



Écho de réseaux

Good Behavior Game (GBG) :
un programme de développement
des compétences psychosociales
destiné aux enfants de l'école
élémentaire et déployé
par les pôles prévention du
champ médico-social

Agir au quotidien

Interview
de Thierry Cardoso :
les 1000 premiers jours
de l'enfant

Outils

**Simulation en santé
et addictologie**

Grand Dossier

**Retour sur le 3^e colloque du réseau
LSPS IHPH : Colloque Environnement et
promotion de la santé**

© Xxxx

International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services : une dynamique renouvelée

LE RÉSEAU INTERNATIONAL HPH

Issu d'une réflexion sur la promotion de la santé par l'OMS, le réseau HPH (International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services) propose aux établissements de santé de les accompagner dans la mise en place d'une stratégie de promotion de la santé et de les mettre en réseau pour bénéficier des expériences de chacun. Ainsi, des outils, des standards, un site Internet, une conférence internationale annuelle ou encore des groupes de travail, tous basés sur les preuves et les bonnes pratiques éprouvées et reconnues, sont autant de ressources proposées par le réseau HPH pour soutenir le déploiement et l'implémentation de stratégie de promotion de la santé.

Aujourd'hui, le réseau international compte environ 600 membres actifs, hôpitaux, structures de santé et membres affiliés, répartis dans 30 pays, et 20 réseaux nationaux et régionaux. La charte graphique du réseau a également été renouvelée, accompagnant la parution des nouveaux standards 2020 et donnant ainsi une nouvelle dynamique à ce réseau international.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN FRANCE

En France, le concept de promotion de la santé apparaît dans plusieurs textes officiels comme une préoccupation du législateur ainsi que le démontre la loi du 31 juillet 1991 qui introduit dans les missions de l'hôpital la nécessité de prendre part à des actions de santé publique, notamment en termes de prévention et d'éducation pour la santé. Les ordonnances du 24 avril 1996 viendront structurer quant à elles la mise en place d'une politique nationale et régionale de santé publique, qui tend à réduire les inégalités de santé et prend en compte la satisfaction des usagers. La promotion de la santé des populations et la réduction des inégalités de santé s'imposeront alors avec force et la loi du 21 juillet 2009 viendra conforter le rôle des établissements de santé dans l'éducation et la prévention.

C'est dans ce contexte que naît le réseau international des hôpitaux promoteurs de santé sous la coordination de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). C'est ensuite Santé publique France qui se voit confier le déploiement et la coordination du réseau *Health Promoting Hospitals* pour la France, avant de déléguer ces missions au RESPADD en 2018.

LE RÉSEAU LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

Coordonné par le RESPADD, le Réseau français Lieu de santé promoteur de santé permet aux établissements qui le souhaitent de mettre en place une stratégie de promotion de la santé au sein de leur établissement, au bénéfice des soignants, des bénéficiaires de soins, des visiteurs et de la communauté environnante. Aujourd'hui, une vingtaine d'établissements français ont adhéré au réseau HPH et bénéficient ainsi des outils et de la mise en réseau proposés par la coordination internationale. Ils profitent également du soutien et de l'accompagnement proposés par le RESPADD qui leur fournit des ressources, des expériences et la visibilité nécessaire pour la mise en place de leurs actions.

La Revue LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

Février 2024 – N° 10 – ISSN 2648-9414 (imprimé)
ISSN 2649-4973 (en ligne)

Directeur de publication : Amine Benyamina

Directeur de rédaction : Nicolas Bonnet

Comité de rédaction : Nicolas Bonnet, Marianne Hochet
Secrétariat : Maria Baraud

Ont collaboré à ce numéro : Thierry Cardoso, Jean-Claude Granry, Marianne Hochet, Rym Khayat, Catherine Reynaud-Maurupt

© Textes et visuels : RESPADD 2024

Cette revue bénéficie du soutien de Santé publique France

Bernard Artal Graphisme / Imprimerie Peau, Berd'huis
Tirage : 2 500 exemplaires

Éditorial

La promotion de la santé constitue un carrefour où se rejoignent différentes disciplines, principes et outils.

Elle fait partie intégrante de la santé publique qui pourrait être définie comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée ». En complément de la médecine clinique de terrain qui vise à prendre en soin les individus et leurs maladies, la santé publique se déploie au niveau populationnel à travers une approche macroscopique des enjeux. Le champ d'action de la santé publique est donc vaste et inclut les enjeux de la prévention et de la promotion de la santé, de veille sanitaire, de politiques publiques, de médico-économie, d'épidémiologie ou encore d'organisation et d'offre de soins.

La « prévention et promotion de la santé » constitue quant à elle une branche plus opérationnelle et concrète de la santé publique. La promotion de la santé est définie comme le processus qui confère aux populations « les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Ce processus englobe non seulement les actions visant à renforcer les capacités des personnes, mais aussi les mesures prises pour modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence négative sur la santé publique et la santé individuelle. Le champ de la prévention et de la promotion de la santé, en ayant vocation à intervenir sur tous ces aspects, est syndémique par essence.

