide par jour.

Il s'agit bien de repères et non de normes. L'important est surtout de veiller, d'une manière ou d'une autre (remplacement possible de la viande par d'autres aliments, par exemple les légumineuses, les céréales...), à **ne pas provoquer de carence par l'absence de certains aliments**.

Malgré ces repères de consommation, les besoins énergétiques sont très variables d'un adolescent à l'autre, même si ceux-ci sont du même âge et du même sexe. Ils varient en fonction du niveau de croissance et surtout du «degré» d'activité physique pratiquée. Ainsi l'aspect quantitatif de la ration alimentaire doit-il être adapté aux dépenses de l'adolescent et à son appétit. L'alimentation doit donc fournir des apports suffisants pour compenser les dépenses essentiellement liées à l'activité de l'organisme (métabolisme), à la croissance et l'activité physique.

La prise de poids provient essentiellement d'un **excès d'apport énergétique par rapport aux dépenses**. Ainsi, quel que soit l'âge, la recommandation majeure est d'éviter des apports énergétiques trop importants (en particulier les aliments gras et sucrés) et d'augmenter la dépense énergétique (activité physique). En bref, plus un individu va augmenter ses dépenses énergétiques, plus il pourra ou devra augmenter ses apports énergétiques.

RESSOURCES

- **Fourchette et baskets, outil d'intervention en éducation pour la santé.**

Auteur : INPES

Téléchargeable sur www.inpes.sante.fr

(rubrique Espace thématique/ nutrition/Publication Grand Public)

Guide très complet qui comporte des fiches d'information et d'animation.

- **RÉ-ACTIVITÉ... sédentarité et surpoids : promouvoir l'activité physique auprès des tous les jeunes.**

Auteur : FRAES (ex-CRAES-CRIPS), 2007.

Version interactive complétée sur www.reactivite.net

Guide pour aider à monter des projets qui recense de nombreuses actions de terrain en Rhône-Alpes

- **Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du «Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents».**

Auteur : INPES

Téléchargeable sur www.inpes.sante.fr

(rubrique Espace thématique/ nutrition/Publication Professionnels)

Ce document a pour but de sensibiliser les professionnels de santé à leur rôle éducatif dans le domaine de la nutrition.

Où trouver ces outils ?

www.education-sante-ra.org / rubrique Outilthèque

La sexualité



La sexualité, une question de culture et d'éducation

La sexualité est une donnée qui organise les individus et les sociétés. En ce sens, elle est fondamentalement apprise, culturelle, et pas seulement biologique. Or la question de la sexualité, et plus précisément le rapport au plaisir, a considérablement évolué au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle (passage d'une rigidité morale à la « révolution sexuelle », récupérée plus tard par la société marchande). Aujourd'hui, la société cherche un rééquilibrage pour ne pas revenir sur les conquêtes fondamentales tout en intégrant un minimum d'interdits sexuels, qui posent la sexualité comme une relation entre deux sujets.

Le développement psychosexuel des enfants et des adolescents

L'étude de la sexualité infantile a permis de poser la sexualité comme organisateur fondamental de l'humain. En effet, il a été abondamment démontré l'importance de la notion de plaisir et de curiosité sexuelle infantile qui se traduiront schématiquement par l'enchaînement de périodes progressives sur le plan psychique (phases orale, anale et phallique répertoriées par la psychanalyse).

A partir de 4 ans, le primat de la zone génitale apparaît, et la résolution du complexe d'Œdipe se présente comme une étape fondatrice de la sexualité. Cette **prégnance de la sexualité** dans le développement de l'enfant devient un peu **plus silencieuse entre 7 et 12 ans**.

À la puberté et à l'adolescence, le développement sexuel paraît reprendre là où il avait été laissé à 7 ans. C'est une période de crise identitaire forte chez les garçons et les filles avec l'apparition de doutes sur son corps et son sexe (son genre) qui changent sur le plan physiologique, psychologique et socioculturel : apparition de la pilosité, mue de la voix, règles, pollutions nocturnes, pulsions sexuelles, excitations individuelles et collectives La confrontation à cette image nouvelle de soi est une expérience intime difficile. L'adolescent est agité par la question du devenir adulte.

La construction de la sexualité adulte signifie, pour un adolescent, de quitter les rapports aux autres entretenus sur le mode de la sexualité infantile. Ainsi ce passage caractérisé par la transformation pubertaire **peut être décrit notamment par quatre aspects**.

1. La redécouverte de soi et d'autrui

L'adolescent éprouve de nouvelles sensations, des désirs inconnus, et change de formes corporelles. Tout cela peut rendre l'individu méconnaissable à lui-même, ce qui nécessite **un temps de reconstruction, de réappropriation de son image**. Sa nouvelle image va s'appuyer sur les regards que lui renvoient les autres, sur sa capacité à plaire et à entrer dans une relation de séduction. Et ces enjeux de séduction et de honte peuvent passer par des tenues vestimentaires osées, des maquillages jugés outranciers par les adultes. Ils constituent en réalité un temps d'essais et d'erreurs dans la construction de l'image de soi vis-à-vis d'autrui.

2. Recherche de preuves des capacités sexuelles et reproductrices

De manière plus intense chez les filles, la puberté réveille aussi le désir et la capacité d'avoir un enfant. Tenter l'aventure de la grossesse pour une jeune fille peut-être une façon de se rassurer sur le bon fonctionnement de son corps de femme (bien des oublis de pilule n'ont pas d'autres sens). Le garçon de son côté se rassure, bien souvent, par le recours à la masturbation, signe de plaisir par l'autoérotisme et façon, aussi, de se rassurer sur ses capacités érectiles.

3. La fusion ou l'autre comme double parfait

L'adolescent, en grandissant, **doit se séparer de ses premiers objets d'amour** (en particulier de sa mère et du monde protecteur de l'enfance). Cette séparation peut donner lieu à des réactions très vives, voire violentes, envers tout ce qui touche au féminin et au maternel : injures sexistes, fugues, consommation excessive de produits psychoactifs, alcoolisations collectives, agressivité et dépréciation, atteintes corporelles, troubles alimentaires, consommations sexuelles sans relations affectives... La rencontre avec l'autre sexe rend de nouveau possible le fantasme de fusion, l'unité perdue d'avec sa mère. Les passions amoureuses adolescentes sont d'abord des rêves de fusion avec un « autre » parfait qui lui renvoie aussi sa perfection. **Dans ce désir d'unité absolue**, l'adolescent est tiré vers l'infantile, **il n'a pas fait la découverte de la rencontre amoureuse mature** où l'autre est différent de soi. C'est ce passage là qui le rendra adulte.

4. La découverte de l'autre, entrée dans la sexualité adulte

Le passage vers la découverte de l'autre est le plus long à venir et implique la mise en œuvre de moyens psychiques réels. Cela passe pour l'adolescent par **une dés-idéalisation de ses parents** et, dans certains cas difficiles, par des passages à l'acte comme des fugues ou des consommations fortes de produits psychoactifs. La sexualité adolescente aide le sujet dans cette séparation d'avec les parents mais cela n'est opérant que si les parents ne viennent pas surveiller ni protéger leurs « enfants », devenus sexuellement et affectivement actifs, des dangers supposés de la sexualité. Les parents ne doivent pas non plus accepter que la relation se déroule trop tôt sous le toit familial, comme pour encadrer le « bébé-couple » car cela viendrait entraver la nécessité pour les jeunes couples d'avoir une vie et un espace intime différenciés de celles et ceux qui les ont mis au monde.

(Source : Education à la sexualité au collège et au lycée, guide du formateur, CNDP)

La Loi et la sexualité

La majorité sexuelle est fixée à 15 ans et il n'existe pas de notion de consentement au-dessous de l'âge de 15 ans. En France, la loi pose le principe du libre exercice de la sexualité, entre adultes consentants et en dehors du regard des autres, donc dans la sphère privée.

La loi différencie les atteintes sexuelles des crimes sexuels et aggrave les sanctions quand des actes sexuels sont commis par des adultes ayant autorité sur les mineurs (parents, enseignants, éducateurs...).

Quelques repères

- Age moyen du premier rapport sexuel : 17,6 ans pour les filles, 17,2 ans pour les garçons.
- Pour le premier rapport sexuel, le pourcentage d'utilisation du préservatif est de 85%.

La contraception

- Parmi les 15-54 ans qui déclarent avoir eu un rapport au cours des 12 derniers mois, 71% des interrogés utilisent un moyen de contraception pour éviter une grossesse. Plus de 80% des 15-24 ans sexuellement actifs déclarent avoir recours à une pilule contraceptive. Les 15-19 ans sont 20% à déclarer utiliser des préservatifs.

