

LA LETTRE DU CMA



N° 8 juin 2016



© Association santé-bien-être

Santé et éducation

Le corps substrat
de la santé

Quelle éducation à la
sexualité ?

Education à la santé
une nouvelle approche des apprentissages
tout au long de la vie

S O M M A I R E

- [Cliquez sur les titres pour accéder aux pages correspondantes](#)

DOSSIER

EDUCATION A LA SANTE: UNE NOUVELLE APPROCHE DES APPRENTISSAGES TOUT AU LONG DE LA VIE

Editorial

Introduction au dossier

Chapitre 1 Face aux grands enjeux du 21e siècle : un renouvellement des approches : repenser la pauvreté, les inégalités...

- Priorité à la sante
- Panorama de la santé 2015
- Education : quelles stratégies pour demain ?

Chapitre 2 Exploration du champ « santé et éducation »

- Le corps substrat de la sante
- Apprendre de l'environnement
- Pour bien vivre, il est essentiel d'être en bonne santé
- Éducation pour la santé en milieu scolaire
- Éducation à être un patient. Université des patients
- Quelle éducation à la sexualité des jeunes adultes ?

Chapitre 3 Promouvoir la santé en lien avec l'éducation et les apprentissages tout au long de la vie (Extraits de la Charte d'Ottawa 21 novembre 1986)

- Éducation et protection de la petite enfance
- L'éducation accroît les chances de vivre en meilleure santé
- Éducation et santé sexuelle
- L'éducation contribue à la bonne santé des sociétés

Chapitre 4 Transmission des « pratiques » de soin, guérison, prévention...et apprentissages tout au long de la vie

- Education à la santé et médecines traditionnelles

Chapitre 5. Vers des nouvelles façons d'apprendre pour l'éducation à la sante

ACTUALITE DU CMA

10e Séminaire international sur les apprentissages tout au long de la vie

Manifestations à venir

On parle du CMA

EDITORIAL

Par Marlena BOUCHE-OSOCHOWSKA



Docteur ès sciences, Expert en Santé Internationale et Education. Directrice du 5^e Forum Mondial ATLV, St Pétersbourg 2017. Conseillère auprès des Gouvernements, Nations Unies et Union Européenne et membre du Bureau Exécutif du Comité Mondial pour les Apprentissages tout au long de la vie (CMA/WCFL) chargée des relations avec l'UNESCO. Elle est également conférencière internationale et auteure de nombreuses publications en français, anglais, russe et polonais.



De plus en plus de citoyens prennent conscience que leur santé est moins l'affaire de leur médecin traitant que leur propre affaire et qu'elle dépend pour beaucoup de leurs comportements et de leurs modes de vie.

Chaque Français connaît sans doute, la formule de Voltaire : « *J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé* ». Hélas, les centaines des millions de personnes au monde n'ont pas la possibilité de choisir les comportements qui préserveraient leur santé. Ils ne savent lire ni écrire, et n'ont pas de moyens ni pour produire ni pour varier l'alimentation au quotidien. Je pense par exemple aux habitants de cette vallée de l'Indus, au Pakistan, d'où je reviens d'une longue mission d'expertise. Cette région du monde, qui appartient à l'une des plus anciennes civilisations humaines, se trouve aujourd'hui parmi celles où les enfants présentent les plus grands retards de croissance (« *stunting* ») au monde. La santé, donc la vie des habitants de cette vallée, est fragilisée par la pauvreté installée depuis des générations, due à un système féodal qui perdure, par des catastrophes naturelles, telles que des sécheresses ou des inondations, par le manque d'eau potable, par la difficulté d'accéder à des soins de santé, et aussi en raison de la discrimination dont les femmes et les filles sont l'objet. Le tout aggravé par des pratiques ancestrales et des préjugés qui nuisent également à la santé des personnes

Dans le monde occidental et dans les pays riches, la Santé est devenue l'un des principaux critères de la qualité de vie vu par l'opinion publique. Selon l'indice « *Better Life* » proposé par OCDE en 2015, la Santé arrive en tête des onze priorités de bien-être ressenties telles que le logement, le revenu, l'emploi, la sécurité, l'éducation, l'environnement, l'engagement civique, les liens sociaux, l'équilibre vie privée /travail et « *la satisfaction à l'égard de la vie* ».

La santé, est-elle vraiment au cœur des préoccupations des individus ? J'en suis convaincue déjà lorsque nous parlons de « *notre monde* », du monde occidental. La preuve ? Il

rustviam.es.canalblog

suffit d'ouvrir son ordinateur et ses emails, de consulter les réseaux sociaux ou les media, pour prendre connaissance des innombrables messages qui nous attirent par leurs offres alléchantes, proposent des nouvelles recettes et promettent une longue et heureuse vie. Pourtant, à l'heure de l'internet, l'accès pratiquement illimité à l'information cache des pièges. Les opinions des spécialistes sérieux et les articles scientifiques voisinent sur le net avec des publicités outrancières, ou des informations pseudo-scientifiques parfois déroutantes, lesquelles, grâce à des argumentaires puissants, sont capables de convaincre et de faire commettre les de graves erreurs de comportements aux personnes non averties.

Si l'intérêt de l'éducation pour la santé paraît évident, c'est cependant l'un des domaines parmi les plus difficiles à mettre en œuvre.

Premièrement, la définition de la santé telle que formulée par l'OMS en 1946, ne consiste plus en une absence de maladie ou d'infirmité mais est liée à l'état complet du bien-être physique, mental et social. Au fil des années, de nouvelles disciplines médicales se sont ajoutées aux disciplines classiques : la sexologie par exemple. Mais, même en France, il n'existe pas de diplôme d'Etat de sexologie avec une formation spécifique et, comme dans beaucoup de régions du monde, la santé sexuelle reste un sujet tabou. Comment donc éduquer, ou informer dans un domaine si intime qui ne peut être objet de l'enseignement scolaire classique ? Les solutions sont complexes et demandent de plus, une vraie volonté politique, accompagnée par des réels moyens. Force est de constater un échec quasi permanent des tentatives en la matière.

Or, nous savons aussi que les comportements durables s'acquièrent dès le plus jeune âge et que le mode de vie est un facteur majeur dans la sauvegarde de notre santé. Malheureusement, un nombre toujours insuffisant de programmes scolaires tient compte des composantes « Santé ». Et rares sont les enseignants capables de maîtriser un domaine si complexe et si personnel. Les méthodes classiques d'enseignement ne sont pas efficaces car elles ne s'appuient pas assez la motivation des élèves, qui est pourtant un facteur crucial de réussite des apprentissages. Par ailleurs, des comportements parentaux ou des styles de vie médiatisés jouent un rôle plus important qu'un simple transfert d'informations à l'école.

Et puis, la recherche scientifique apporte chaque jour des données qui abolissent souvent les vérités d'hier, alors même que les attitudes déjà acquises sont particulièrement difficiles à changer. Il faut souvent des générations pour cela. L'histoire de l'allaitement maternel apporte une preuve évidente de ce type de difficultés. Le biberon offert aux enfants du « Babyboom » post 2e guerre mondiale, a apporté un soulagement et une certaine liberté aux mères des pays industrialisés. Adopté comme substitut du sein maternel sous l'influence de grandes multinationales et de médecins diplômés dans les pays du Nord, l'usage du biberon était et reste même à présent à l'origine de la malnutrition et de la mortalité de nourrissons et de jeunes enfants dans les environnements empreints de pauvreté et d'absence d'hygiène. Un autre exemple : le sel banni de l'alimentation il y a plus de trente années, a perturbé l'équilibre acido-basique chez certains. Aussi la surconsommation de viande, qui à l'époque était considérée presque comme indispensable pour la santé, est remise en question de nos jours. Quant à la légende des épinards ? Combien de bébés les ont crachés, forcés de les avaler par les générations de mamans convaincues de leurs bienfaits exceptionnels comme source de fer ? Jusqu'au moment où les nutritionnistes ont découvert que le fer d'origine végétal a un taux d'assimilation si faible qu'il ne mérite pas de batailles à table ...