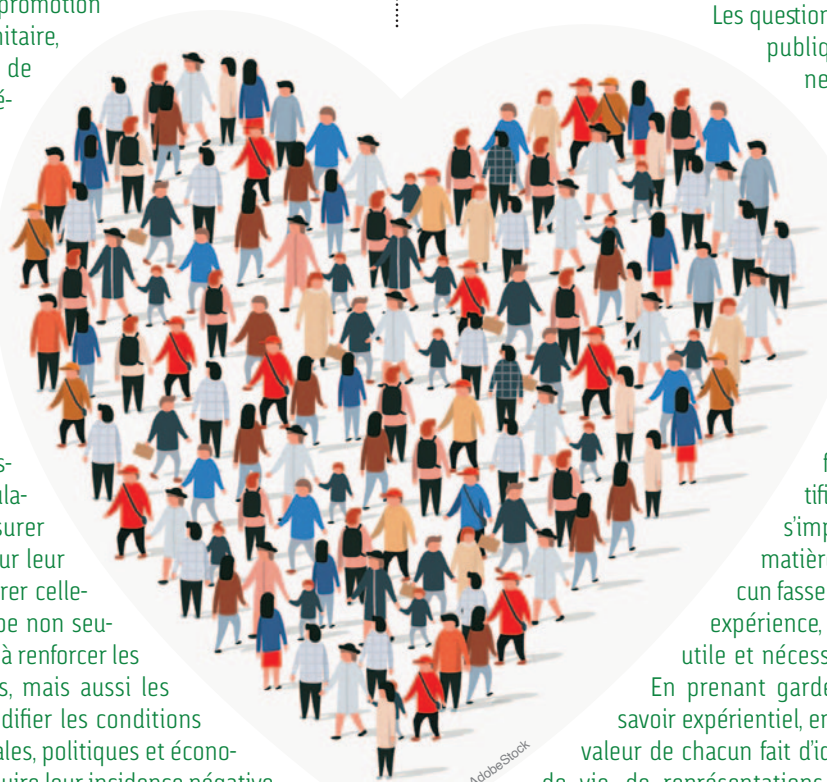
À titre d'exemple, les politiques publiques relatives à la consommation de tabac s'appuient sur les méthodes et le cadre scientifique de la prévention et de la promotion de la santé : c'est ainsi que peuvent être définies des interventions efficaces et justes telles que l'interdiction de fumer dans les

lieux publics ou de faire de la publicité pour les produits de tabac, le déploiement du paquet neutre et le remboursement des traitements de substitution nicotinique. Face à ces enjeux de santé publique, nous faisons évidemment face à des industries dont la pérennité implique d'abîmer tant la santé individuelle que planétaire. Tabac, alcool, sucre, pesticides, etc., le poids des lobbies est tel que les mesures favorables à la santé sont *in fine* souvent symboliques et arrachées au prix de nombreux compromis.

Les questions traitées par la santé publique sont vastes, éminemment politiques et nous concernent toutes et tous plus ou moins directement. Cette proximité avec les enjeux de santé publique ne signifie pas pour autant que tout le monde, quelque soit sa profession, médecin, scientifique ou politique, peut s'improviser expert en la matière. Par contre, que chacun fasse valoir son avis ou son expérience, en tant qu'acteur, est utile et nécessaire au débat public.

En prenant garde néanmoins que ce savoir expérientiel, emprunt du système de valeur de chacun fait d'idéologies, d'habitudes de vie, de représentations sociales, ne vienne biaiser les enjeux de santé publique. La question des usagers de drogues est un exemple d'une population pour qui une logique répressive, autoritaire et moralisante va s'appliquer, alors que la littérature scientifique établit qu'une approche de soins serait plus efficace tant pour les individus que pour la société...

Pr Amine Benyamina
Président du RESPADD



© hobbitfoot - AdobeStock



Interview de Thierry Cardoso

Les 1000 premiers jours de l'enfant

Thierry Cardoso est responsable de l'unité **Interactions précoces – 1000 premiers jours**, à la Direction de la prévention et de la promotion de la santé, chez Santé publique France. Dans cette interview, il nous explique ce que sont les 1000 premiers jours, l'ancrage international de ce projet, son impact sur les interactions entre les parents et leur enfant et la place des professionnels de santé et de la relation d'aide dans cette période et cette relation naissante.

Pourquoi parle-t-on des 1000 premiers jours ?

C'est une notion qui renvoie à la première période de vie, de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Même s'il y a un chiffre, c'est plus une période qu'il est important de retenir comme étant un déterminant important pour la santé.

Aujourd'hui, les données scientifiques nous montrent qu'il n'y a pas que le programme génétique qui peut influencer le développement de l'enfant. Il y a aussi des facteurs extérieurs à l'organisme du bébé qui peuvent venir interférer dans le programme de développement génétique et ce dès la vie fœtale. Il ressort que les conditions de vie et circonstances rencontrées par la mère pendant la grossesse peuvent donc avoir une influence sur le développement futur de son enfant. Cette nouvelle science, qu'on appelle l'épigénétique, étudie l'influence des environnements au sens très large et de tout facteur pouvant modifier ou interférer avec l'expression d'un gène qui était préalablement codé. Ainsi, les événements que va vivre la maman pendant sa grossesse peuvent venir jouer sur cette trajectoire de développement de l'enfant. Plusieurs grands systèmes vont être particulièrement sensibles à l'environnement et au développement dès la vie fœtale : les systèmes cérébral, nerveux et endocrinien par exemple. Cet impact peut aussi bien être négatif que positif. La période des 1000 premiers jours est donc une période de vulnérabilité, ou plutôt de sensibilité.

On comprend alors que si on change certains facteurs au cours de la maturation d'un être vivant, cela peut avoir des conséquences tout au long de sa vie. C'est pour cela que les 1000 premiers jours ont été mis au-devant de la scène, pour essayer de mieux comprendre comment agir, notamment en prévention.

Pouvez-vous donner un exemple de ce qui peut se produire pendant cette période ?

Il est important de comprendre que, dès la vie fœtale, c'est le système nerveux qui va permettre au bébé de répondre aux événements de la vie. Ce système s'enclenche dès lors que la survie est menacée. Donc, plus un fœtus, notamment en fin de grossesse, ou un bébé est soumis à une pression par rapport à des stimuli stressants, plus le risque de voir des troubles apparaître augmente, comme par exemple des troubles du comportement chez l'enfant ou des troubles d'acquisition du langage ou des apprentissages. La bonne nouvelle est que des travaux montrent que la proximité physique et psychique, avec une attention soutenue portée par les parents aux signaux du bébé, favorise l'interaction précoce de qualité par des mécanismes biologiques tels que la synchronisation cérébrale et la sécrétion d'ocytocine. Cette synchronisation va, en retour, augmenter les capacités de l'adulte à comprendre et répondre aux signaux de l'enfant grâce à cette proximité, à ce lien physique et psychologique. C'est ce qu'on appelle la construction du lien d'attachement. Il se construit dans tous les cas mais de façon plus ou moins sécurisée. Des troubles de l'attachement peuvent être observés si ce lien ne se construit pas de façon optimale. Concrètement, si le bébé exprime un besoin et qu'il y a une réponse proportionnée, cohérente, stable, prévisible vis-à-vis de ses attentes, cet attachement se construira de façon sécurisante. Dès lors, cette base de sécurité va lui permettre de commencer à explorer le monde autour de lui. L'élément essentiel à soutenir est donc la qualité de l'interaction entre les adultes en responsabilité du bébé et le bébé lui-même, cet enjeu se joue très tôt, dès la grossesse et dans la première année après la naissance.