Les grossesses non désirées, recours à l'IVG

- Parmi les 15-19 ans, 3,7% déclarent avoir eu recours à une IVG (le taux cumulé atteint 21,8% pour les femmes de 45 à 54 ans).

Le VIH/Sida

- Aujourd'hui, près de 135 000 personnes vivent avec le VIH/Sida. Chaque année 6000 à 7000 personnes découvrent leur séropositivité. Les jeunes représentent 12 % des nouvelles contaminations.
- Moindre sensibilisation à la prévention du VIH et relâchement des comportements de prévention.
- Recrudescence de certaines IST depuis 10 ans. Epidémie qui touche de plus en plus les femmes et les populations précarisées (population migrante particulièrement).
- Pratiques du test : Parmi les 15-19 ans, 19,5 % des filles et 10,2% des garçons ont pratiqué un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois.

Autres IST (Infections sexuellement transmissibles)

- La prévalence des infections à Chlamydia trachomatis (bactérie très transmissible, IST la plus répandue en France) est maximale entre 15-25 ans chez les femmes (5 à 10%) et entre 15-34 ans chez les hommes.
- L'herpès génital constitue un autre problème de santé répandu et en progression (18% chez la femme et 14% chez l'homme).

(source : INED, Baromètre santé INPES, INVS, DGS)

RESSOURCES

- Education à la sexualité, Guide d'intervention pour les collèges et les lycées

Auteur : CNDP Déc 2005.

En ligne sur : http://eduscol.education.fr/D0060/education_sexualite_intervention.pdf ou en recherche libre sur www.educasource.cndp.fr

Ce guide très complet fournit des repères et de nombreuses propositions d'animation.

- Shalimar : un jeu sur les relations amoureuses.

Auteur : service de promotion de la santé de Bruxelles

Cet outil destiné à un public adolescent a pour objectifs de favoriser le dialogue autour des influences familiales, religieuses et culturelles et de permettre l'expression des représentations sur différents thèmes liés à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Où trouver ces outils ?

www.education-sante-ra.org/ / rubrique Outilthèque

Le stress Le mal-être Le suicide



La différence essentielle entre le stress et le mal-être porte sur l'objet. Le stress trouve son origine dans la relation à la tâche à accomplir et les conditions dans lesquelles cette tâche se déroule (conditions de travail...). Le mal-être, quant à lui, a des causes beaucoup plus diffuses : angoisse, manque de confiance en soi, mauvaise image de soi, difficultés à faire confiance à l'autre... Autant de causes plus ou moins conscientes qui donnent ce sentiment de malaise qui peut s'exprimer sur de multiples modes : timidité, agressivité, addiction etc..



Le stress

Le stress apparaît aujourd'hui comme un phénomène lié aux modes de fonctionnement de nos sociétés occidentales : pressions professionnelles, nécessité d'adaptation aux changements... Le stress est devenu un mot à géométrie variable, fortement médiatisé, utilisé pour désigner des réalités très diverses. La définition de l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail de Bilbao est très éclairante et indique qu' un état de stress survient lorsqu'il y a **déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face**. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress peuvent affecter également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne.

• • • Le stress au travail

Le stress apparaît depuis une quinzaine d'années comme l'un des risques majeurs auquel les organisations et les entreprises doivent faire face : un salarié européen sur cinq déclare souffrir de troubles de santé liés au stress au travail. Les moyens de prévenir le stress au travail existent. La démarche de **prévention collective** est à privilégier car elle est plus efficace dans le temps. Elle consiste à **réduire les sources de stress dans l'entreprise** en agissant directement sur l'organisation, les conditions de travail, les relations sociales de travail et/ou le poste de travail.

Les facteurs qui contribuent au stress au travail sont multiples. Ils peuvent en effet être liés :

- à **l'environnement** : bruit, mauvais éclairage, encombrement, horaires décalés, tâches répétitives, risque vital pour soi-même ou pour les autres en cas d'erreur...
- au **financement** : précarité de l'emploi, peu de compensations financières,
- aux **missions du poste** : objectifs de travail mal définis, manque de participation aux décisions, pas de marge de manoeuvre pour organiser son travail, non reconnaissance par la hiérarchie, perspectives de carrière réduite, travail dans l'urgence, pressions de rentabilité ...,
- aux **relations avec les collègues** : conflits interpersonnels, manque de solidarité des collègues, harcèlement moral...
- à la **personnalité de l'individu** : émotivité, fragilité, difficulté à relativiser...

Quelques repères

- En France, 44 % des habitants et 65 % des cadres se plaignent du stress.
- 28 % des salariés européens déclarent que leur travail est source de stress avec des manifestations de tension négatives : peur, colère, frustration.
- En France, 75 % des salariés pensent que se plaindre du stress pourrait nuire fortement à leur carrière.
- 20 à 30 % des français souffrent d'un mauvais sommeil, 10 % font état d'insomnies chroniques. Or, l'anxiété est un facteur établi du maintien de l'éveil.

Sources : INRS (Institut National de la Recherche sur la Sécurité), CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), Médecine du travail-syndicat.

● ● ● Le stress entraîne-il des risques pour notre santé ?

Oui, car les individus ont tendance, pour lutter contre le stress, à s'auto-médiquer grâce aux moyens du bord, sans prendre la mesure des inconvénients de ces comportements. Le tabac, l'alcool, l'agrément apporté par des aliments gras, sucrés ou hautement caloriques, une réduction d'activité physique pour pouvoir récupérer de sa fatigue, tout aussi mentale que physique, sont autant de formes de compensation qui atténuent à court terme les effets du stress, mais précipitent à long terme la survenue de maladies les plus diverses.

Quelques exemples de maladies qui peuvent se développer chez les personnes stressées :

- Cœur et vaisseaux : hypertension artérielle, infarctus du myocarde,
- Poumon : asthme,
- Système digestif : ulcères (de l'estomac et du duodénum), maladies inflammatoires de l'intestin (colites),
- Peau : urticaire, eczéma atopique, pelade, psoriasis.

Le mal-être

Solitude, difficulté à s'adapter, problèmes de communication avec ses parents ou les adultes, timidité, soucis dans les études, au travail, rupture amoureuse, violence... Le mal-être peut être de simples moments difficiles à passer ou au contraire des situations dont les effets peuvent être plus dévastateurs avec des issues parfois tragiques comme le suicide.

Tout le monde peut, à certaines périodes de sa vie, se sentir mal dans sa peau, et il suffit parfois d'une parole bienveillante pour que la vie paraisse moins lourde et le quotidien plus léger. Mais certaines fois le malaise s'installe, on n'imagine plus de solution. Les manifestations du mal-être peuvent être variées : timidité, agressivité, addiction, troubles du sommeil ou au contraire besoin irréprensible de dormir, manque d'appétit ou accès de boulimie, difficulté à accomplir les tâches du quotidien. Lorsque ces signes sont trop envahissants ou qu'ils ne passent pas, il faut se faire aider.

● ● ● Comment repérer celui ou celle qui va mal ?

Des signes pour l'entourage permettent de repérer quelqu'un qui va mal :

- isolement,
- anxiété, angoisse,
- fatigue, insomnie,
- laisser aller, désintérêt pour tout,
- consommation excessive de produits psychoactifs,
- provocation, mise en danger (vitesse, sport extrême...), violence, agressivité,
- amaigrissement important ou forte prise de poids...
- atteintes corporelles (scarifications, tentatives de suicide...)

Attention aux idées reçues

Parler du mal-être et inciter ceux qui souffrent à en parler ne les pousse pas au suicide, au contraire : cela peut sauver de la détresse. Avant de passer à l'acte (suicide), huit jeunes sur dix en parlent à quelqu'un, clairement ou par allusions.

● ● ● Mal-être et dépression

Quinze jours de tristesse non-stop, besoin de solitude, désintérêt et dégoût de tout, plus capable de rire, envie de pleurer tout le temps... : pas d'hésitation, c'est une dépression. La dépression est une maladie psychique, responsable d'une souffrance intense qui augmente beaucoup le risque du suicide. Mais elle se soigne. Il est important de consulter le plus tôt possible : médecin généraliste, médecin ou infirmière scolaire, etc., qui sauront prendre en charge ou conseiller la personne en difficulté.