Oui, aujourd'hui plus que jamais, nous devons être attentifs à bien interpréter des informations, facilement accessibles par chacun indépendamment de son âge.

Apprendre à se maintenir en bonne santé n'est pas facile dans le monde actuel qui nous agresse trop souvent et dans lequel l'homme s'est éloigné de la nature pour vivre dans les centres urbains où l'industrie agro-alimentaire, à l'origine développée pour rendre plus facile et plus saine la vie quotidienne, est devenue fréquemment une source de la nourriture malsaine.

Nous vivons dans un monde bipolaire qui produit des effets contradictoires : les citoyens des sociétés riches ont à disposition tous les moyens pour prendre soin de leur capital santé, et pour vivre plus longtemps, font au contraire de mauvais choix, sous influence de publicités agressives et fréquemment mensongères et souffrent de nouvelles maladies de civilisations qui coûtent cher à la société.

La multiplication des villes, qui sont en principe la base de la croissance économique et le berceau des technologies modernes, crée la pauvreté urbaine, des inégalités et des risques liés à l'environnement qui est à l'origine de nouvelles pathologies.

Les ruraux des pays pauvres n'ont, quant à eux, pratiquement aucune possibilité de choix de leurs modes de vie, Ils produisent de la nourriture exportée pour les plus riches, mais ils souffrent de sous-alimentation et meurent plus jeunes. Savez-vous qu'une fillette née aujourd'hui au Japon peut s'attendre à vivre jusqu'à environ 85 ans, alors qu'une autre née au même moment en Afrique, en Sierra Leone, a une espérance de vie qui ne dépasse pas 36 ans ?

Vous trouverez dans cette huitième lettre du CMA le panorama de multiples problèmes liés à la SANTE, dans ses rapports à l'éducation et aux apprentissages tout au long de la vie.

Elle est structurée en 5 chapitres

Le chapitre 1 présente les grands enjeux du 21e siècle

Le chapitre 2 explore le champ couvert par une approche « santé et éducation »

Le chapitre 3 traite de la santé en lien avec l'éducation et les apprentissages tout au long de la vie

Le chapitre 4 revient sur les transmissions des « pratiques » de soin, guérison, prévention...et des apprentissages tout au long de la vie

Enfin, le chapitre 5 propose une vue d'ensemble de nouvelles façons d'apprendre pour l'éducation à la santé.

Si certains sujets suscitent votre intérêt vous pouvez nous écrire.

Nous pourrions ainsi créer un club de discussion sur les thèmes de "La santé dans l'éducation et des apprentissages tout au long de la vie": Comment promouvoir la santé ? Comment motiver l'individu et lui faire comprendre l'importance du sujet pour lui-même et pour la société entière ?....

Les nouveaux objectifs du développement durable nous tracent la voie pour les années à venir.

La Santé durable va en effet constituer un pilier central du développement durable parce que la santé est liée à tous les secteurs de la vie : économiques, sociaux, environnementaux.

Nous allons en discuter plus en profondeur lors du 5e Forum Mondial E_ATVL 2017 qui se tiendra à Saint Pétersbourg les 25-26-27 mai.

Le 5° Forum est organisé conjointement par le CMA et LSU (L'Université d'Etat Pouchkine, L.St Pétersbourg) avec le soutien de l'UIL (l'Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie d'Hambourg) et de l'ICAE (Conseil international de l'éducation des adultes).

Il aura lieu dans le nouveau et très moderne Expo-Forum de Saint Pétersbourg. 1000 participants sont attendus en provenance de 75 pays. Deux tables rondes seront dédiées à la Santé Durable.

La SANTE est encore un sujet relativement nouveau dans les E-ATVL et il mérite une large réflexion. Les plus intéressants parmi vos témoignages ou articles, pourront être repris sur le site du Forum 5 qui fonctionnera à partir de Septembre 2016.

Bonne lecture !

Marlena Bouche

<mailto:marlena.bouche@gmail.com>

INTRODUCTION AU DOSSIER

PROBLEMATIQUE

Introduction par Evelyne DERET et Marlena BOUCHE-OSOCHOWSKA



*Vice-Présidente du CMA et animatrice de la commission éditoriale, Evelyne DERET a été responsable du DUFA et de projets européens au Département Education permanente de l'Université Paris Dauphine
Elle collabore aujourd'hui aux travaux de l'APapp (association pour la promotion du label APP, de France bénévolat (commission prospective et Projet Aires 21)*

L'apprentissage à la santé ne peut se faire que dans le cadre d'une approche où la complexité implique la prise en compte des phénomènes en jeu, des paramètres multiples, des contextes économiques, politiques.... du système santé-éducation et ses composantes

Bref il s'agira de repérer ces phénomènes et identifier les leviers d'actions dans le champ de l'éducation selon les contextes.

Avec une question centrale : comment obtenir la motivation de l'individu afin qu'il puisse reconnaître son rôle central dans la conservation de sa propre santé, afin qu'il soit capable de remettre en cause ses croyances et de construire ses propres comportements de santé par adopter les styles de vie qui les favorisent?

QUE SIGNIFIE ETRE EN BONNE SANTE ?

Pour la majorité des personnes vivant dans les pays occidentaux, être en bonne santé est une norme. La santé a longtemps été vue par rapport à la maladie, et cette vision est encore largement partagée: être malade signifie ne pas être en bonne santé. Par conséquent, l'Éducation à la Santé a été longtemps liée à ce modèle biomédical centré sur comment soigner ou éviter les maladies, et la SANTE de l'individu a fini par devenir l'affaire des médecins et des personnels soignants plus qu'une affaire personnelle.

Du modèle biomédical vers le modèle pluridimensionnel de la Santé.

Le XX siècle a vu apparaître des éléments de mise en cause de certains postulats du modèle biomédical, suite à l'émergence de la médecine psychosomatique, de l'approche comportementale de la santé, de la médecine comportementale et, plus récemment, de la psychologie de la santé. Ces différents domaines d'études illustrent le changement de conceptions sur les relations entre le corps et l'esprit, et le rôle de plus en plus important accordée à la promotion de la santé dans ses diverses dimensions, physique, psychologique et spirituelle.

Et pourtant, la définition de la SANTE adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, à New York, 1946¹, signée par les représentants de 61 Etats, a proposé la définition qui n'a rien perdu de son actualité depuis plus de 70 ans et, non plus, n'a pas été depuis lors modifiée :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé (n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