« **Ce qui est majeur, c'est la qualité de l'interaction qui se joue pendant les 1000 premiers jours, entre les adultes en responsabilité du bébé et le bébé lui-même. »**

En quoi ce concept s'inscrit dans une stratégie internationale ?

Le concept de la période des 1000 premiers jours est un concept international qui vise à mettre en évidence l'impact de la période sur la trajectoire de santé tout au long de la vie. La question du soin apporté à l'enfant pour répondre à ses besoins fondamentaux est une question stratégique centrale. Cela se traduit au plan international par la promotion de « soins attentifs et chaleureux » à l'enfant, qui est une traduction de *Nurturing care* : *nurturing* comme nourrissant et *care* comme soin. Cela s'inscrit dans le cadre de la stratégie de l'OMS et l'UNICEF, qui ont élaboré cinq composantes des soins attentifs pour le développement de la petite enfance.

BONNE SANTÉ

Il s'agit de la santé et du bien-être des enfants et des personnes qui s'occupent d'eux. Pourquoi ? On sait que la santé physique et mentale des personnes qui ont la garde d'enfants peut influencer sur leur aptitude à prendre soin d'eux.

NUTRITION ADÉQUATE

S'applique à la nutrition chez la mère et chez l'enfant. Pourquoi ? On sait que l'état nutritionnel de la mère pendant la grossesse a une incidence sur sa santé et son bien-être et sur ceux du fœtus. Après la naissance, l'état nutritionnel de la mère influe sur son aptitude à prodiguer à l'enfant les soins dont il a besoin.

SOINS RÉPONDANT AUX BESOINS

Désigne l'aptitude du parent ou de la personne s'occupant de l'enfant à déceler, comprendre et réagir aux signaux de l'enfant au moment voulu et de façon adaptée.

Composante considérée comme fondamentale car des personnes réactives sont mieux à même de contribuer aux quatre autres composantes.

- Les trois premières composantes concernent le fait de s'assurer d'une « **bonne santé** », d'une « **nutrition adéquate** » et de l'ensemble des « **soins répondant aux besoins de l'enfant** ». Cela signifie veiller à être plus attentif aux enfants dans les interactions quotidiennes, en les protégeant mais aussi en enrichissant l'apprentissage, les relations sociales et en établissant un lien de confiance. C'est

fondamental. Par exemple, des études ont montré que les soins proximaux tels que des câlins reçus très précocement (peau à peau) vont contribuer à ce que l'enfant puisse établir des relations sociales beaucoup plus apaisées lorsqu'il grandira.

OPPORTUNITÉS POUR L'APPRENTISSAGE PRÉCOCE

Désigne toute occasion qu'a un bébé, un tout-petit ou un enfant d'interagir avec une personne, un lieu ou un objet dans son environnement.

Chaque interaction (positive ou négative) ou l'absence d'interaction contribue au développement cérébral de l'enfant et pose les bases de l'apprentissage ultérieur.

- La 4^e composante concerne toutes les « **opportunités pour l'apprentissage précoce** ». Tous les adultes doivent comprendre que sourire à un enfant, parler gentiment, se mettre à sa hauteur lorsqu'on lui parle, surtout quand il pleure, ne pas être jugeant mais comprendre qu'il est sans doute en insécurité, est fondamental.

SÉCURITÉ ET SÛRETÉ

Il est question de la sécurité et de la sûreté de l'environnement dans lequel vivent les enfants et leur famille : dangers physiques, stress émotionnel, risques environnementaux (pollution, p. ex.) et accès à l'eau et à la nourriture.

- La 5^e composante concerne tout ce qui va construire « **la sécurité et la sûreté** » des environnements à domicile mais aussi dans les lieux d'accueil, pour éviter tous les dangers possibles.

Ces composantes posent un cadre international, c'est ensuite à chaque pays de s'en emparer. Par exemple, en France, les actions relatives aux 1000 premiers jours, comme la promotion de l'implantation d'interventions de prévention précoce pour étayer les situations de vulnérabilités ou les actions visant à faire prendre conscience à l'ensemble de la population des enjeux de la période des 1000 premiers jours, sont assez innovantes.

Des documents complémentaires à destination des soignants sont accessibles en français sur le site nurturing-care.org.

Quelles sont les actions réalisées dans le cadre de la stratégie des 1000 premiers jours ?

La stratégie des 1000 premiers jours de Santé publique France est articulée autour de trois axes :

- engager des études**, pour mieux connaître et comprendre les déterminants agissant sur la disponibilité physique et

« Quels que soient les soins qu'on va apporter à un bébé, la qualité de l'interaction va être déterminante. On pourrait appeler ça l'efficacité du soin.

psychique des parents, par le déploiement d'une enquête nationale sur le vécu et les pratiques parentales ;

- **repérer, développer et soutenir des interventions de prévention précoces** : pour aider les parents à se préparer et vivre la grossesse, l'accouchement et le début de la parentalité le plus sereinement possible. Cela se traduit notamment par la généralisation de l'entretien prénatal précoce pour faire le point sur les conditions de la grossesse en termes de vulnérabilité psychosociale et par la mise en place d'un entretien postnatal pour faire le point après la naissance sur le vécu de l'accouchement, les circonstances du début de la parentalité ou l'organisation de vie et les nouveaux défis auxquels sont confrontés les parents ;
- **informer**, autour de tous ces enjeux, en travaillant à implanter ces notions dans la population générale. Cela passe par la création de ressources, comme le site internet www.1000-premiers-jours.fr/fr, d'actions de communication dans différents médias comme des dispositifs digitaux.