Le suicide

Les réflexions autour de la mort sont tout à fait normales à l'adolescence. L'adolescent prend conscience de ce qu'est la mort en tant qu'aboutissement de la vie. La reconnaissance de la mort ne doit pas interpellé en tant que telle. Il faut être prudent lorsque les pensées morbides sont répétitives, voire obsédantes.

Le problème principal des conduites suicidaires des adolescents est le lien avec l'état dépressif qu'il ne faut pas sous-estimer. Quand un jeune est en échec scolaire, se met en retrait, est passif voire absent (parfois physiquement dans le cas de l'absentéisme), il faut être en alerte car il est en danger. En outre, des études conduites par Marie Choquet (INSERM) révèlent un lien important entre tentative de suicide et échec scolaire, ce dernier contribuant à dévaloriser, à désinsérer le jeune de son tissu social, de son groupe social.

● ● ● Les facteurs de risque du suicide

- facteurs de risques **psychologiques** et comportementaux : troubles psychiatriques (dépression), prise de produits psychoactifs...
 - facteurs de risques **familiaux** : perturbations familiales (séparation, déménagement, ...), décès, conflits familiaux, violences physiques et sexuelles...
 - facteurs **environnementaux** : chômage, solitude, pression et harcèlement professionnels...
- C'est une association de facteurs qui est responsable et non un seul facteur.

● ● ● Les facteurs de protection

Outre la qualité de l'environnement socio-familial, le soutien des amis, des enseignants..., les compétences psychosociales (comme avoir une bonne estime de soi, être capable de nouer des relations, gérer son stress...) constituent des facteurs de protection importants. Ainsi de nombreux programmes de prévention du mal-être s'appuient sur le renforcement des compétences psychosociales, en particulier l'estime de soi.

● ● ● Les fonctions du geste suicidaire

Il existe plusieurs sens aux conduites suicidaires. Il peut s'agir d'une volonté destructrice dans une logique d'auto-agressivité, d'une volonté hétéroagressive (faire du mal à l'autre, faire culpabiliser), d'une fuite (arrêter de souffrir, changer sa vie), d'appel (pour attirer l'attention). Il est important de souligner l'ambivalence du geste suicidaire : volonté de mourir et volonté de changer sa vie, indissociablement liées.

● ● ● Les signes d'alerte

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur plusieurs signes :

- les propos d'une personne suicidaire (directs du type « il vaut mieux arrêter tout ça » ou indirects, marqués par une auto-dévalorisation, du type « je suis inutile »...),
- les indices comportementaux et affectifs évoqués pour le mal-être (isolement, anxiété, agressivité...).

● ● ● La crise suicidaire

Une première idée de suicide, c'est relativement banal. Mais rapidement d'autres s'imposent, de plus en plus fréquentes, jusqu'à ce que la mort apparaisse comme LA solution pour mettre fin à une situation intolérable et devienne une délivrance, un soulagement. Alors on passe à l'acte et il ne faut parfois pas plus de quelques jours ou même quelques heures pour passer de la première à la dernière étape de ce que les psys appellent la crise suicidaire. Quand ce sentiment d'impasse et ces idées de mort surviennent, il faut d'urgence trouver quelqu'un à qui confier sa détresse.

Les chiffres du suicide

- entre 15 et 25 ans, le suicide est la deuxième cause de décès après les accidents de la route.
- 40 000 jeunes tentent de se suicider chaque année (environ 7 %), en majorité des filles.
- 30 à 50 % d'entre eux récidivent dans l'année qui suit (plus on tente, plus on finit par y arriver).
- 1000 adolescents meurent tous les ans (soit 3 par jour), en majorité des garçons (qui utilisent des moyens plus violents que les filles).

Sources : Brochure du service psychiatrie de l'hôpital européen G. Pompidou, Paris ; Brochure du Moutard, Lyon ; Brochure de l'ARACT Aquitaine ; Bulletin ADOSEN (N°155).

RESSOURCES

- Exposition "Vivre l'adolescence. Mes ressources" - ateliers d'expression sur les compétences psychosociales

Auteur : Centre Jean Bergeret.

Téléchargement plaquette et dossier technique sur www.crjb.org

Destiné prioritairement aux adolescents, cet outil est un support d'expression et d'échanges pour développer la confiance en soi, l'identité sociale, l'expression des émotions et la capacité de vivre des situations défavorables.

- Livret « Bon plans contre les idées noires »

Auteur : Le moutard. Téléchargeable sur www.lemoutard.fr

Ce livre destiné aux adolescents aborde le sujet délicat du suicide en alternant textes explicatifs et planches dessinées.

- Mallette pédagogique Parcours D-Stress

Auteur(s) : Question Santé ; Mutualités Socialistes (Bruxelles) / www.questionsante.org

Mallette pédagogique permettant d'initier un dialogue à partir de situations concrètes évocatrices de stress pour diversifier les possibilités de détente.

- www.crjb.org / rubrique CRPCS (Centre de Ressources et de Prévention des Conduites Suicidaires).

Où trouver ces outils ?

www.education-sante-ra.org / rubrique Outilthèque

Adolescence et prise de risque



Les prises de risque

Ce sont des comportements qui se caractérisent par la **mise en danger** (de soi, de sa santé, de sa vie, etc.) au cours de l'adolescence. Elles sont fréquentes chez certains adolescents qui vont rechercher le sens de leur vie à travers de nouvelles sensations plutôt que de trouver ce sens dans des activités symboliques ou créatrices. Les comportements d'essai ou d'expérimentation de substances psychoactives font partie des prises de risque.

Ces dernières surviennent souvent dans des temps de loisir à caractère festif ou amical, quand se produisent des **relâchements du contrôle social des conduites** et que **de nouveaux rites individuels apparaissent**. Les expérimentations de substances psychoactives s'accroissent au cours des périodes historiques dominées par un affaiblissement des repères et des normes collectives, et dans les situations où les substances sont aisément accessibles.



Les conduites à risque

Ce sont des **comportements répétés de prise de risque** qui correspondent à une recherche de plaisir et au soulagement d'un malaise intérieur. Elles se présentent sous des formes diverses qui sont déterminées par les identités sexuées, les contextes sociaux, les histoires de vie et les états psychopathologiques : violences itératives, scarifications multiples, conduites suicidaires, troubles des conduites alimentaires, addictions.

Aujourd'hui, la recherche de sensations est vécue de manière individuelle et se présente sous la forme de prises de risque et de conduite à risque qui **renforcent le sentiment d'exister** en se mettant à l'épreuve du plaisir extrême, de la sensation la plus extraordinaire, ou de la contrainte la plus héroïque.

Les conduites à risque comportent toujours :

- **La recherche du frisson**, du vertige, de la défonce ou de la sensation intense. Elles se traduisent ensuite par l'impulsion à rechercher par tous les moyens ce plaisir instantané, quasi magique ;
- **Les bénéfices de la mise en danger de soi** qui l'emportent sur les coûts des risques pour soi ou pour l'autre, et qui sont en général connus mais pas toujours reconnus ;
- **L'affaiblissement de la perception du risque**, qui est parfois amplifiée par les groupes de socialisation qui banalisent les risques liés aux conduites dont ils sont coutumiers ;
- **Une fonction de résolution de conflits psychiques** liés aux besoins personnels de dépendance et d'autonomie au cours de l'adolescence (expression de soi, intégration dans un groupe d'affiliation, etc.).

La prise de risque devient subie, plus que choisie, au fur et à mesure que s'installe une conduite compulsive qui reproduit la prise de risque dans un système organisé : la dépendance pour les addictions, le comportement de contrôle pour les troubles des comportements alimentaires, etc.

Pourquoi les adolescents restent-ils abstinents, expérimentateurs ou dépendants de produits psychoactifs ?

- Le modelage social est dû à une combinaison des influences familiales, des mentalités collectives et des groupes d'affiliation. Le choix des valeurs, des amis et des groupes est un facteur déterminant dans l'orientation des comportements des adolescents.
- Les conduites à risque se rencontrent souvent chez des adolescents qui présentent une estime de soi affaiblie et des troubles de l'humeur.
- Les déterminants familiaux semblent importants lors de l'expérimentation, alors que les déterminants liés aux abus et dépendances sont plus orientés par les copains et la fragilité psychique de l'adolescent.

Que retenir pour la prévention ?