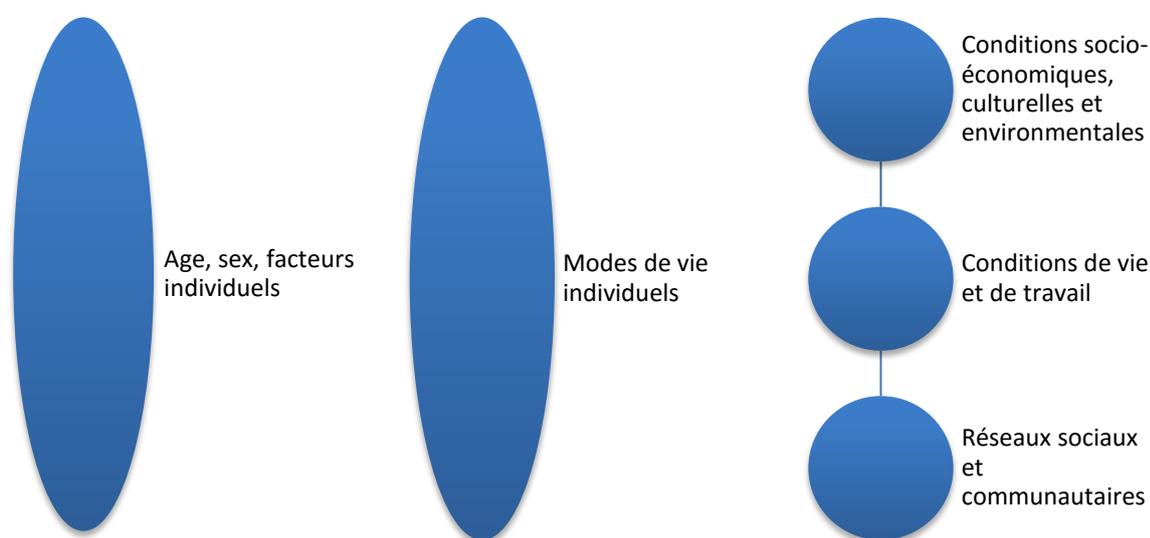
Durant les dernières années ce modèle pluridimensionnel s'est imposé au travers de plusieurs études qualitatives² qui ont démontré la concordance entre les points de vue des professionnels (l'OMS) et des non-professionnels autour d'une définition positive de la santé.

Elle s'exprime dans toutes les dimensions, biologique, sociale, psychologique. Elle recoupe la notion plus large de bien-être et se trouve donc être un concept que chacun est appelé à définir, dans son environnement, et son époque³.

Les individus ont des conceptions et des théories complexes au sujet de leur santé et celle-ci peut influencer leurs comportements. Ainsi, l'approche comportementale de la santé, liée à la psychologie de la santé, nous paraît aujourd'hui la plus adaptée à être explorée dans les ATLV, pour développer les interventions visant à promouvoir les changements. Sur cette approche sont bâties aujourd'hui des innombrables programmes de l'éducation à la santé visant l'amélioration du bien-être de dizaines de millions des populations les plus vulnérables dans les pays à faible revenu.

Cette approche met non seulement en cause le dualisme corps/esprit sur lequel repose le modèle biomédical, mais analyse les croyances et visent à maintenir la santé et prévenir les maladies en privilégiant, par l'éducation, le changement de comportement et de style de vie potentiellement sources de maladies. Le rôle des comportements comme déterminants de la santé, implique une intégration du corps et de l'esprit.

Il ne faut cependant pas oublier que dans le modèle de santé pluridimensionnel l'ensemble des déterminants macro-sociaux ont plus d'influence sur l'état de santé que les comportements personnels ou les soins médicaux, et prennent une part importante dans les inégalités de santé qui traversent la société (graphique ci-dessous).



: Source :

http://www.ars.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Votre_ars/Nos_actions/PRS/schemas-regionaux/groupe-travail-prevention/SRP-definitions.pdf

QU'ATTENDONS-NOUS DE L'EDUCATION POUR LA SANTE (EPS) ?

L'éducation⁴ pour la santé est définie par l'OMS⁵ comme "*tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à **vouloir** être en bonne santé, à **savoir** comment y parvenir, à **faire** ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à **recourir** à une aide en cas de besoin*".

² Jan OGDEN : Psychologie de la santé, De Boeck, 2008

<https://books.google.fr/books?id=mK2kfv4jXAC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=Le+modèle+de+santé+pluridimensionnel:oms&source=bl&ots=-4OaSG0jMq&sig=kfYfj4DzU>

³ http://www.ars.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Votre_ars/Nos_actions/PRS/schemas-regionaux/groupe-travail-prevention/SRP-definitions.pdf

⁴ Le terme *éducation* est pris dans son large et englobe les notions d'enseignement, de formation, d'autoformation dont ils résultent des apprentissages.

⁵ 36^e assemblée mondiale de la santé, 1983

De façon plus précise, l'OMS indique que "*l'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. [...] Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer. [...] L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé*"⁶

Si l'éducation pour la santé (EPS) vise l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes des personnes⁷, chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie.

On peut alors considérer que l'EPS devrait être intégré au système de santé et d'éducation et bénéficier de modalités d'organisation et de financements appropriés.

Quelles sont les réalités ? Des nombreuses questions se posent en fait concernant aussi bien l'éducation formelle que les éducations non-formelles :

Quels pays ont déjà envisagé les politiques dans ce domaine ?

Quels sont les ministères qui gèrent les stratégies de la promotion de la santé ? De quels budgets disposent-ils ?

Comment les pays préparent leurs spécialistes dans ce domaine ?

Où exercent-ils ? A qui s'adressent-ils ?

Où sont les exemples de la réussite et quelles sont les meilleures pratiques dans ce domaine ?

Par qui est assurée l'éducation à la santé à l'école, et à quels niveaux scolaires concernés ?

ET BEAUCOUP D'AUTRES QUESTIONS ENCORE...

La thématique de l'éducation pour la santé a été dès les débuts du CMA prise en compte à travers les **domaines de l'éducation des femmes et des filles, de la place de la famille dans les apprentissages précoces, de l'éducation sexuelle des adolescents et de leurs parents**....

Elle a donné lieu à une table ronde spécifique lors du quatrième forum international du CMA au Siège de l'UNESCO⁸ où les représentants des 4 continents ont traité la problématique qui est reprise dans la présente lettre 8 et qui sera poursuivie dans le 5ème Forum ATLV en 2017, qui se tiendra à Saint Pétersbourg, les 25, 26 et 27 mai.

DANS CETTE HUITIEME LETTRE DU CMA, NOUS VOUS PROPOSONS D'EXPLORER

- **LES GRANDS ENJEUX DE SANTE : UN RENOUVELLEMENT DES APPROCHES : REPENSER LA PAUVRETE, LES INEGALITES... (CHAPITRE 1)**
- **LE CHAMP DE LA SANTE ET DE L'EDUCATION (CHAPITRE 2)**
- **LA PROMOTION LA SANTE EN LIEN AVEC L'EDUCATION ET LES APPRENTISSAGES TOUT AU LONG DE LA VIE (CHAPITRE 3)**
- **LA TRANSMISSION DES « PRATIQUES » DE SOIN, GUERISON, PREVENTION... (CHAPITRE 4)**
- **UNE APPROCHE DES NOUVELLES FAÇONS D'APPRENDRE (CHAPITRE 5)**

⁶ (Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. Genève : OMS ; 1990).

⁷http://www.ars.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARSLimousin/Votre_ars/Nos_actions/PRS/schemas-regionaux/groupe-travail-prevention/SRP-definitions.pdf

⁸ Voir dans les actes du 4^{ème} forum du CMA la synthèse de M.Bouche SANTE ET EDUCATION

CHAPITRE 1

FACE AUX GRANDS ENJEUX DU 21^e SIECLE UN RENOUVELLEMENT DES APPROCHES : REPENSER LA PAUVRETE, LES INEGALITES...

Chapitre coordonné par Marlena BOUCHE-OSOCHOWSKA

Priorité à la santé

« La Santé arrive ... en tête des priorités de bien-être sélectionnées par les utilisateurs de l'outil interactif, parmi onze sujets proposés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE): logement, revenu, emploi, sécurité, santé, éducation, environnement, engagement civique, liens sociaux, équilibre vie privée - travail, « satisfaction à l'égard de la vie »⁹. L'originalité de cet indice de l'OCDE, appelé « Better Life » (« Vivre mieux »), lancé en 2011, réside dans l'intervention des citoyens. Depuis, plus de six millions de personnes de 211 pays ont visité le site, et 92 000 d'entre elles ont partagé leurs visions personnelles. » (Dans *Le Monde* du 4 juin 2015¹⁰)

Par son côté évolutif et le nombre de critères pris en compte, « Vivre mieux » diffère d'un autre indice qui tient compte de la composante Santé, à savoir de l'Indice de développement humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Ce dernier mesure à parts égales trois dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie. L'IDH prend en compte l'ensemble des pays des Nations Unies, alors que l'OCDE documente avant tout ses 34 pays membres, auxquels sont ajoutés le Brésil et la Russie. Pour chaque pays, la vision personnelle du bien-être des utilisateurs est agrégée avec des statistiques économiques et sociales officielles.