Implanter des interventions de prévention précoces à domicile efficaces fait également partie des grands enjeux de la stratégie des 1000 premiers jours. Santé publique France a élaboré un rapport qui va se transformer en un guide pour les institutions et les professionnels qui font de l'intervention à domicile pour guider sur les facteurs clés sur lesquels il est important d'être attentif. D'autres mesures sont en cours d'expérimentation avec la mise en place d'un référent périnatal pour orienter en fonction des besoins et ressources nécessaires le parcours périnatal et postnatal.

Comment les professionnels de santé et de la relation d'aide peuvent se saisir du concept des 1000 premiers jours ?

Le message que l'on pourrait faire passer, c'est de réfléchir à cette façon de se rendre disponible aux parents, d'accueillir, d'informer, de créer un parcours, pour qu'on comprenne que la grossesse et les premières interactions avec son bébé ne relèvent pas que de questions médicales. C'est important de comprendre que les déterminants relatifs aux conditions et circonstances de vie que l'on n'a pas toujours l'habitude d'évoquer avec les parents et futurs parents en tant que professionnels sont très importants pour le développement biologique de l'enfant.

Comprendre par exemple que la santé de l'enfant est aussi liée au niveau d'anxiété de sa maman et qu'une maman qui n'est

pas sécurisée relève d'une prise en charge urgente dans la perspective du risque d'interactions défaillantes. En effet, si on aborde facilement tout ce qui relève de la bonne santé physique, des soins médicaux, de la surveillance de constantes comme la température ou l'équilibre alimentaire, on sait peut-être moins que, quels que soient les soins qu'on va apporter à un bébé, la qualité de l'interaction va être déterminante pour sa santé globale. On pourrait appeler ça l'efficacité du soin, à la fois pour le bébé mais aussi pour l'adulte qui va renforcer son sentiment d'efficacité, c'est-à-dire le sentiment que, en tant que personne responsable du bébé, il comprend ses signaux et y répond de la manière la plus appropriée.

Cela peut aussi impacter le soignant puisque, si on parle de sentiment d'efficacité parentale, on peut aussi générer chez le soignant un sentiment de ne pas avoir été efficace, de penser qu'on n'a pas dit ce qu'il fallait ou qu'on n'a pas été entendu. Il y a également un enjeu à revisiter les postures professionnelles, questionner les biais et les représentations que l'on a quand on rencontre quelqu'un et qui peuvent entraver une bonne interaction. On retrouve ici les déterminants de l'alliance thérapeutique.

C'est aussi probablement l'opportunité de sortir du paradigme du sachant qui dit « je sais ce dont un enfant a besoin en fonction de son âge et la prévention doit se traduire par cela » pour aller vers une posture plus accompagnante en fonction des possibilités et de l'évolution de l'expérience parentale progressive. Sans disqualifier ces savoirs, la notion des 1000 premiers jours apporte quelque chose de l'ordre d'un diagnostic plus global que strictement médical. Cela passe par exemple par l'évaluation des conditions d'installation du lien et pour le professionnel passer par la valorisation de tout ce que fait déjà le parent avec son enfant avant d'aller vers des ajustements possibles dans une démarche constructive et participative avec les parents et selon leurs possibilités au fur et à mesure que l'enfant grandit. Pour le professionnel, l'enjeu peut être de retenir cette velléité d'emblée de donner beaucoup d'informations, en passant d'abord par un premier stade qui est de comprendre les préoccupations majeures des parents qui peuvent faire « écran » à une bonne interaction tant avec leur enfant qu'avec le professionnel.

Quels sont les perspectives et enjeux de la stratégie des 1000 premiers jours ?

L'organisation des soins autour des parents doit pouvoir passer par une mise en réseau des professionnels et une lisibilité des ressources pour les parents. Ça veut dire qu'un professionnel des 1000 jours ce n'est pas quelqu'un qui travaille tout seul, c'est quelqu'un qui travaille dans un réseau, qui crée une connexion avec les autres professionnels pour travailler ensemble et élaborer une vision commune. C'est une exigence et un énorme défi pour tous les systèmes de soins, compte tenu de l'hétérogénéité territoriale de l'offre de soins. Les connaissances nécessaires qui sous-tendent les enjeux de la période sont inégalement intégrées et la dynamique doit être soutenue.

Les Lieux de santé promoteurs de santé peuvent être des laboratoires et inspirer l'ensemble du soin. ●

Propos recueillis par Rym Khayat, chargée de projets, RESPADD

Retour sur le 3^e colloque du réseau LSPS IHPH : Colloque Environnement et promotion de la santé

La 3^e édition du colloque annuel du réseau Lieu de santé promoteur de santé s'est tenue le 3 mai 2023 à Lyon, en partenariat avec les Hospices civils de Lyon et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Auvergne-Rhône-Alpes. Il a été organisé avec le soutien de Santé publique France.

Ce colloque, « Environnement & promotion de la santé », a permis d'aborder tant la place des acteurs du soin et de la prévention au service de la santé environnementale, que les enjeux de la mise en place d'environnements promoteurs de santé au bénéfice des Lieux de santé et de leurs professionnels.

D'un cercle vicieux à un cercle vertueux

Nous savions que le manque d'investissement dans la prévention mettait en péril la soutenabilité de notre système de soin. Aujourd'hui, nous avons pris conscience qu'ajouter à cette préoccupation les enjeux climatiques nous inscrivait dans un cercle vicieux encore plus alarmant et encore plus complexe.

Le changement climatique induit des pathologies spécifiques ou aggrave des pathologies existantes, augmentant ainsi le recours aux Lieux de santé. Or les hôpitaux sont des contributeurs très importants au dérèglement climatique. Par conséquent, l'accroissement du recours à l'hôpital aggrave la situation climatique qui elle-même impacte négativement la santé publique, etc. Le cercle vicieux est bouclé.