- La capacité des **familles** à exercer une influence sur l'environnement social des adolescents existe. Les parents et **les acteurs éducatifs** peuvent réduire ou nuancer l'influence forte exercée par les pairs et par l'environnement social et culturel.
- Les **campagnes d'information et l'animation de groupes de prévention** exercent une influence certaine sur les adolescents et permettent de réduire les comportements d'expérimentation et d'essai.
- L'apparition précoce d'expérimentations et des dépendances, la recherche de sensations extrêmes et la survenue cumulative de conduites à risques restent des facteurs qui doivent indiquer à tout intervenant une **forte probabilité de liens entre addictions et troubles sévères du développement adolescent**. Ils légitiment des interventions individuelles d'écoute, de soutien et de prévention.

RESSOURCES

(Source : Patrick Dessez in Tababox, FRAES).

- Photoexpression : conduites à risque

Auteur : Centre Jean Bergeret

Série de photos noir et blanc : cet outil permet une méthode d'animation qui favorise la communication de groupe et l'implication personnelle. Il peut servir de base pour un dialogue et une réflexion sur le thème des conduites à risque. Nécessite d'être formé à l'utilisation du Photolangage.

- Photolangage - Prévention Santé

Auteur : BAPTISTE A. ; BELISLE C. - Les Editions d'Organisation

Série de 48 photos en noir et blanc qui en majorité renvoient à des situations de la vie quotidienne et à des éléments plus symboliques pour d'autres : usage et abus de produits (alcool, tabac, drogues, médicaments), sécurité et environnement, maladies et milieu médical, groupes et relations à l'autre... Nécessite d'être formé à l'utilisation du Photolangage.

- Histoire de dire

Auteurs : MEZCAL STUDIO, Centre Jean Bergeret.

Bon de commande pour acquisition : Mezcal Studio, www.mezcalstudio.com

Ce jeu-expression permet d'animer une séance de prévention, d'impressions personnelles et d'échanges collectifs sur le thème des conduites à risque situées dans le cadre des relations parents/adolescents.

Où trouver ces outils ?

Ces 3 outils sont en prêt au centre de documentation de l'association Centre Jean Bergeret.

www.crjb.org / rubrique Outils

Le photolangage est disponible dans plusieurs comités d'éducation pour la santé.

www.education-sante-ra.org / rubrique Outilthèque

Les conduites addictives



Définitions pour faire le point

Addiction

L'**addiction se caractérise par la dépendance, soit l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives.** Une conduite addictive peut être liée à des produits (alcool, tabac, drogues ou substances psychoactives) ou non. En effet, d'autres formes d'addictions, sans prise de produit, sont décrites par différents auteurs, comme le workaholisme (les « accros » au travail), la dépendance aux moyens de communication (internet et e-mail, téléphone portable...), le jeu pathologique...

Usage simple

L'**usage simple est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complication pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui.** Il en est ainsi chez les jeunes qui essaient les drogues illicites par curiosité, ou qui consomment avec les autres par effet d'entraînement. Beaucoup en resteront à une unique expérience ou n'auront qu'une consommation occasionnelle en petite quantité. Le passage à des consommations de plus en plus régulières ou à des produits de plus en plus dangereux (selon la théorie de l'escalade) ne se produit pas de façon systématique. Il varie selon le potentiel addictif de chacune des substances et la vulnérabilité des individus due à leur contexte de vie, leur histoire personnelle et l'existence ou non de troubles psychologiques.

Usage nocif

L'usage nocif, ou l'abus, est caractérisé par **une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux**, pour le sujet lui-même, mais aussi pour son environnement.

On parle d'usage nocif lorsque l'on peut constater :

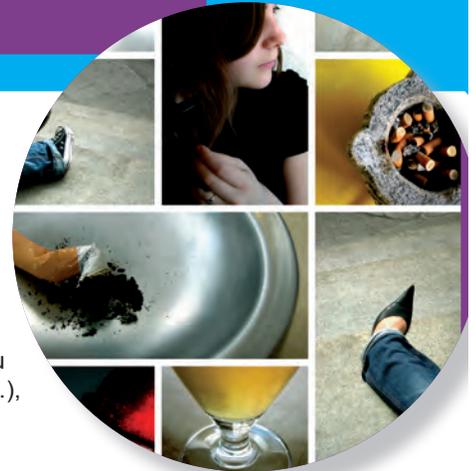
- des infractions répétées liées à l'usage d'une substance (violences commises sous l'effet d'un produit, accidents divers sous l'effet du produit, etc.),
- l'aggravation de problèmes personnels ou sociaux causés ou amplifiés par les effets de la substance sur les comportements (dégradation des relations familiales, les difficultés financières, etc.),
- des difficultés et/ou l'incapacité à remplir ses obligations dans la vie professionnelle, à l'école, à la maison (absences répétées, mauvaises performances au travail, baisse des résultats scolaires, absentéisme, exclusion, abandon des responsabilités, etc.),
- l'incapacité à se passer du produit pendant plusieurs jours.

La dépendance

Une personne est dépendante lorsqu'elle **ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques.** Sa vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit. La dépendance peut s'installer de façon brutale ou progressive, en fonction de l'individu et du produit consommé.

La dépendance, qui peut être physique et/ou psychique, se caractérise par des symptômes généraux :

- l'impossibilité de résister au besoin de consommer,
- l'accroissement d'une tension interne, d'une anxiété avant la consommation habituelle,
- le soulagement ressenti lors de la consommation,
- le sentiment de perte de contrôle de soi pendant la consommation.



Les drogues : mieux les connaître

Toutes les drogues (appelées aussi substances ou produits psychoactifs), licites (comme le tabac ou l'alcool par exemple) ou illicites (cannabis, cocaïne...), **agissent sur le cerveau** selon les mêmes modalités. Cependant certaines sont plus dangereuses que d'autres.

Chaque consommation ne présente pas les mêmes risques. Pour évaluer la dangerosité d'une situation il faut prendre en compte : le produit, la quantité consommée, la fréquence, le contexte de la consommation mais aussi la vulnérabilité du consommateur.

Lorsque la personne utilise plusieurs produits on parle alors de polyconsommation (les combinaisons courantes étant l'alcool avec le tabac et/ou le cannabis). Les dangers sont méconnus mais les effets conjugués des produits utilisés sont amplifiés et les risques pour la santé sont plus graves. La dépendance, différente selon les produits, est installée quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques.

Addiction, apprentissage et travail

Des consommations occasionnelles ou répétées d'alcool, de cannabis ou de médicaments peuvent mettre en danger la santé et la sécurité des apprentis/salariés, et notamment être à l'origine d'accidents du travail : modification de la perception du risque et/ou prise de risque, perte d'attention ou de vigilance, mise en danger du salarié lui-même ou de ses collègues...

La Loi et les produits psychoactifs

- **Le tabac** : vente interdite aux moins de 16 ans.
- **L'alcool** : vente interdite aux moins de 16 ans (commerces ou bar). Dans les lieux de consommation sur place : pour les 16-18 ans, vente autorisée seulement pour les alcools des groupes 1 et 2 (cidre, bière, vin...) Consommations à emporter : vente légale pour tous les types d'alcool pour les plus de 16 ans. Projet de loi en cours pour interdire toute vente d'alcool aux mineurs. En cas de conduite motorisée, le seuil limite d'alcoolémie est 0.5 g/l.
- **Le cannabis** : production, détention, vente et usage interdits. Le simple usage peut être sanctionné par une amende allant jusqu'à 3 750 € ou par une peine allant jusqu'à un an d'emprisonnement. Les peines sont alourdies lors de contrôle routier. L'autoproduction peut entraîner jusqu'à 3 ans d'emprisonnement.

Quelques repères

Alcool

78% des jeunes de 17 ans consomment régulièrement de l'alcool.
26% des jeunes de 17 ans déclarent avoir eu des ivresses répétées.

Cannabis

9 % des 18-25 ans consomment régulièrement du cannabis.

Tabac

36 % des 18-25 ans consomment régulièrement du tabac.
33 % des adolescents de 17 ans sont des fumeurs quotidiens (2005).

Polyconsommation

35% des jeunes de 17ans déclarent avoir déjà consommé simultanément au cours de leur vie du cannabis et de l'alcool.
10% de l'alcool et des médicaments.

Autres drogues illicites (données 2005.)

1% des 15-39 ans ont consommé de la cocaïne dans l'année.
0,9% des 15-39 ans ont consommé de l'ecstasy dans l'année.
0,2% des 15-39 ans ont consommé de l'héroïne dans l'année.

Médicaments psychotropes

7% des 18-25 ans ont pris des médicaments psychotropes au cours de l'année.

Source : OFDT, Drogues Chiffres Clefs, Décembre 2007.

RESSOURCES

- Drogues et dépendance.