Cependant « *La corrélation entre la croissance du PIB et la progression des différents indicateurs n'est pas automatique, souligne Marco Mira d'Ercole. L'augmentation de l'espérance de vie tient plus aux progrès de la médecine qu'à la croissance du PIB par exemple.* ». Les avancées en santé et éducation profitent de la croissance du PIB mais, certaines de ces mesures du bien-être ont progressé dans plusieurs pays et régions en dépit d'une stagnation du PIB.

L'échec des objectifs du millénaire pour le développement

Ils étaient huit OMD qui ont expiré en 2015¹¹ :

- réduire l'extrême pauvreté et la faim.
- assurer l'éducation primaire pour tous.
- promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
- réduire la mortalité infantile.
- améliorer la santé maternelle.
- combattre le VIH-sida, le paludisme et d'autres maladies.
- assurer un environnement durable.
- mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Ces 8 objectifs se déclinaient en 21 cibles, évaluées par 60 indicateurs statistiques.

⁹ http://www.lemonde.fr/planete/article/2015/06/04/la-sante-en-tete-des-criteres-de-bien-etre-analyses-par-l-ocde_4647607_3244.html#I3uPBcWYsmf8GlvS.99

¹⁰ idem

¹¹ http://www.alternatives-economiques.fr/objectifs-du-millenaire--tout-reste-a-faire_fr_art_946_50210.html



Selon la Directrice général de l'OMS, Dr Margaret Chan, « Les OMD ont été positifs pour la santé publique. Ils ont attiré l'attention politique et mobilisé des fonds dont on avait cruellement besoin ». Le rapport onusien du 2015 sur les OMD, lui aussi, souligne les réussites des efforts internationaux. Il ne manque pourtant pas de voix critiques qui apportent la clarification en constatant que les OMD ont surtout permis de revenir sur la dimension sociale du développement et d'aider à reconstruire les services sociaux qui avaient été dévastés par les programmes d'ajustement structurel¹²

Hélas, le progrès jugé encourageant, accompli par 194 pays dans la réalisation des OMD, n'a pas été suffisant pour atteindre plusieurs objectifs majeurs, dont ceux liés à la santé ¹³. Parmi eux, **l'un des plus importants : l'accès aux services de santé** qui reste aujourd'hui définie comme une nouvelle priorité (Rapport de l'OMS, Mai, 2015).

Un autre exemple : Le but de **réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants**, n'a pas été atteint par **plus de 2/3 des pays du monde, même s'il** faut reconnaître que depuis 1990, le nombre des décès d'enfants a diminué de moitié (46 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013). Cette progression est considérée l'un des plus grands succès du développement international.

On n'a pas atteint non plus la réduction voulue **du nombre de mères décédées de complications pendant la grossesse et l'accouchement**. Même si le nombre a baissé de près de la moitié (1990 -2013), la dynamique n'a pas été suffisante pour atteindre la réduction ciblée de 75% .

Et s'il est vrai que la tendance de **la propagation du VIH** a pu être inversée, avec 2,1 millions de nouvelles infections notifiées en 2013, contre 3,4 millions en 2001, les nouvelles recommandations de l'OMS dépassent la cible de 15 millions de personnes à mettre sous traitement antirétroviral, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible.

Ajoutons aussi que la bonne nouvelle annonçant que la cible **l'accès à l'eau potable et à l'assainissement qui a été** atteinte (2010), cache le drame des populations pauvres, dans de nombreuses régions rurales du monde comme celles d'Afrique et de la Méditerranée orientale, d'Asie ou d'Amérique latine.

En plus d'achever le programme des OMD, le programme pour l'après-2015 relève de nouveaux défis, comme l'impact croissant des maladies non transmissibles, à l'instar du diabète ou des cardiopathies, ou encore l'évolution des déterminants sociaux et environnementaux qui affectent la santé.

Les changements climatiques et la dégradation de l'environnement compromettent les progrès déjà réalisés et ce sont les pauvres qui en souffrent le plus.

Ainsi, une réduction de la pauvreté en trompe-l'œil car la réduction globale de la pauvreté est essentiellement imputable à la croissance des pays émergents, plus particulièrement de la Chine et de l'Inde (Le taux de pauvreté chinois devrait tomber à 5%, quant à celui de l'Inde, il devrait passer de 51% en 1990 à 24% en 2015). En revanche, plusieurs autres régions du globe n'ont pas vu la pauvreté diminuée comme prévu, dont l'Afrique subsaharienne, le Moyen-Orient et certains pays du Golfe, d'Europe de l'Est et d'Asie centrale.

Un nombre record de sous-alimentés

Qui dit pauvreté, dit souvent sous-alimentation. Un phénomène qui ne résulte pas le plus souvent d'une pénurie de nourriture, mais qui est la conséquence d'une insuffisance de revenu. Dans ce domaine, l'objectif fixé par les OMD est loin d'être atteint. Il posait comme but de *"réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim"*. Les petits producteurs représentent 80% des personnes sous-alimentées. Or, les budgets consacrés à l'agriculture sont trop faibles. En Afrique subsaharienne, rares sont les pays qui y consacrent plus de 4% de leur budget national.

Les écarts entre les pays et au sein des pays sont devenus plus importants durant le dernier quart de siècle.

Et les inégalités en termes de santé ont augmenté dans la majorité des pays. Les données récentes de l'UNICEF attirent notre attention sur **les inégalités entre les enfants dans les pays riches**¹⁴ : dans la majorité des 39 pays étudiés, les enfants issus de foyers plus défavorisés présentent un état de santé plus précaire. Toutefois, les différences entre les filles et les garçons sont encore plus marquées, répandues et

¹² Serge Michailof « *Notre maison brûle au Sud. Que peut faire l'aide au développement* », éd. Fayard, mars 2010.

¹³ Publié par le Département de l'information des Nations Unies — DPI /2594/2 F

<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/MDG%202015%20pressreleasemessagefr.pdf>

¹⁴ https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC13_FR.pdf

persistantes. En ce qui concerne la santé chez les adolescents, aucun pays n'a vu reculer les inégalités dans la partie inférieure de la distribution au cours de la décennie examinée.

Les OMD relatifs à l'éducation, en fixant des objectifs chiffrés, ont eu l'avantage de définir des buts, ils ont eu pour inconvénient d'inciter les décideurs à "faire du quantitatif", au détriment de la qualité. La hausse des taux de scolarisation dans le primaire (de 82% en 1999 à 89% en 2008 dans les régions en développement) avait été réalisée au prix d'un recrutement massif de professeurs non qualifiés et sous-payés qui se sont retrouvés face à des classes surchargées. Au détriment de la qualité de l'enseignement.

Et nos lendemains ? Rendez-vous planétaire à New York, septembre 2015. L'Assemblée générale des Nations Unies décide de nouveaux objectifs ambitieux pour 2030¹⁵. Les dirigeants mondiaux souhaitent un programme ambitieux de viabilité à long terme pour succéder aux OMD. Tirant parti des acquis des OMD, les nouveaux objectifs mondiaux sont également établis en tenant compte des problèmes urgents de développement durable.