On peine alors à comprendre le manque d'ambition politique pour la prévention et la promotion de la santé dans notre pays incluant des mesures environnementales. En revanche, ce constat justifie complètement les engagements du réseau LSPS dans toutes ses composantes, locales, nationales et internationales.

Le défi de l'intersectorialité et de l'environnement dans toutes les politiques

Ce défi rejoint les « transformations structurelles » nécessaires et la définition large des environnements : il convient autant d'agir sur les environnements politiques, économiques, socioculturels, que sur les environnements matériels. Il rejoint également le besoin d'ouverture des débats et des projets autour de la qualité des environnements.

Mais l'intersectorialité va à l'encontre de notre fonctionnement bien français qui valorise au contraire l'hyperspécialisation dans tous les domaines. Or, non seulement nous avons à apprendre les uns des autres, mais nous serons infiniment plus efficaces en croisant et mutualisant nos savoirs et nos compétences. Ce besoin d'interconnaissance, de mutualisation, de partage d'expériences et de co-construction a été aussi transversal à cette journée de colloque.



Cette construction participative sera d'autant plus productive qu'elle pourra s'appuyer sur des résultats de recherche et la réalisation d'évaluations d'impact sur la santé, sur des démarches de capitalisation d'expériences qui permettront de tirer tous les enseignements utiles des actions menées et d'envisager leur transférabilité. Au-delà des constats, il est en effet essentiel de savoir comment agir et surtout comment décider en contexte de changement climatique.

La mobilisation du réseau des Lieux de santé promoteurs de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé liées aux environnements

Les demandes de changements sont de plus en plus portées par celles et ceux qui sont touchés de manière disproportionnée par les crises écologiques : il s'agit des personnes présentant les plus fortes vulnérabilités au changement climatique et à ses conséquences, qui sont aussi les segments de la population les plus en déficit de pouvoir.

De même, les demandes de changement concernant la qualité de vie au travail sont très portées par les professionnels situés dans les catégories les moins favorisées de la hiérarchie hospitalière, qui souffrent le plus de la dégradation des environnements organisationnels, économiques, sociaux, humains et matériels des Lieux de santé.

Or l'un des principaux leviers pour réduire les inégalités sociales de santé est le renforcement du pouvoir d'agir : celui de toutes les parties prenantes au sein des établissements, mais aussi au sein des territoires dans lesquels ils se trouvent. Mettre en place des stratégies d'empowerment efficaces au niveau individuel, communautaire, organisationnel... suppose des compétences, donc la mise à disposition d'une offre de formation et d'accompagnement, des appuis en termes de coordination, de planification, d'évaluation... et pour cela le plaidoyer en faveur du renforcement des moyens d'agir de la promotion de la santé au sens large, et du réseau LSPS en particulier, est essentiel. ●

→ POUR ALLER PLUS LOIN,
consulter les actes en ligne sur reseau-lsp.org

Marianne Hochet, responsable ressources et développement, RESPADO

GOOD BEHAVIOR GAME (GBG) : un programme de développement des compétences psychosociales destiné aux enfants de l'école élémentaire et déployé par les pôles prévention du champ médico-social

Qu'est-ce que le GBG ?

Le GBG, ou Jeu du comportement adapté, est une stratégie de gestion du comportement en classe élémentaire (CP au CM2), qui permet aux enseignants de socialiser les enfants dans leur rôle d'élève et de développer leurs compétences psychosociales (CPS) pendant qu'ils enseignent les matières académiques. Conçu initialement au cours des années 1960 par Muriel Saunders, une enseignante américaine, le GBG constitue une mise en application de la théorie sociocognitive, en prenant particulièrement en compte le processus de l'apprentissage social et l'effet apprenant de la contingence de groupe, tels que décrits une décennie plus tard par Albert Bandura (1976).

Le GBG dispose de plusieurs atouts pour être bien accepté dans le contexte scolaire français : il n'empiète pas sur le temps dévolu à l'enseignement scolaire car les séances se déroulent pendant que les enfants travaillent sur leurs leçons habituelles, il facilite le travail de groupe et apaise le climat scolaire. En plus de son impact sur les CPS, il permet aussi de renforcer des compétences essentielles pour la réussite scolaire : enrôlement dans la tâche, autonomie, concentration et capacités d'organisation.

Le GBG comprend des séances codifiées et ritualisées, présentées aux élèves comme un jeu, dont l'objectif est de respecter des règles sociales et scolaires dans une situation d'apprentissage. Le programme préconise 3 séances hebdomadaires, tout au long de l'année scolaire. Les séances impliquent pour l'enseignant une série de gestes pédagogiques structurés par 4 éléments-clés : (1) les règles de la classe, formulées sous forme de règles de vie transposables et généralisables ; (2) la génération du sentiment d'appartenance à une équipe ; (3) l'observation active du comportement ; et (4) le renforcement positif. Le jeu se joue toujours en équipe : les équipes sont hétérogènes en termes de genre, de comportement et de capacité d'apprentissage, afin que les élèves en difficulté prennent leurs pairs pour modèle. Elles ne sont pas en concurrence entre elles (toutes peuvent gagner). Chaque séance se termine par la célébration des victoires et par un retour réflexif destiné à partager les clés du succès et les stratégies de résolution des difficultés. Les enseignants sont formés au GBG durant une année scolaire, et peuvent ensuite poursuivre la pratique de façon autonome, durant le reste de leur carrière professionnelle.

Comment le GBG développe-t-il les compétences psychosociales des élèves ?

Le GBG permet potentiellement de développer l'ensemble des compétences émotionnelles, sociales et cognitives telles qu'elles sont décrites dans le référentiel de Santé publique France (SpF, 2022), car il s'agit d'une approche systémique. Cependant, les CPS effectivement développées dans chaque classe dépendent de deux facteurs principaux : d'une part, le diagnostic des besoins de la classe et d'élèves particuliers effectué par l'enseignant et, d'autre part, la contingence de groupe et son effet apprenant (le GBG s'adapte lors de chaque séance aux événements qui surviennent de façon non prévisible dans la classe).