Auteur : INPES, MILDT, Ministère de la Santé.

Petit livret qui présente chaque produit, ses effets, ses dangers et indique des lieux ressources.

- Guide d'intervention en milieu scolaire : prévention des conduites addictives.

Auteur : MILDT, Ministère Education Nationale Enseignement et Recherche

En ligne sur : <http://eduscol.education.fr/D0190/guide.htm> ou en recherche libre sur www.educasource.cndp.fr

Ce guide très complet fournit des repères et de nombreuses propositions d'animation.

- DVD scénarios sur la Drogue

Auteur : CRIPS île de France

Scénarios de jeunes mis en image par des professionnels. Ces spots constituent une bonne façon d'introduire un débat à partir de leviers de prévention variés.

- TABABOX : Boîte à outils de prévention du tabagisme des jeunes

Auteur : Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé

En ligne sur www.education-sante-ra.org, rubrique publication 2008.

Ce Cd-Rom est composé de trois types de fiches : méthodologiques, d'informations et d'animation autour du tabagisme des jeunes.

- www.cirdd-ra.org (Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances)

Où trouver ces outils ?

www.education-sante-ra.org / rubrique Outilthèque

Les accidents de la route



La problématique des accidents de la route questionne bien souvent le rapport aux produits psychoactifs, en particulier l'alcool et plus récemment le cannabis. Toutefois, en dehors du problème de consommation de produits, le risque routier revêt des dimensions spécifiques avec des clefs de compréhension particulières.

Quelques repères

- Les 18-25 ans constituent 8,9 % de la population et représentent, en 2007, 21 % des tués (981 tués) et 22 % des blessés (22 992 blessés).
- Malgré une baisse notable depuis le durcissement législatif, les accidents de la route constituent toujours la première cause de mortalité parmi les 15-25 ans devant les suicides.
 - Le scénario type de l'accident de la route des jeunes est le retour de soirées bien arrosées le samedi soir en milieu rural avec 4 ou 5 jeunes dans le véhicule.
- Les fins de semaine sont les jours à plus haut risque : ils représentaient 57 % des décès des 18-24 ans en 2006, dont 63% la nuit.
- Les accidents ont majoritairement lieu sur des routes départementales.

Source : Sécurité Routière.

L'accidentologie

Elle permet de dresser un état de faits observables sur les accidents en particulier sur le nombre d'accidents mais aussi sur les facteurs de risque. On distingue :

- les facteurs non comportementaux : infrastructure, état du véhicule, problème sur l'alerte/secours,
- les facteurs comportementaux (en cause dans 92% des accidents) : vitesse, alcool, casque, ceinture, fatigue/vigilance,

Ces facteurs de risque constituent des leviers d'action possible : amélioration de l'état des routes, meilleure organisation des secours... pour les facteurs non comportementaux. Chaque facteur comportemental peut faire l'objet de séances d'animation de prévention.

L'approche psychologique du risque routier

Sur-implication des 15-25 ans

De nombreux travaux en psychologie ont été menés pour expliquer la sur-implication des 15-25 ans, souvent inexpérimentés, dans les accidents de la route. Depuis une cinquantaine d'années, il est attesté que ce phénomène demeure stable malgré les progrès globaux de la sécurité routière (amélioration du réseau routier, des véhicules...). D'après Jean-Pascal Assailly, psychologue à l'INRETS (Institut National de REcherches sur les Transports et leur Sécurité), les jeunes meurent davantage sur les routes pour plusieurs raisons :

- ils prennent plus de risques (la prise de risque),
- ils perçoivent moins bien certains dangers (la perception du risque),
- ils sont plus exposés au risque (l'exposition au risque),
- ils acceptent et subissent des niveaux de risque plus élevés (l'acceptation du risque).

Besoin de sécurité et désir de nouveauté

Le conflit entre le besoin ou le désir de sécurité et le besoin ou le désir du risque accompagne toute l'existence. En effet, le nouveau-né manifeste à la fois des comportements d'attachement, une recherche de sécurité et un besoin de nouveauté, d'exploration de l'environnement avec son regard. Ce besoin de nouveauté, de sensations, de découverte du monde dans lequel il vit est tout aussi primordial que la sécurité, et l'individu est même prêt à prendre de nombreux risques pour le satisfaire. "Donc dès la naissance, l'individu est pris dans ce conflit et c'est dans la manière dont il va le gérer, dans les compromis qu'il va élaborer que se trouve le noyau dur des comportements ultérieurs face au risque, y compris donc le comportement de conduite automobile", écrit J.P. Assailly.

L'utilité du risque accidentel

La prise de risque renvoie à la question de l'utilité du risque, comme par exemple dans le cas de pari financier (je parie 10 € : je risque de les perdre ou de doubler la mise). Sur la route, le gain de la prise de risque apparaît moins clairement. Malgré la difficulté méthodologique pour mesurer cette utilité du risque sur la route, JP Assailly est parvenu à dégager deux typologies qui confrontent les gains et les pertes.



Les gains

Cinq types de gains ont pu être distingués :

- Le risque « **catharsis** » : la prise de risque permet l'extériorisation d'un stress ou la compensation de frustrations, d'angoisses. Il s'opère un déplacement de l'agressivité, de l'état tensionnel et le risque devient « thérapeutique ».
- Le risque « **autonomie** » : depuis le début de l'existence et particulièrement à l'adolescence, l'acquisition de l'indépendance nécessite l'engagement dans le risque, qui peut signifier la volonté de contrôle de son comportement et de son environnement mais également le conflit avec les normes sociales qui s'opposent à ce désir d'indépendance.
- Le risque « **stimulation** » : la prise de risque pour recouvrer une fonction d'excitation du système nerveux central. La recherche de sensation et de nouveauté peut s'accomplir dans la prise de risque qui devient en quelque sorte « activateur ».
- Le risque de « **prestance** » : le risque, particulièrement chez l'adolescent garçon, peut être pris pour conforter son image propre (ce qu'il pense de lui) et son image sociale (ce qu'il croit que les autres pensent de lui). Le risque peut avoir une fonction de prestige et renforcer le statut de l'individu. Le risque est alors « identitaire ».
- Le risque « **pratique** » : les prises de risque résolvent un problème pratique tel qu'augmenter sa vitesse si l'on est en retard, ne pas respecter les signalisations pour accomplir plus commodément un trajet... Ce type de risque est le moins spécifique et concerne l'ensemble des conducteurs.



Les pertes

Celles-ci sont plus évidentes et présentées brièvement :

- Enjeux corporels (être blessé ou tué),
- Enjeux matériels (endommager son véhicule),
- Enjeux financiers (malus, contraventions, réparations...).

RESSOURCES

- **Guide méthodologique : comprendre et prévenir la prise de risque des jeunes sur la route.**

Auteur : Réseau d'éducation pour la santé de Rhône-Alpes.

Téléchargeable sur www.education-sante-ra.org, rubrique Publication / 2003.

Ce guide fournit des éléments de connaissance, des séances d'animation et les lieux ressources en Rhône-Alpes.

- **Alcool, cannabis, conduite. Support d'aide à l'animation de débat.**

Auteur : Prévention routière et FFSA.

Cet outil composé d'un livret, d'un cd-rom et d'un DVD intègre des éléments de connaissance (cd-rom avec diaporama à projeter), des séances d'animation autour d'idées reçues (livret), de séquences vidéo de témoignages d'accidentés (DVD).

Où trouver ces outils ?

www.education-sante-ra.org / rubrique Outilthèque

Comment réagir face à un ado qui prend des risques ?

Quelle posture adopter ?

● ● ● Comprendre l'état d'esprit des jeunes, les enjeux de l'adolescence

L'adolescence est la période la plus propice à l'expérimentation, motivée par la curiosité ou la recherche de sensations nouvelles. Durant cette période, de nombreux adolescents expérimentent des produits psychoactifs mais une consommation occasionnelle ne signifie nullement que l'adolescent va mal et qu'il soit devenu dépendant. En effet, l'expérience du cannabis est souvent réalisée dans un but de convivialité, pour entrer dans un groupe ou conforter leur appartenance au groupe : faire avec et comme les autres. Dans certains cas la consommation de produits peut être passagère pour faire face à des situations difficiles (professionnelles ou privées).

● ● ● Se positionner, signifier son désaccord

Il faut se positionner en tant qu'adulte et ne pas hésiter à signifier son désaccord par rapport aux choix de l'adolescent ou du jeune adulte.