Améliorer la santé et le bien-être des populations dans le contexte du développement durable est un challenge clé pour le XXIème siècle (Rio+20 : 3ème Sommet de la Terre, 20 -22/ 2012.) « dans un monde débordé par les crises financière et écologique, dans un monde caractérisé par de grandes promesses et des objectifs non réalisés, dans un monde où l'accès aux soins de santé est hors de portée pour de nombreuses personnes, le fossé dans la mise en œuvre est une réelle source de préoccupation. » (OMS, 7ème Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé, 26-30/10/2009, Nairobi).

En effet, depuis la première conférence internationale mettant l'accent sur l'importance de la santé publique dans le monde (Charte d'Ottawa/1986 : « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 »), la déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle (1997) et la charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (OMS,2005), l'appel à l'action de Nairobi peut être considéré comme le tournant où la promotion de la santé s'est alignée sur les autres pour aborder les inégalités et les déterminants sociaux de la santé. Afin de diminuer le fossé, hélas, grandissant de la mise en œuvre dans le domaine de la santé et du développement, le travail en partenariat et l'action intersectorielle, *l'empowerment* des communautés, l'acquisition des connaissances de base et les comportements en matière de santé sont recommandées comme actions-clés.

C'est dans ce contexte global que la mise en pratique des stratégies d'apprentissages tout au long de la vie, orientées aussi bien vers les professionnels que la société civile, est urgente ; Ces stratégies devraient constituer une partie intégrante des politiques de développement.

L'un des problèmes clé de la Santé Publique sur le plan mondial reste la santé des adolescents qui représentent **1/5ème de la population mondiale** (1,3 milliard env) ; **28% de la population mondiale** est âgé de moins de 15 ans.

- 50% sous le seuil de **pauvreté**.
- 25% vivent avec moins de 1 USD/jour.

Des millions de jeunes aujourd'hui sans formation et qualification sont exposés aux situations de chômage, aux comportements à risque ou à l'exclusion sociale.

La peur devant l'avenir incertain, le manque de confiance en soi, la méfiance envers l'entourage et le professeur, sont amplifiés par les stress d'identification et d'adaptation. Tout ceci est à l'origine de leur insatisfaction psychologique profonde, de la tension et de la frustration, de la dépréciation de soi-même, et fait naître les problèmes relationnels, transformés souvent en conflits ouverts dans les contacts sociaux.

Hélas, la place accordée par la médecine, traditionnellement organisée autour des deux pôles pédiatrique et adulte, est dramatiquement insuffisante, alors qu'on sait qu'au moins **70% des décès prématurés d'adultes** reflètent des comportements initiés ou renforcés au cours de l'adolescence. Ils ont pour origine :

- Maladies non transmissibles liées à l'obésité et l'inactivité physique,
- Augmentation précoce de la pression artérielle,
- Tabagisme et toxicomanie,
- Troubles psychiques.

Comment éduquer ? Comment informer ? Comment communiquer ?

La santé est une affaire personnelle de l'individu. Mais cette quasi évidence est ignorée par les auteurs de la majorité des programmes éducatifs, et les raisons des échecs programmes de santé sont multiples :

¹⁵ l'année butoir concernant les OMD fixés en 1990

- **Inadaptation du message** aux besoins précis manifestés à un stade donné du développement personnel
- **Non résolution du problème vital de l'adolescent**, immédiat ou à plus long terme (ex. quel est le sens de la vie ? À quel moment faut-il commencer la relation sexuelle ?...)
- **Insuffisance de l'infrastructure** permettant de mettre en œuvre les consignes pédagogiques (ex. absence de robinet pour se laver les mains)
- **Ne permet pas la sincérité de la réaction** de l'adolescent (ex. discussion sur la santé sexuelle en classe)
- **Image déficiente du canal de communication** : l'élève n'a pas de confiance en celui qui propose une idée (ex. l'enseignant d'histoire parlant du danger des drogues, l'enseignant de mathématiques parlant des STI...)

En conclusion :

Réorienter les services de soins de santé vers la prévention des maladies et la promotion de la santé est indispensable pour faire face aux challenges sanitaires planétaires.

Modifier la façon d'enseigner ainsi que les contenus pour répondre aux besoins éducatifs des jeunes ayant besoin de faire face aux nouveaux défis liés à la santé dans le monde contemporain.

L'enseignement du type « scolaire » ne correspond pas aux attentes des jeunes générations et reste peu efficace. Comme démontrent certaines expériences pédagogiques, cette éducation doit être interactive, holistique et tenir compte de tous les aspects de la santé telle que définie par l'OMS (valeurs spirituelles, philosophie, santé psychique, sexuelle, physique...).

Les formations dans le domaine de santé devraient être revues et enrichies : les formations multisectorielles et adaptées au profil socio-culturel des professionnels sont déterminantes.

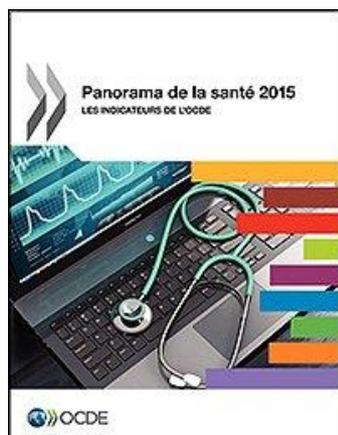
L'éducation tout au long de la vie est un des moyens de permettre à l'individu de prendre soin de soi de façon consciente et efficace.

L'idée de créer le certificat interuniversitaire dans le domaine de l'adolescence, destiné aux étudiants de la médecine et aux pédagogues, a été accueillie avec enthousiasme, tenant compte du fait que :

- Les adolescents sont confrontés à des **changements sans précédent** dans les environnements sociaux et physiques de la planète. Ils pèsent sur leur développement et risquent de compromettre leur avenir. **Il s'agit de l'avenir de l'humanité entière.**
- L'adolescence est au **cœur des objectifs sanitaires mondiaux** liés à la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive, la prévention de blessures, l'incidence du VIH et la toxicomanie chronique.
- **La bonne santé des adolescents aujourd'hui est le garant de la productivité économique et du fonctionnement social** efficace, ainsi que de la santé des populations dans le monde entier de demain.

Pour aller plus loin :

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques)



Panorama de la santé 2015

Les indicateurs de l'OCDE

[voir les éditions précédentes](#)

Publié le 04 novembre 2015

<http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>

lire http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015/summary/french_71f86113-fr#page1

La nouvelle livraison 2015 du Panorama de la santé (Health at a Glance) de l'OCDE offre, en quelque 200 pages de textes, tableaux et graphiques, une mine d'informations sans équivalent sur les progrès parfois phénoménaux de l'état de la santé dans le monde, et sur les performances contrastées des systèmes de santé du Nord et du Sud. Depuis quelque temps en effet, le panorama inclut également des données sur les grands partenaires émergents de l'OCDE (Brésil, Chine, Indonésie, Russie et Afrique du Sud).

Le Panorama 2015 confirme un bon nombre de leçons connues, des spécialistes au moins. Certains constats contredisent aussi les discours les plus répandus. D'autres enfin interrogent et semblent rebelles à une explication simple. Prenons quelques exemples au fil de la lecture s'agissant de la France.

Pas de surprise à ce que la France soit classée dans le peloton de tête, au cinquième rang pour l'espérance de vie à la naissance (82 ans et 4 mois environ) et au premier rang ex æquo avec le Japon pour l'espérance de vie à 65 ans (21 ans et demi). Mais, constat intéressant, c'est un tout petit peu mieux seulement que ce que le produit intérieur brut (PIB) par habitant et les dépenses de santé par habitant laissent espérer ? L'écart persistant entre une espérance de vie masculine moyenne (au 15^e rang avec 79 ans) et une espérance de vie des femmes excellente (troisième rang avec 85 ans et 7 mois) est également un fait connu. Mais il est inquiétant de voir poindre une épidémie spécifique de cancer du poumon chez les femmes françaises depuis 25 ans, avec un doublement de la mortalité sur la période (comme en Espagne), et préoccupant de constater que l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans n'est que de 10 à 11 ans en France contre 15 ans en Islande ou en Norvège.