D'autre part, Le GBG constitue un outil de formation des enseignants leur permettant de s'approprier les postures et les tactiques nécessaires au renforcement quotidien des CPS de leurs élèves, durant le temps de classe ordinaire (hors GBG) : il s'agit de stratégies opératoires, qui permettent de décliner les 4 éléments-clés du GBG dans la pratique pédagogique habituelle.

Les données sur l'efficacité du GBG

La première étude de grande envergure menée à Baltimore (N = 1196) témoigne d'un impact immédiat sur le climat scolaire, avec une réduction des comportements perturbateurs et des attitudes de timidité excessive (Dolan & al., *Journal of Applied Psychology*, 1993). Au début de l'âge adulte, les résultats montrent, toutes choses égales par ailleurs, en faveur du groupe GBG comparé au groupe contrôle, une réduction significative des conduites addictives avec le tabac, l'alcool et les drogues illicites, des troubles de la personnalité anti-sociale, des tentatives de suicide et des pensées suicidaires, ainsi que des condamnations judiciaires pour violence et comportement criminel (voir encadré ci-contre).

La seconde cohorte de Baltimore (N = 678) a démontré l'impact du GBG sur la réussite scolaire : les bénéficiaires ont plus souvent fréquenté l'enseignement secondaire que le groupe contrôle et plus souvent obtenu leur diplôme de fin d'études (Bradshaw & al., *Journal of Educational Psychology*, 2009).

En Europe, différentes études confirment l'impact bénéfique du GBG. Par exemple, la cohorte britannique (N = 3084) met en valeur l'amélioration des comportements prosociaux chez les élèves « à haut risque » (être un garçon, être éligible à la restau-

ration scolaire gratuite, vivre dans un quartier défavorisé) (Troncoso & al., *Journal of School Psychology*, 2021).

En France, Santé publique France doit prochainement publier l'évaluation d'efficacité du GBG en contexte français, qui s'appuie sur 14 994 rapports de séances GBG et 3 987 observations secrètes effectuées durant le temps de classe ordinaire (à paraître).

» Les données issues de la première étude d'impact conduite auprès d'élèves scolarisés en CP ou CE1 durant l'année scolaire 1985-1986 dans 19 écoles des quartiers pauvres de Baltimore ont été publiées dans une édition spéciale de la revue scientifique *Drug and Alcohol Dependence* en 2008 : elle contient cinq rapports complets dédiés à l'impact de ce programme chez de jeunes adultes, âgés de 19 à 21 ans au moment du dernier recueil de données. Par exemple, les résultats montrent que l'abus de drogues illicites est réduit de 50 % chez les garçons et de 65 % dans le sous-groupe des garçons qui étaient considérés comme agressifs et perturbateurs en CP. Autre exemple, les tentatives de suicide ou pensées suicidaires sont réduits de 44 % chez les garçons et de 50 % chez les filles du groupe GBG.

Kellam SG, Reid J, Balster RL (Eds) (2008). Effects of a universal classroom behavior program in first and second grades on young adult outcomes, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (Supplement 1), S1-S104.

Le déploiement du GBG en France

Le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS) a conduit l'essai-pilote GBG en partenariat avec l'académie de Nice durant deux années scolaires (2015-2017), dans 3 écoles situées à Valbonne, Vallauris et Nice, grâce au soutien financier de Santé publique France, de la MILDECA, de l'ARS PACA et de la ville de Valbonne. L'implantation expérimentale a constitué le support de la formation de l'équipe du GRVS par l'American Institutes for Research (AIR), qui porte le déploiement du programme au niveau mondial. Tout en conservant la totalité des critères de qua-

lité identifiés par les études scientifiques, la version française du GBG a d'autre part été enrichie de stratégies probantes issues des sciences de l'Éducation, rassemblées sous la dénomination générique d'« enseignement explicite des comportements sociaux ».

L'AIR a confirmé que l'adaptation pour la France s'est déroulée conformément aux exigences du modèle original, grâce au respect des éléments-clés et de l'utilisation des outils identifiés comme les garants des bénéfices attendus. À l'issue de l'expérimentation du transfert de compétences en 2017-2018 en partenariat avec le CODES 83, le déploiement national a débuté en 2018-2019 et concerne, à ce jour, 9 autres académies (voir tableau ci-dessous).

Le transfert de compétences vers les opérateurs locaux se déroule en deux années scolaires, avec deux cohortes successives d'enseignants, leur permettant ensuite de poursuivre le déploiement de façon autonome : il comprend 9 journées de formation, des réunions d'analyse de pratiques bimensuelles, 3 visites sur site d'expertise permettant d'analyser le travail effectué in situ auprès des enseignants et, lors de la seconde année, la supervision des premières expériences d'animation des formations destinées aux enseignants.

Déploiement national GBG : nombre d'enseignants formés ou en cours de formation en 2023-2024

Au cours de la première année d'implantation, les enseignants participent à 3 journées de formation au cours de l'année scolaire et bénéficient d'un accompagnement individuel tous les 15 jours effectué par un chargé de mission CPS (observation d'une séance GBG en classe et entretien d'analyse de pratiques en face-à-face). D'autres professionnels de l'Éducation nationale, non compris dans ce décompte, sont impliqués dans le déploiement GBG (inspecteurs de circonscription, conseillers pédagogiques, coordonnateurs REP, enseignants référent handicap, ...).