● ● ● Eviter de mettre en avant uniquement des arguments en rapport avec la santé

Jeune, on se soucie guère des répercussions que son comportement aura à long terme sur sa santé. Tenir un discours alarmiste sur les conséquences sur la santé d'une consommation de produits n'aura vraisemblablement que peu d'effets. On pourra plutôt expliquer que l'adolescence est un moment particulier en termes de construction de personnalité et d'apprentissage et que durant cette période la consommation de drogues peut constituer des risques d'échecs importants.

● ● ● S'intéresser à ce qui se passe dans l'entourage

Au niveau social, l'environnement privé (isolement, ennui, incompréhension, mal-être, hostilité de l'environnement...) peut constituer un facteur de risque. Par ailleurs, pour compenser ou mieux faire face à des conditions de travail perçues comme difficiles (contraintes fortes de productivité, travail posté, travail isolé, postes de travail à risques élevés ou à fortes responsabilités...), un individu peut être amené à croire que la consommation occasionnelle d'alcool, de médicaments, ou de cannabis peut l'aider à se sentir mieux ou à être en mesure de tenir son poste.

Les signaux d'alerte : quand faut-il s'inquiéter ?

Toute consommation est potentiellement problématique, mais il est surtout important de ne pas mélanger les différents niveaux de consommation (occasionnelle, régulière...). Toute consommation très précoce (avant 15 ans) est un signe de gravité. Mais le signal fort est lorsque la consommation devient de plus en plus solitaire ou répétée dans la journée. Des changements de comportement d'un jeune peuvent alerter : absentéisme scolaire répété, perte d'intérêt pour des activités, sportives ou autres, qui jusque-là le motivaient, isolement, repli sur soi, difficultés importantes de sommeil, modifications durables de l'appétit...

Comment parler à l'adolescent qui « dérape », en particulier pour la consommation de produits ?

Généralement le consommateur de produits pense réussir à maîtriser sa consommation et n'envisage pas qu'elle puisse le rendre dépendant, ou avoir des conséquences négatives pour lui. De ce fait il lui faut souvent du temps pour reconnaître l'existence d'un problème, car cela reviendrait à avouer qu'il ne maîtrise plus sa consommation. A cet âge le dialogue entre adulte et adolescent est parfois difficile car ce dernier peut ressentir l'aide d'un adulte comme un obstacle à son indépendance. Même si la communication semble difficile, il est important de dire à l'adolescent que l'on est inquiet pour lui car, malgré les apparences, l'attention qu'on lui porte est vécu positivement.

Qui interpeller ?

Il existe de nombreuses structures ressources sur lesquelles vous pouvez orienter un adolescent. Les conduites à risque peuvent en effet être liées à des difficultés profondes, un mal-être ou des troubles psychologiques qui nécessitent l'expertise et l'appui d'un professionnel de santé. L'ensemble des ressources est disponible sur le site www.sante-jeunes.org



Source : Cannabis les risques expliqués aux parents, Ministère de la santé, MILDT, INPES. 2005.

Droit du travail

La question du droit du travail est essentielle dans notre monde contemporain tant sur un plan sociétal, philosophique (quelle place accordée au travail ?) que sur un plan individuel. En effet, le droit du travail a une incidence directe sur les conditions de vie des salariés et sur leur santé, c'est pourquoi il importe que chaque salarié en ait connaissance et qu'il puisse le cas échéant le revendiquer.

● ● ● Le contrat d'apprentissage, un contrat de travail particulier

- Le salaire est calculé en pourcentage du SMIC selon l'âge de l'apprenti et l'année d'apprentissage.
- Les apprentis sont soumis à la durée légale du travail et à l'horaire collectif applicable dans l'entreprise.
- Les horaires ne doivent pas dépasser 8 heures de travail par jour pour les moins de 18 ans.
- Dans l'hôtellerie les horaires sont différents (maximum 39h par semaine pour les mineurs) ; une dérogation à l'Inspecteur du travail peut être demandée dans la limite de 5 heures par semaine.
- Le temps passé au CFA compte comme temps de travail ; il est payé.
- Les congés sont identiques à ceux des salariés d'entreprise : 5 semaines de congés payés minimum par an.

● ● ● En cas de difficultés

- liées à la formation professionnelle : le service académique de l'inspection de l'apprentissage peut jouer un rôle de médiateur et d'informateur,
- liées à l'application du contrat : la direction départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation professionnelle peut être interpellée.

● ● ● Les structures syndicales

Un syndicat désigne une organisation qui a pour objet la défense des intérêts des salariés. Les syndicats professionnels recouvrent les syndicats des salariés et les organisations patronales (l'ensemble de ces deux entités forment ce que l'on nomme les partenaires sociaux). Au sein des syndicats des salariés (CGT, CFDT, FO ... pour les plus connus) se trouvent les organisations syndicales professionnelles qui s'attachent à défendre les adhérents d'une branche d'activité (agriculture, commerce, transports...). La multiplicité des syndicats renvoie à des positionnements politiques variés.

Un salarié en difficulté sur son lieu de travail peut se tourner vers le syndicat de sa branche professionnelle ou vers des syndicats non corporatistes en fonction de sa posture politique.

Les leviers pour faire de la prévention auprès des apprentis



Au sein des Centres de Formations des Apprentis, il existe plusieurs ressources pour monter un projet de prévention sur lesquelles il faut s'appuyer, car un projet peut paraître lourd s'il est porté par une seule personne.

● ● ● Les cours de Vie Sociale et Professionnelle (VSP)

C'est le levier majeur pour monter un projet de prévention puisque les domaines d'enseignement de cette discipline s'inscrivent totalement dans les problématiques de la santé. Le professeur peut construire un projet d'enseignement fondé sur une problématique traitée sur plusieurs cours. Il pourra proposer, au-delà des apports de connaissances, une approche pédagogique qui rend acteurs les élèves (recherches documentaires ou d'informations, réalisation d'exposés...).

● ● ● Les cours des enseignements généraux

Chaque enseignant peut s'impliquer dans un projet de prévention en s'appuyant sur ses compétences et en articulant sa discipline au projet. A titre d'exemples :

- Des cours de mathématiques pourront porter sur des statistiques de consommation du tabac, de l'alcool.
- Un professeur de français pourra proposer un commentaire de texte sur les drogues ou l'analyse d'une publicité pour des biscuits, une voiture...
- Un professeur d'histoire-géographie pourra faire travailler sur les zones de culture du tabac ou d'autres drogues, sur l'histoire du tabac...
- Un professeur d'économie pourra proposer l'élaboration d'une enquête sur les pratiques en matière d'alimentation, de consommations de produits psychoactifs...

● ● ● L'infirmière

Parfois peu présente sur l'établissement, l'infirmière n'en demeure pas moins une personne ressource qui peut être moteur pour un projet, ou qui peut au moins fortement collaborer. L'infirmerie peut représenter un lieu qui relaie le projet (mise à disposition de brochures, affichages sur le thème du projet...).

● ● ● Le médecin du travail

Chaque apprenti doit rencontrer au moment de l'embauche le médecin du travail de l'entreprise pour une visite médicale. Les médecins du travail constituent donc des partenaires essentiels, tant pour aider à identifier des problématiques de santé que comme relais médicaux. Il est important que ces derniers soient associés d'une manière ou d'une autre à un projet de prévention (soit activement, soit a minima être informés des actions de santé menées au sein du CFA).

Les techniques d'animation transversales

Quel que soit le thème d'intervention, l'éducation pour la santé préconise de débiter une animation autour de l'expression des représentations que les participants ont du thème retenu. Pour réaliser cette étape plusieurs techniques d'animations existent, assez simples à mettre en œuvre si l'animateur connaît un minimum le thème d'intervention.

1. Le Remue-méninges ou Brainstorming
2. Les Nuages d'idées ou Métaplan
3. Le jeu de la ligne
4. La technique du travail de groupe
5. « Moi et les autres »
6. Le Mandala, « vivre ses émotions »

Le Remue-méninges ou Brainstorming

Objectif

Faire émerger les représentations.

Matériel

Un tableau ou un paper-board.

Durée et taille du groupe

De 20 minutes à 1h.

Déroulement

Il s'agit d'une méthode collective destinée à faire exprimer aux membres d'un groupe un maximum d'idées sur un sujet précis. Pour animer à l'aide d'un brainstorming, il est préférable, lorsque cela est possible, d'être en co-animation : une personne qui note au tableau toutes les idées et la deuxième qui " anime " en relançant les participants par des questions.