L'excellent classement de la France pour les maladies cardio-vasculaires, avec un niveau de mortalité deux à trois fois moindre que la moyenne de l'OCDE, n'étonnera pas les spécialistes. Mais il est décevant que les progrès réalisés par le pays depuis 25 ans, à la différence de ceux des Pays-Bas ou du Royaume-Uni, soient moyens dans ce domaine ? et que la France ait une position seulement médiane pour la mortalité par cancer, au niveau de la Grèce ou du Chili. - ?

Education: quelles stratégies pour demain ?

Les différents rapports et études par les différentes organisations, qu'il s'agisse de l'OMS, l'UNICEF, MEDECINS DU MONDE, s'accordent à souligner que malgré des progrès sans précédent constatés, les efforts de réalisation des objectifs à 2015 de l'EPT (l'éducation pour tous) et les OMD (objectifs du Millénaire) liés à l'éducation n'ont pas été réalisés. Il y a encore 775 millions d'adultes analphabètes dans le monde dont les deux tiers sont des femmes. Si l'écart entre les sexes a diminué, on est encore très loin de l'égalité des sexes. De nombreux pays ne fournissent pas un accès égal à l'éducation aux filles. Des études réalisées dans 55 pays en développement révèlent que les filles sont plus susceptibles que les garçons de ne pas être scolarisées à l'âge du premier cycle du secondaire, indépendamment de la richesse ou de la localisation de leur foyer. De plus la violence sexiste dans les écoles représente une entrave au droit à l'éducation.

Mais il nous semble que ce qui est visé avant tout c'est le développement économique des pays et la lutte contre le problème mondial du chômage. Et qu'en est-il de l'éducation à la santé ? En fait, on en parle peu, si ce n'est pour remarquer les impacts à long terme de la santé et la nutrition dans la petite enfance et sur le lien entre le développement et l'éducation de l'enfant.

Pourtant l'on sait qu'une bonne santé permet aux enfants d'apprendre, alors que la mauvaise santé limite les capacités physiques et les capacités cognitives d'apprentissage.

L'éducation à la santé pour tous, dès le plus jeune âge, est une priorité inscrite dans ce programme de développement d'après-2015.

Les ONG dont c'est l'expertise, ont fait depuis longtemps le constat de l'interaction entre l'éducation et la santé dans la mesure où les acquis scolaires aident à lutter contre les maladies et à élever des familles en bonne santé. Les effets positifs ont porté sur la baisse de la mortalité l'amélioration de la nutrition des enfants, le nombre d'enfants par ménage.

L'éducation à la santé, à la nutrition à la santé sexuelle et procréative à l'école et en dehors de l'école font partie des notions de base nécessaires à tous les jeunes, filles et garçons, pour en faire des éléments d'une éducation de qualité.

On connaît bien les impacts positifs sur la vie des filles et des femmes, qu'il s'agisse d'hygiène sexuelle, de prévention des grossesses précoces et non désirées, mais la mise en œuvre d'une éducation à la santé complète par une approche axée sur les droits permettrait la prévention des violences et des abus pour mettre fin aux violences sexistes, l'achèvement de l'enseignement secondaire, les mariages forcés, le retardement du mariage et de la première grossesse chez les filles. En outre l'achèvement de l'enseignement secondaire donnant aux ménages la possibilité d'une source de revenus supplémentaires améliorant leur niveau de vie.

L'éducation est bien déterminante pour la santé et joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé. Il est nécessaire de porter une attention plus marquée à l'éducation à la santé pour un développement humain équitable après 2015.

Documents de référence

- Statistiques sanitaires mondiales OMS 2014
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/
- Rapport OMS sur la santé en Europe 2015
<http://www.euro.who.int/fr/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/ehr2015>
- Rapport du SG aux ministres OCDE 2015
<http://www.oecd.org/fr/apropos/secretairegeneral/SG-Rapport-annuel-aux-Ministres-2015.pdf>

CHAPITRE 2

EXPLORATION DU CHAMP « EDUCATION ET SANTE »

Chapitre coordonné par Pierre LANDRY



Secrétaire général du CMA, Pierre LANDRY en est également le Webmaster et un des membres de la commission éditoriale. Expert dans le domaine de l'usage des technologies de l'information et de la communication pour l'éducation depuis 1982 (Agence de l'Informatique, Observatoire des Technologies pour l'éducation en Europe. Il est par ailleurs membre du Séminaire de l'industrialisation de la formation depuis 1990 (SIF) et Membre du groupe de recherche sur l'autoformation (GRAF) depuis 1993. Membre du LERIF (Les Études et Recherches Internationales en éducation et Formatio).

Nous constatons, avec Albert Bandura, « l'existence de tendances divergentes dans le domaine de la santé. D'une part, nous consacrons une quantité énorme de ressources à médicaliser les ravages causés par des habitudes nuisibles à la santé. D'autre part, la conception de la santé est en train de passer d'un modèle centré sur la maladie à un modèle centré sur la bonne santé. L'accent est mis sur l'amélioration de la santé plutôt que sur la gestion de la maladie. Il y a autant de sens à parler de degrés de vitalité et de bonne santé que de degrés de handicap et de débilité.

L'amélioration de la santé doit partir des objectifs et non des moyens. Si la santé est l'objectif à atteindre, les interventions biomédicales ne sont pas le seul moyen d'y parvenir. Une perspective plus large permet aussi d'élargir le choix des pratiques d'amélioration de la santé et d'y inclure les efforts collectifs de chercheurs et de praticiens qui peuvent contribuer considérablement à la santé d'une nation à partir d'une variété de disciplines. La qualité de la santé est influencée de manière décisive par les habitudes de vie. Cela permet aux personnes d'exercer un certain degré de contrôle sur leur état de *santé*. En prenant garde à leurs habitudes de santé, les personnes peuvent vivre plus longtemps en demeurant en meilleure forme et retarder le processus de vieillissement »¹⁶

Le changement des habitudes de vie est conditionné par la possibilité des personnes à se mettre en mouvement. Selon Amartya Sen¹⁷, il faut passer de la *capacité* à savoir-faire quelque chose à la *capabilité* d'être en mesure de faire quelque chose en mobilisant ses ressources personnelles et les ressources socio-organisationnelles disponibles dans son environnement pour les convertir en ressources d'action.

Pour traiter **la complexité des questions de santé dans son ensemble**, quatre thèmes principaux sont à analyser : *le corps, l'environnement ou milieu de vie, le mode de vie* et les *maladies*.

2.1 LE CORPS SUBSTRAT DE LA SANTE

Corps et individualité dans la philosophie de Spinoza. Si le corps humain n'admet pour principe de ses opérations aucune cause extracorporelle, son degré d'organisation, sa configuration en individu composé d'une multitude de corps plus simples, donnent la mesure de la complexité de la *mens humana*, et de sa puissance spécifique. L'individuation mentale, en l'homme, se révèle directement proportionnelle à son individuation corporelle ; il existe une corrélation primordiale entre la puissance de penser de l'esprit et la puissance d'agir du

¹⁶ Albert Bandura, « L'importance primordiale de l'autorégulation dans la promotion de la santé » dans *Pratiques de formation - Analyses*, no 58-59, Université Paris 8, 2010

¹⁷ Amartya Sen, *L'idée de justice*, Champs-Flammarion, 2010, p. 44

corps. Ainsi se comprend l'invitation spinoziste, au Scolie de la Proposition 13 du *De Mente*, à la connaissance de la nature du corps, invitation qui ouvre précisément l'exposé de l'Abrégé de Physique inséré dans cette deuxième partie de l'*Éthique* : pour déterminer la nature et le pouvoir singuliers de cette idée complexe qu'est l'esprit humain, il est nécessaire au préalable de connaître son objet, autrement dit le corps en son organisation et ses dispositions particulières. Se demander ce que peut le corps, c'est aussi se demander, s'agissant de ce mode fini qu'est l'homme, ce que peut l'esprit." Pascale Gillot¹⁸.