Catherine Reynaud-Maurupt,
Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)

TABEAU 1 Déploiement national du GBG et enseignants formés

ACADÉMIE	Opérateur partenaire de l'EN	Année 1 ^{ère} implantation	Nombre d'enseignants
NICE	GRVS	2015	167
	CODES 83	2017	172
ORLÉANS	APLEAT-ACEP	2018	84
REIMS	Addictions France Grand-Est	2018	87
NORMANDIE	Addictions France Normandie	2019	115
CRÉTEIL	Addictions France Ile-de-France	2019	36
VERSAILLES	Addictions France Ile-de-France	2020	17
LA RÉUNION	Addictions France Océan Indien	2021	94
LILLE	Addictions France Hauts-de-France	2022	33
STRASBOURG	CIRDD-Alsace	2022	63
BORDEAUX	Caminante	2023	19
TOTAL			887

Simulation en santé et addictologie

La simulation est à la fois une technique (créant des situations ou des environnements pour mieux comprendre le réel), une méthode pédagogique (pour promouvoir, améliorer voire valider les connaissances, compétences et comportements) et sans doute plus encore avec le développement de la simulation numérique (jumeaux numériques, intelligence artificielle...).

Elle est connue et utilisée depuis des temps lointains, en particulier pour améliorer les performances guerrières. En santé, la formation « d'accoucheurs et accoucheuses » sous le règne de Louis XIV par les méthodes de simulation de Madame du Coudray (mannequins mère et nouveau-né) fait figure de précurseur remarquable.

Développée dans des domaines professionnels non médicaux, tels que l'aéronautique, l'armée ou l'industrie nucléaire, la simulation a pour objectifs l'amélioration de la formation des professionnels et la limitation des risques. Elle concerne aussi bien la formation initiale que le développement professionnel continu. Elle est multidisciplinaire et multiprofessionnelle. Elle présente également un intérêt éthique peu discutable : « jamais la première fois sur le patient ».

En médecine, cette technique de formation se développe, en particulier pour l'apprentissage de procédures chirurgicales ou de situations critiques en réanimation. La simulation ne concerne pas seulement la formation aux gestes techniques sur mannequins mais peut aussi s'appliquer à l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, en cancérologie par exemple par l'intermédiaire de « patients simulés » et formés.

En ce qui concerne les addictions, la simulation peut être utilisée pour prévenir les comportements addictifs, former les professionnels à reconnaître et à gérer ces mêmes comportements, à pratiquer des interventions d'urgence sur des patients en détresse et à améliorer les compétences en communication pour le conseil et le soutien des patients.

La simulation dite procédurale est une méthode utilisant un simulateur (synthétique, humain, numérique...) pour enseigner ou reproduire un processus ou une technique spécifique. Dans le cas des addictions, il est fréquent d'utiliser des matériels reproduisant les effets de telle ou telle substance addictive (exemple des lunettes de simulation drogues, alcool ou médicaments associées à des déplacements sur parcours ou à des simulateurs de conduite). Ces ateliers de simulation ont l'intérêt d'évaluer les effets sur la vie « réelle » et d'apprécier les risques encourus. Au

cours de ces formations de prévention, il importe de toujours associer un débriefing qui permet d'analyser les différentes étapes de la séquence et de toujours insister sur les pistes d'amélioration des comportements.

La simulation utilisant des mannequins

« **corps entier** » pilotés par ordinateur est utilisée par les professionnels de santé (individuellement ou par équipe) pour reproduire autant que nécessaire des situations à risque. C'est le cas lors de scénarios d'ivresse aiguë ou de surdose de drogues qui permettent aux équipes des services d'urgence ou de réanimation de s'entraîner à la prise en charge de ces situations souvent difficiles.

La simulation dite « humaine » fait appel à des patients simulés ou standardisés (lorsqu'ils répètent les mêmes scénarios), formés à cet effet. Elle est de plus en plus utilisée dans le cadre des addictions. Il peut s'agir de formation à l'identification précoce, les patients simulés pouvant aider les professionnels de santé à apprendre à reconnaître les signes précoces d'une addiction. Un autre enjeu majeur de ce type de simulation est le développement des compétences de communication. Les patients simulés peuvent aider les professionnels de santé à pratiquer des techniques de communication efficaces avec les patients. Par exemple, l'efficacité pédagogique de la simulation pour la formation au sevrage tabagique a été montrée. Certains IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) ont mis en place une formation à l'initiation à l'entretien motivationnel et à la prescription infirmière du traitement de substitution nicotinique utilisant largement les techniques de simulation. Enfin, les sessions avec des patients simulés permettent aux formateurs d'évaluer les compétences des apprenants et de leur donner une rétroaction constructive.

Les techniques de simulation numérique sont de plus en plus utilisées dans la prévention et la prise en charge des addictions. Ces techniques s'appuient sur des applications numériques qui créent des environnements virtuels et des scénarios interactifs pouvant aider les patients et les professionnels de santé à comprendre et à gérer les comportements addictifs.

Dans le cadre de la prévention, les simulations numériques peuvent être utilisées pour informer les utilisateurs sur les consé-

Pour aller plus loin dans la connaissance de la simulation en santé



La SoFraSimS (Société Francophone de Simulation en Santé) www.sofrasims.org se donne pour but de promouvoir l'enseignement par la simulation tant en formation initiale que continue, de participer à l'élaboration de recommandations, de promouvoir la simulation comme outil d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, de favoriser l'éducation thérapeutique, de créer des outils de communication entre professionnels, d'informer les associations de patients...

quences de l'abus de substances ou d'autres comportements addictifs. Par exemple, des programmes interactifs peuvent simuler l'impact de l'alcoolisme sur la santé, les relations et la performance professionnelle, permettant aux utilisateurs de comprendre les risques avant qu'ils ne deviennent problématiques.

Pour la prise en charge des addictions, les simulations peuvent servir de complément aux thérapies traditionnelles. Des environnements virtuels contrôlés peuvent être conçus pour aider les patients à développer des stratégies de *coping* face à des situations à haut risque. Par exemple, un individu avec une dépendance à l'alcool pourrait être placé dans un environnement virtuel de bar et être guidé par un thérapeute pour pratiquer des techniques de refus ou de gestion de l'envie de consommer.

Les simulations peuvent également servir de complément au traitement en offrant un soutien continu. Des applications mobiles ou des jeux sérieux peuvent fournir des rappels quotidiens, des défis et des récompenses pour encourager les comportements sobres.