Dans un premier temps, l'animateur explique clairement au groupe les consignes du brainstorming :

- exprimer des idées par des mots courts et concrets ou des phrases simples,
- donner une seule idée par proposition,
- s'exprimer de manière spontanée et rapide,
- éviter toute attitude qui conduirait à porter un jugement ou à sélectionner les idées,
- s'inspirer des idées des autres pour les développer, les transformer et en exprimer d'autres.

Il pose ensuite une question claire et précise pour introduire le sujet (cf. encadré). Par exemple : « pourquoi prend-on des risques ? » ou « qu'est ce que veut dire être en bonne santé ? ». Les participants sont invités à exprimer toutes les idées qui leur viennent sans s'autocensurer. L'animateur note l'intégralité de ce qui est dit au tableau (il ne peut contester les idées et opinions des participants même si elles lui paraissent absurdes) et le cas échéant, relance la production d'idées par des questions (par exemple en demandant aux participants de mieux préciser une idée).

Exemples de questions introductives

- autour de la puberté, de la sexualité : « qu'est-ce qu'évoque pour vous la puberté ? » « ... La sexualité ? »
- autour de l'alimentation : « qu'est-ce qu'évoque pour vous le petit-déjeuner ? »
- autour des addictions : « qu'évoque pour vous la dépendance ? »
- autour du mal-être : « qu'évoque pour vous le bien-être ? » ou « qu'évoque pour vous la tristesse / la solitude ? »
- autour des conduites à risques : « Quand on vous parle de prise de risque, à quoi pensez-vous ? »

Dans un second temps, quand le groupe s'essouffle, l'animateur l'invite à revenir sur les idées émises. Les participants tentent d'identifier des catégories d'idées et de les classer. L'animateur les aide tout en restant ouvert aux suggestions du groupe. Après une validation par le groupe de ce classement, l'animateur procède à l'exploitation des idées émises en apportant des éléments de réflexion et de connaissances. Pour finir l'animateur peut proposer une synthèse qui reprendra les principales opinions exprimées par l'ensemble du groupe.

Nuages d'idées ou Métaplan

Objectifs

- Faire émerger les représentations ,
- Faciliter l'expression de tous les points de vue et leur regroupement.

Matériel

- Un tableau ou un paper-board,
- Papier collant de couleurs différentes (selon le nombre de questions),
- Feutres.

Durée et taille du groupe

1h30 à 2h pour 6 à 18 personnes

Déroulement

Cette technique consiste à recueillir des productions individuelles spontanées sous forme de messages courts, écrits sur des supports de couleurs, de même format. Il est important de limiter l'expression à une idée par papier (3 à 5 mots), l'animateur distribuera 2 papiers par question, et prendra pour chaque question une couleur différente. Il demandera aux jeunes d'écrire gros pour que le message soit bien lisible.

- L'animateur doit interroger le groupe sur des points précis. Par exemple : « Qu'est ce que manger représente pour vous ? » « Pourquoi fume-t-on ?... » (cf. encadré). Après avoir énoncé la première question, il laissera 3 à 5 minutes aux participants pour y répondre.
- L'animateur recueillera ensuite les messages et les affichera sur un support qui permettra de tous les lire et de les déplacer selon les besoins. Il n'y aura aucun tri, ni aucun commentaire, ni aucun refus (sauf s'il s'agit clairement d'une insulte ou autre propos inacceptable).

Exemples de questions introductives

- autour de la sexualité : « Être amoureux c'est... »
- autour de l'alimentation : « Manger, ça me fait penser à ... »
- autour des addictions : « Être dépendant c'est... »
- autour du mal-être : « Le bien-être / la tristesse / la solitude c'est... »
ou « Se sentir mal c'est... »
- autour des conduites à risques : « Prendre des risques c'est... »

A ce stade, toute la production devient commune et anonyme.

- Tous les messages étant affichés, et avec l'accord du groupe, l'animateur va coordonner :
 - Un travail de rapprochement entre les textes (se forment ainsi des "nuages" d'idées proches ou similaires). Les nuages d'idées peuvent être construits au fur et à mesure de l'affichage des messages en veillant à toujours obtenir l'adhésion du groupe.
 - Un travail de clarification des expressions lorsque le sens n'est pas perçu par tous. Chacun peut donc poser des questions, mais personne ne peut changer un message. L'animateur demande au participant qui a écrit le message s'il souhaite le préciser et expliquer sa signification au groupe. Si nécessaire, un complément écrit peut venir s'accoler à l'expression en cause.
- Après validation par l'ensemble du groupe des "nuages" d'idées, l'animateur pourra aider les jeunes à donner un titre à chaque "nuage" pour préciser l'idée centrale ou générale de ce groupe. Il lance ensuite le débat autour des représentations, en répondant aux interrogations et en apportant des éléments de connaissances. L'animateur recommencera ce travail en interrogeant les jeunes sur les autres points éventuels qu'il traitera l'un après l'autre. Pour clôturer la séance, l'animateur pourra faire une synthèse globale des points importants.

Le jeu de la ligne

Objectif

- Faire émerger les représentations et les perceptions,
- Faciliter les échanges verbaux à travers une approche dynamique.

Matériel

- Craie pour tracer une ligne au sol,
- Liste d'affirmations appelant à des prises de position tranchées.

Durée et taille du groupe

1h à 2h pour 6 à 18 personnes.

Déroulement

- L'animateur propose une affirmation (cf. encadré) et demande au groupe de se positionner de part et d'autre de la ligne : d'un côté se rangent ceux qui s'ont d'accord et de l'autre ceux qui ne sont pas d'accord. (Pour plus de confort des chaises pourront être installées de chaque côté).
- L'animateur invite les participants à expliquer leur choix en argumentant. L'animateur pourra relancer l'échange en apportant des éléments de réflexion et de connaissances sur le thème abordé.
- Une fois les échanges terminés, l'animateur propose une nouvelle affirmation.

Exemples d'affirmations

- autour de la sexualité : « Il n'y a pas de couple sans fidélité » ou « La vraie sexualité c'est d'avoir des rapports sexuels »...
- autour de l'alimentation : « Les publicités sur les produits alimentaires (aliments et boissons) disent la vérité » ou « La publicité influence les choix alimentaires des jeunes »...
- autour des addictions : « Quand c'est naturel c'est pas toxique » ou « L'alcool et le cannabis ont un effet désinhibant ».

La technique du travail de groupe

Objectifs

- Faire émerger les représentations,
- Favoriser les échanges en petit groupe,
- Savoir assurer un rôle d'animateur de groupe et de rapporteur.

Matériel

- Papier et crayons,
- Paperboard,
- Liste de questions ou de situations.

Durée et taille du groupe

1h30 à 2h pour 9 à 18 personnes.

Déroulement

Cette technique comporte une étape en petit groupe et un temps de restitution en grand groupe. Le temps d'échanges en petit groupe peut s'appuyer sur des outils (blason, grille de questions...) ou être assez souple.

- L'animateur constitue les groupes puis expose la question, la situation (cf. encadré).
- Chaque groupe désigne un animateur qui fait avancer le groupe et un rapporteur qui prend des notes et qui exposera la synthèse des échanges en grand groupe.
- Après le temps du travail de groupe, les rapporteurs exposent leur rapport et un temps de débat collectif est engagé.
- Au cours du débat l'animateur apporte des éléments de réflexions et de connaissances sur le thème abordé.
- Pour clôturer la séance, l'animateur pourra faire une synthèse globale des points importants.

Exemples de questions

- autour de la sexualité, en groupe non mixte : « Selon vous, qu'attendent les garçons des filles dans une relation amoureuse ? » (et inversement) ou « quelles sont vos attentes, appréhensions et questions sur « la première fois » (premier baiser, copain/copine, rapport sexuel...) ? »
- autour de l'alimentation : « selon vous, existe-t-il une bonne façon de manger ? »
- autour des addictions : « Selon vous, pourquoi consomme-t-on un produit / une drogue ? » ou « Peut-on gérer/maîtriser sa consommation ? »
- autour du stress : « selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent favoriser le stress ? »

« Moi et les autres »

(tiré de l'exposition «Vivre l'adolescence. Mes ressources» du Centre Jean Bergeret)

Objectifs

- Identifier des personnes référentes,
- Prendre conscience de ses ressources personnelles,
- Définir son image à travers les regards que portent les autres sur soi,
- Choisir les qualificatifs qui précisent son identité actuelle,
- Acquérir confiance et estime en soi et en l'autre.

Matériel

- Tableau pour dessiner les modèles des supports,
- Papier et crayon.