L'approche somato-psychopédagogie et la relation au corps. "L'appellation somato-psychopédagogie s'imposait, même si le terme que j'avais choisi pouvait paraître vaste dans sa dimension pluridisciplinaire puisqu'il embrassait dans un nouveau paradigme trois dimensions *corporelle*, *psychique* et *pédagogique*. Pour justifier cette dénomination, je m'appuyais sur l'étymologie du terme *soma* qui emporte avec lui l'idée de l'unité entre le corps et l'esprit. La notion de psycho renvoie à l'activité perceptive et cognitive orientée vers la saisie des états mentaux et de conscience. Enfin, le terme de pédagogie désigne le fait que cette relation au corps et les significations qui s'en dégagent sont éducatives selon un mode opératoire particulier."¹⁹ Danis BOIS.

L'approche interdisciplinaire. "Le corps à proprement parler est envisagé selon plusieurs approches : les représentations, les sensations, les sentiments, les pratiques, la séparation entre intériorité et monde extérieur (Georges Vigarello). Dans cette démarche interdisciplinaire sont plus spécifiquement étudiées les normes individuelles et collectives, leur origine, leur diffusion, leurs transformations."²⁰

2.2 APPRENDRE (DE) L'ENVIRONNEMENT... POUR VIVRE EN BONNE SANTE

L'homme fait partie de la nature

Il faut disposer d'un *environnement* sain (air, eau, aliments, habitat, lieu de travail, etc.). L'éducation au développement durable rejoint donc l'éducation à la santé.

- Apprendre à gérer la qualité de l'eau
- Apprendre à gérer la pollution de l'air
- Apprendre à gérer la qualité des aliments
- Apprendre à éviter le danger (par exemple se prémunir des piqûres de moustiques ou des parasites intestinaux)

Mais pour apprendre, il est essentiel d'être en bonne santé et de lutter contre les principales sources d'absentéisme scolaire mais aussi au travail dans beaucoup de pays (Afrique, Asie ...).

- *Health is an area of great promise but also great frustration*²¹.
- *Les moustiquaires imprégnées gratuites (Esther Duflo)*²².
- *La santé, un enjeu éducatif, de santé publique et de société*²³

2.3 POUR BIEN VIVRE, IL EST ESSENTIEL D'ETRE EN BONNE SANTE

La multi dimensionnalité de l'éducation à la santé du point de vue de la personne

La recherche de l'harmonie avec soi, les autres et l'environnement est un processus permanent pour élaborer un *mode de vie* compatible avec un tel but. Avoir une bonne vie et une vie bonne est du domaine de la philosophie comme mode d'apprentissage de la vie. Une telle recherche passe par la *prévention* qui implique de gérer son rapport au corps, aux aliments par une éducation philosophique, corporelle et alimentaire.

¹⁸ <https://methodos.revues.org/114>

¹⁹ <http://danis-bois.fr/?p=1484> et, Centre d'étude et de recherche appliquée en psychopédagogie perceptive <http://www.cerap.org/>

²⁰ Institut interdisciplinaire d'anthropologie du contemporain-IIAC (EHES-CNRS) Centre Edgar Morin <http://www.iac.cnrs.fr/CentreEdgarMorin/spip.php?article463>

²¹ *Poor economics*, Esther Duflo, Lecture 8 <http://www.pooreconomics.com/teaching-book?page=1>

²² *Expériences, Science et Lutte contre la pauvreté*, Esther Duflo, Chaire internationale "Savoirs contre pauvreté" 8 janvier 2009

²³ <http://eduscol.education.fr/cid47750/education-a-la-sante.html>

Éducation philosophique : "Je veux dire, donc, que le discours philosophique doit être compris dans la perspective du *mode de vie* dont il est à la fois le moyen et l'expression et, en conséquence, que la philosophie est bien avant tout une *manière de vivre*, mais qui est étroitement liée au discours philosophique."²⁴



Éducation et sexualité. Comportements collectifs : excision, mariage précoce, viols, l'inceste, meurtres... Dans le monde entier, des hommes et des femmes subissent des contraintes et des discriminations ou sont traités comme des criminels simplement à cause de leurs choix concernant leur corps et leur vie. Face à ces atteintes continues à leurs droits, Amnesty International lance une nouvelle campagne mondiale intitulée "MON CORPS, MES DROITS, pour défendre les droits sexuels et reproductifs de tous"²⁵. Ceci implique d'informer et d'éduquer non seulement les jeunes mais aussi les adultes, tout en ayant conscience que seule éducation ne suffit pas.

Éducation et alimentation : "Les thèmes liés à la santé, au corps et en particulier à l'alimentation connaissent une expansion importante, dans une perspective transdisciplinaire s'étendant de l'anthropologie fondamentale, de l'anthropo-histoire et de la psychologie à l'analyse critique ou l'évaluation des politiques de santé publique ou encore à l'analyse de la construction des normes à travers l'appréhension des représentations et des pratiques. Elles

s'inscrivent dans une thématique, dont l'importance est quasi identitaire pour le Centre, celle du corps. Les questions, fondamentales aussi bien sur le plan théorique que sur celui des politiques de santé, de l'individualisme et des problèmes de l'individualisme doivent être posées dans un contexte large, de l'historique au contemporain, du phénoménal au fondamental."²⁶

Le corps humain et l'éducation à la santé à l'âge adulte. Un corps entre éducation, santé et maladie, selon Jacqueline Descarpentries "des fondements épistémologiques des sciences de la vie agissent comme une doxa dans la construction sociale de l'éducation dans le champ de la santé à partir de l'épistème de la norme biologique du corps, et précisent comment l'éducation se nourrit du biologisme construit à partir des argumentaires des faits scientifiques pour désigner, non seulement le normal et le pathologique, mais aussi le corps sain et le corps malade, la santé, la pathologie, les conduites et facteurs de risques au moyen de dénombrements à travers nos moyens discursifs de la construction de la norme par la mathématisation de la vie."²⁷

Éducation et activités physiques. Yoga (Inde)²⁸, Tai Chi (Chine)²⁹, sports de loisir³⁰, éducation et sports³¹ et sports en milieu scolaire sont autant de démarches pour intégrer la dimension corporelle dans sa vie. L'activité physique pour les jeunes pose la question : quelle place pour la santé ? "Finie la gymnastique des années cinquante ; l'éducation physique en milieu scolaire utilise les activités physiques sportives et/ou artistiques (Apsa) pour permettre aux jeunes d'expérimenter une large palette de relations à leur corps, à eux-mêmes et aux autres." Institut national de prévention et d'éducation à la santé³².

Éducation du corps et activités professionnelles. Gérer les efforts physiques et le stress dans le travail.³³

Éducation à la recherche d'information³⁴ sur la santé et à la gestion de sa santé : voir les apports du numérique le top 5 des sites de santé³⁵

²⁴ Pierre ADOT, *Qu'est-ce que la philosophie antique ?* Gallimard, 1995

²⁵ <http://www.amnesty.fr/Documents/Ma-vie-ma-sante-mon-education-mon-choix-mon-corps-mes-droits>

²⁶ <http://www.iiaa.cnrs.fr/CentreEdgarMorin/spip.php?rubrique98>

²⁷ <http://ecole-du-corps.sciencesconf.org/37652/document>

²⁸ <http://www.un.org/press/fr/2014/ag11601.doc.htm>

²⁹ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Tai-chi-chuan>

³⁰ <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/>

³¹ <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/physical-education-and-sport/about-physical-education-and-sport/>

³² <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/364/02.htm>

³³ <http://www.sfsp.fr/activites/file/PROPOSITIONSSFPREVENTIONSNS.pdf>

³⁴ S'il est important de se tenir informé, ce n'est pas suffisant pour pouvoir agir. S'éduquer consiste à s'approprier l'information sélectionnée pour l'incorporer afin qu'elle puisse être mobilisée dans l'action.