Les simulations numériques peuvent également aider les chercheurs et les professionnels de la santé à comprendre com-

ment les addictions se développent et évoluent dans différentes populations. En modélisant les comportements et les interactions sociales, il est possible de prédire les tendances et d'identifier les facteurs de risque.

L'utilisation de ces technologies doit être réalisée par des professionnels de santé qualifiés et doit être intégrée dans un plan de traitement global. De plus, la confidentialité et la sécurité des données des utilisateurs doivent être une priorité absolue dans le domaine de la prise en charge des addictions.

En conclusion, les méthodes de simulation en santé doivent être utilisées comme des compléments et non comme des substituts aux méthodes de traitement éprouvées. Elles peuvent s'intégrer utilement dans la formation aux thérapies comportementales, au soutien médical et social, voire aux traitements pharmacologiques pour une prévention et prise en charge optimales des addictions. ●

Jean-Claude Granry, *Pr honoraire des Universités*

SCOLARIUS Un outil de mesure du niveau de littératie des textes

SCOLARIUS est un outil gratuit d'analyse de la lisibilité.

Il analyse le niveau de difficulté d'un texte en fonction de la longueur des mots, des phrases et des paragraphes. Il s'agit d'un outil qui permet à l'utilisateur de savoir si le niveau de difficulté de son texte correspond au niveau de compréhension de la clientèle visée.

En soumettant un texte à l'outil SCOLARIUS, vous obtenez un score correspondant à un niveau de difficulté de lecture, allant d'un niveau primaire jusqu'à un niveau initié. Cela permet tant d'évaluer la pertinence d'un texte au vu de son public cible que de l'ajuster pour qu'il puisse être compris par ses lecteurs.

Se rendre sur SCOLARIUS www.scolarius.com





4^e COLLOQUE LIEU DE SANTÉ PROMOTEUR DE SANTÉ

> LE 4 AVRIL 2024,

à l'hôpital Foch à Suresnes

Cette année, le colloque LSPS s'intéressera à la thématique « Promotion de la santé : tous-tes acteurs-trices. Des perspectives convergentes ». Il se tiendra le 4 avril 2024 à l'hôpital Foch à Suresnes (92).

Il sera précédé, le 3 avril de 18 h à 20 h, d'une conférence sur L'(in)justice des inégalités sociales de santé de Paul-Loup Weil-Dubuc, modérée par le Pr François Alla. Ces deux événements sont ouverts à tous. Les inscriptions sont gratuites mais obligatoires. Le pré-programme est disponible en ligne. Pour toute information complémentaire :

www.reseau-lsps.org



28^{es} RENCONTRES PROFESSIONNELLES DU RESPADD

> LES 27 ET 28 MAI 2024,

à l'Espace du Centenaire à Paris

Cette année, les Rencontres du RESPADD porteront sur la thématique « Activité physique, sport et addictions ». Elles se tiendront les 27 et 28 mai 2024, à l'Espace du Centenaire à Paris (12^e).

Les inscriptions et le pré-programme seront prochainement accessibles sur notre site.

Pour toute information complémentaire :

www.respadd.org



18^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'ADDICTOLOGIE DE L'ALBATROS

> LES 4, 5 ET 6 JUIN 2024,

au Novotel Tour Eiffel à Paris

Pour sa 18^e édition, le congrès de l'Albatros portera sur « Prévenir ou guérir : faut-il choisir ? L'enjeu des addictions demain ». Il se tiendra du 4 au 6 juin, au Novotel Tour Eiffel à Paris (15^e).

Pour toute information complémentaire :

www.congresalbatros.org

Actualités



En 2024, la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) devient **Fédération Promotion Santé**.

Ce changement de nom s'accompagne d'un nouveau logo. Ensemble, ils confirment la place de la promotion de la santé au cœur de l'identité de la Fédération.



L'INJUSTICE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

> Paul-Loup Weil-Dubuc

Éditeur : Hyg e – Broché : 178 pages

En France, un homme a 18 % de risque de mourir avant 65 ans s'il est ouvrier contre 7 % s'il est cadre. Est-ce seulement à cause des conditions de vie et de travail, comme on peut le penser ?

Non seulement les inégalités sociales de santé persistent, mais elles ne semblent choquer personne : c'est la vie, dit-on. En fait, nous ignorons l'inégalité fondamentale qu'elles révèlent : l'inégalité des valeurs de vie. Si nos sociétés libérales dessinent grossièrement ce qu'est une vie qui vaut la peine d'être vécue, l'implicite est que d'autres vies en sont moins dignes : dès lors, l'importance que chacun accorde à sa propre existence en fonction des conditions sociales et des valeurs de la société ne jouerait-elle pas un rôle dans la diminution ou l'augmentation des comportements à risque pour la santé ? En expliquant pourquoi le libéralisme a une approche timorée des inégalités sociales de santé, cet essai explore une question fondamentale : quelles raisons de vivre avons-nous ? Une réflexion essentielle pour toutes celles et ceux qui se questionnent sur les inégalités sociales et s'en inquiètent.



LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS

> François Alla, Linda Cambon, Valéry Ridde

Éditeur : IRD Editions – Broché : 188 pages

Dans la recherche en santé, les approches issues des études biomédicales et épidémiologiques ne permettent pas d'appréhender la complexité des interventions

en santé des populations. Il est pourtant essentiel de les étudier avec des approches adaptées à leur complexité, à la pluralité de leurs mécanismes et à la diversité d'acteurs et de contextes locaux. C'est l'objet de la recherche interventionnelle en santé des populations (Risp), dont ce livre offre une première synthèse internationale en langue française.

Par une clarification conceptuelle et méthodologique et une illustration par de nombreux exemples à travers le monde, les auteurs se proposent de répondre à un besoin de formation des chercheurs et plus largement des acteurs de la santé sur cette démarche scientifique en abordant les questions d'efficacité, d'équité, de pertinence, de mise en œuvre ou de passage à l'échelle.



Réseau de prévention des addictions
01 40 44 50 26 | contact@respadd.org
www.respadd.org