Durée et taille du groupe

- Environ 1h (20 à 25 minutes pour le travail individuel et 25 minutes pour les échanges),
- Groupe de 8 à 15 personnes.

Déroulement

- L'animateur explique le sens de cet atelier : « il est important de se connaître, de mieux situer comment chacun se sent en famille, à l'école, dans les loisirs, avec ses amis. Pour parvenir à mieux se connaître, on peut parler de son histoire. On peut également parler des relations qu'on entretient avec des personnes qui sont importantes pour nous. On peut imaginer l'image que ces personnes ont de nous et la remodeler pour arriver à une définition de soi qui nous satisfasse et avec laquelle on soit en accord. Nous vous proposons de travailler sur vos images et sur ce que vous souhaitez être en ce moment à l'aide de deux supports : [Moi et les autres] et [Moi]. »
- L'animateur invite le groupe à dessiner sur une feuille le cadre du premier support [Moi et les autres]. Sur ce support, chacun doit inscrire 4 à 5 personnes qui sont importantes pour lui dans sa famille, ses loisirs, ses amis ou à l'école. Pour chaque personne, son statut doit être indiqué (ami(e), amoureux(se), copain(e), cousin(e), professeur...) ; (cf. encadré).
- Une fois nommées ces personnes référentes, chacun doit ajouter ce qu'il imagine que ces personnes pensent d'elle : il faut veiller à employer des mots simples, adjectifs ou noms. Ces qualificatifs pourront être positifs ou négatifs (deux colonnes sont dessinées sous le nom de chaque personne) ;
- L'animateur invite ensuite le groupe à dessiner le cadre du deuxième support [Moi] où chacun doit inscrire comment il se qualifie lui-même en veillant à employer des mots simples, adjectifs ou noms (cf. encadré).
- Une fois les deux fiches supports complétées, un temps d'échanges et de commentaires clôture l'animation (difficultés ou non pour les remplir...).

MOI ET LES AUTRES

<p>Yohann (petit ami)</p> <hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>douce</td> <td>impatiente</td> </tr> <tr> <td>présente</td> <td>inquiète</td> </tr> </table>	+	-	douce	impatiente	présente	inquiète	<p>Agnès (maman)</p> <hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>serviable</td> <td>agressive</td> </tr> </table>	+	-	serviable	agressive	<p>Audrey (amie)</p> <hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>gentil avec les autres</td> <td></td> </tr> </table>	+	-	gentil avec les autres	
+	-															
douce	impatiente															
présente	inquiète															
+	-															
serviable	agressive															
+	-															
gentil avec les autres																
<p>Océane (soeur)</p> <hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>adorable</td> <td>parfois chiante</td> </tr> <tr> <td>généreuse</td> <td></td> </tr> </table>	+	-	adorable	parfois chiante	généreuse		<div style="border: 2px solid #92d050; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>MOI ET LES AUTRES</p> </div>	<p>Julie (amie)</p> <hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>sympa</td> <td></td> </tr> </table>	+	-	sympa					
+	-															
adorable	parfois chiante															
généreuse																
+	-															
sympa																
<hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </table>	+	-	<hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </table>	+	-	<hr/> <table> <tr> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </table>	+	-								
+	-															
+	-															
+	-															

MOI

Je fais mon maximum pour réussir à l'école et faire le métier que je veux.

Je suis trop agressive, ma mère peut se confier à moi.

Je prend parfois des coups de folie et je saute de partout, je dis n'importe quoi et ça fait rire les gens.

Je suis à l'écoute de qui veut se confier quand ça ne va pas.

Je suis pratiquement tout le temps déprimé. Je fume trop.

Le Mandala, « Vivre ses émotions »

(tiré de l'exposition «Vivre l'adolescence. Mes ressources» du Centre Jean Bergeret)

Objectif

Permettre de reconnaître, identifier et qualifier ses émotions et ses sentiments actuels.

Toutes les émotions sont saines et normales. Les adolescents expérimentent de nouvelles formes d'émotions et de sentiments. Il ne s'agit pas de nier ou de réprimer ses sentiments mais de savoir les contenir, les identifier et les ressentir. Vivre ses émotions permet de réguler l'action personnelle.

Matériel

- Feuilles sur lesquelles un cercle a été préalablement tracé (20 cm de diamètre pour une feuille A4),
- Feutres de couleurs.

Durée et taille du groupe

- 15 à 20 minutes pour la réalisation du Mandala et 30 à 40 minutes pour le débat,
- Groupe de 8 à 15 personnes.

Déroulement

- L'animateur invite le groupe à identifier individuellement pendant 2/3 mn ce que chacun ressent en ce moment dans sa vie (émotions et sentiments qui peuvent être multiples et ambivalents).
- L'animateur précise ensuite que chaque émotion et sentiment doit être associé, par chacun, à une couleur ; l'animateur distribue les cercles blancs et les feutres.
- Chacun doit ensuite colorier, représenter ses émotions et ses sentiments en écrivant au dos de la feuille ce à quoi correspond chaque couleur.
- Une fois les dessins terminés, un temps d'échange débute autour du thème de la gestion des émotions. L'animateur peut lancer le débat à partir des questions suivantes :
 - Comment je contiens ma colère, mon agressivité ?
 - De quoi ai-je peur ?
 - Comment contrôler ma peur ?

Intérêt de cette technique

Elle s'inscrit dans le renforcement des compétences psychosociales telles que «Savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions». Ce renforcement exige un temps d'apprentissage pour reconnaître ses émotions, pour les qualifier pour pouvoir ensuite identifier leurs sources et leurs effets, pour pouvoir enfin agir dessus.

Numéros spéciaux & sites internet ressources

Numéros spéciaux

- **Fil Santé Jeunes**

32 24

Pour les adolescents, dans toute situation de mal-être, quelle qu'elle soit (rupture amoureuse, problème psychique, social). Appel gratuit depuis un poste fixe, tous les jours de 8h à minuit (01 44 93 30 74 à partir d'un mobile, au prix d'une communication ordinaire).

- **Cap Ecoute adolescents**

0800 33 34 35

Pour les jeunes qui ont des difficultés de toutes sortes : familiales, environnementales, psychologiques, conduites de dépendances... mais aussi pour les parents et les professionnels de l'éducation et de la santé. Appel gratuit depuis un poste fixe, 9h-21h sauf week-end et fêtes.

- **Drogues Infos service**

0 800 23 13 13 (appel gratuit depuis un poste fixe), 8h - 2h.

(01 70 23 13 13 à partir d'un mobile, au prix d'une communication ordinaire)

- **Sida info-service**

0 800 840 800 (appel gratuit depuis un poste fixe).

- **Interruption volontaire de grossesse**

0 810 810 714 (numéro Azur. 12h-18h du lundi au vendredi).

- **Protection de l'enfance, maltraitance**

119 (appel gratuit depuis tous types de postes), 24h/24.

- **Viols femmes informations**

0 800 05 95 95 (appel gratuit depuis un poste fixe. 10h-19h, du lundi au vendredi).

SITE INSTITUTIONNEL

www.inpes.sante.fr

SITES REGIONAUX

www.crjb.org

www.cirdd-ra.org

www.education-sante-ra.org

www.ersp.org

Des sites généralistes sur la santé, sur l'accès aux droits (CMU, Mutuelles...)

- www.sante-jeunes.org

Accès à toutes les structures de santé de Rhône-Alpes pour les jeunes, rubriques sur le système de santé et renvoi sur des sites spécialisés sur la santé.

- www.filsantejeunes.org

Des dossiers, des infos santé et possibilité de poser des questions

Des lieux de soins et de prévention

De nombreuses structures peuvent accueillir, écouter, soigner, orienter les jeunes gratuitement : Point écoute jeunes, CMP, Cidag, Planning familial, CPEF... Toutes les structures sont sur www.sante-jeunes.org.

Guide méthodologique pour les professionnels des Centres de Formation des Apprentis en région Rhône-Alpes

Rédaction et coordination
Lucie Pelosse (FRAES)
lucie.pelosse@education-sante-ra.org
Jérôme Rastello (CRJB)
j.rastello@crjb.org

Conception graphique
Anne Demotz (FRAES)

Impression : Aprime
sur papier recyclé

Crédits photos
© Fotolia

Juin 2009.

ESPACE REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE, 9 quai Jean Moulin, 69001 LYON



www.esrp.org



www.education-sante-ra.org
T : 04 72 00 55 70



Prévention des conduites à risques

www.crjb.org
T : 04 72 10 94 30

Avec le soutien financier de