³⁵ <http://www.journaldunet.com/ebusiness/le-net/audience-sites-sante/>

2.4 LES SITUATIONS PARTICULIERES

Éducation pour la santé en milieu scolaire.

De l'approche sanitaire à la promotion internationale de la santé ?, l'éducation pour la santé repose sur plusieurs concepts qui ont évolué en fonction des contextes politiques, historiques et internationaux. La notion de santé publique apparaît au début du 20^{ème} siècle en France et place l'institution scolaire, par le biais de l'éducation civique, au centre des dispositifs pouvant dispenser une politique de prévention efficace. On y abordait alors les thèmes d'une propagande hygiéniste, la lutte contre l'alcoolisme, les maladies vénériennes, la tuberculose et la préconisation des comportements sains (Nourrisson, 2002). Le lien entre santé individuelle et santé publique s'est donc tissé en France au sein de l'École dès le début du siècle dernier mais incite aujourd'hui à réfléchir à une approche plus globale de la définition de la santé afin de légitimer l'action de l'école et des enseignants.³⁶

Éducation à être un patient. Université des patients³⁷.



Une expérience d'empowerment: La Cité de la Santé. Traditionnellement cantonné dans des institutions telles que les bibliothèques médicales universitaires ou les laboratoires de recherche ou protégé avec des chemins d'accès réglementés par l'organisation de l'offre de soins, le monde de l'information sur la santé a connu depuis peu une véritable révolution. Avec des structures telles que la Cité de la santé à la Cité des sciences et de l'industrie de Paris — La Villette, la relation de pouvoir entre science et citoyen se transforme. Le visiteur s'inscrit dans une démarche non pas de récepteur passif d'une information descendante délivrée par une autorité médicale, mais comme auteur de son propre questionnement du monde santé, comme créateur de nouvelles façons de penser l'information. L'enchevêtrement de relations de pouvoir que représentait le paquebot médical du siècle dernier, pouvoirs actuariels et commerciaux d'un côté, pouvoirs médicaux, administratifs, industriels et scientifiques de l'autre, craque de toutes parts, s'ouvrant à la démarche participative d'associations d'usagers et d'acteurs du monde sanitaire dans une démarche d'information santé visant à réduire les inégalités et à promouvoir une santé véritablement participative³⁸.

Éducation à accompagner des patients. Accompagnement de fin de vie. Accompagnement psychologique : Maïeutshésie, mot qui définit d'une part une certaine approche de la communication, et d'autre part une façon innovante d'envisager et de mettre en œuvre l'accompagnement psychologique³⁹.

Éducation à vivre avec son handicap. L'intégration des personnes handicapées dans la société passe par l'insertion professionnelle et l'inclusion sociale. Mais l'intégration professionnelle des travailleurs handicapés telle qu'elle est conçue aujourd'hui pourrait être comparée à la question de l'immigration et des personnes immigrées. C'est un problème de reconnaissance identitaire. Qui sont les personnes handicapées ? Pourquoi existent-elles ? On parle souvent de problème matériel, d'accessibilité, de quota. Mais une personne handicapée n'est-elle pas avant tout un individu qui doit pouvoir se construire de manière autonome tout au long de sa vie et être reconnu pour ce qu'il produit sa contribution à notre société ?⁴⁰

³⁶ <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA-Veille/69-decembre-2011.pdf>

³⁷ « Usagers experts: la part du savoir des malades dans le système de santé » dans *Pratiques de formation - Analyses*, no 58-59, Université Paris 8, 2010

³⁸ « La Cité de la Santé : ne expérience d'empowerment » dans *Pratiques de formation - Analyses*, no 58-59, Université Paris 8, 2010

³⁹ <http://www.maieusthesie.com/>

⁴⁰ Leguy P., *Handicap, reconnaissance et formation tout au long de la vie*, Éres, 2013

Quelques mots d'histoire sur les concepts et méthodes de l'éducation à la santé en France

Robert Larue, en collaboration avec Jacques Fortin et Jean-Louis Michard, "École et santé : un pari pour l'éducation"⁴¹



Résumé de la fiche de lecture

Historiquement les premières notions d'éducation concernant la santé sont celles de l'hygiène.

Hygiène : du grec hugieion qui signifie santé.

* Partie de la médecine étudiant les moyens individuels ou collectifs, les principes et les pratiques qui visent à préserver ou favoriser la santé. L'hygiène est basée sur des principes, avoir une bonne hygiène est le fait de respecter ces principes.

* Ensemble des soins apportés au corps pour le maintenir propre.

* Ensemble des conditions sanitaires d'un lieu.

Durant les 18^{ème} et 19^{ème} siècles l'enseignement de l'hygiène se met en place dans la société française. Toutefois dans les milieux ruraux, le poids des traditions et des croyances ainsi que l'insuffisance des équipements freinent quelque peu son avancée. « La forte proportion d'illettrés au sein de cette population, peu scolarisée » limite aussi la diffusion des règles d'hygiène.

Fin 19^{ème} l'enseignement de l'hygiène s'inscrit dans l'instruction morale et laïque de l'école, qui remplace celle de la religion. Cette évolution dans les pratiques traduit un besoin de santé mais aussi le développement du poids convaincant de la science. Le système philosophique positiviste de cette période valorise nettement l'hygiène. Ainsi on va la retrouver dans les programmes scolaires encore après 1945. Son essor est facilité par l'amélioration des conditions de vie et l'évolution des modes d'information.

La question du rôle de l'école dans la promotion de la santé se repose à propos de la sexualité qui représente un besoin social d'éducation dans les années 1970 (suite au développement du féminisme, des pilules contraceptives, de la mixité, mai 68, etc.) La « circulaire Fontanet » 1973 relance l'hygiène sous une forme quelque peu différente : une amorce de l'éducation à la santé.

A partir de ce moment-là, on observe deux logiques de santé. D'une part les questions sur la santé reprennent leur place dans l'enseignement et d'autre part, des actions d'éducation à la santé voient le jour sur le créneau vie scolaire. Les programmes s'enrichissent donc d'un apport d'informations et de connaissances sur la santé.

⁴¹ Concepts et méthodes de l'éducation à la santé - Robert Larue, en collaboration avec Jacques Fortin et Jean-Louis Michard, "École et santé : un pari pour l'éducation"

2.5 QUELLE EDUCATION A LA SEXUALITE DES JEUNES ADULTES ?⁴²



Par **Marlena BOUCHE-OSOCHOWSKA** : Docteur ès sciences, Expert en Santé Internationale et Education. Directrice du 5e Forum Mondial ATLV, St Pétersbourg 2017. Conseillère auprès des Gouvernements, Nations Unies et Union Européenne et membre du Bureau Exécutif du Comité Mondial pour les Apprentissages tout au long de la vie (CMA/WCFL) chargée des relations avec l'UNESCO. Elle est également conférencière internationale et auteure de nombreuses publications en français, anglais, russe et polonais.

« La sexualité étant un aspect fondamental de la vie humaine, comporte des dimensions physiques, psychologiques, spirituelles, sociales, économiques, politiques et culturelles. De plus, on ne saurait comprendre la sexualité sans faire référence au genre, ni à la diversité qui est une caractéristique fondamentale de la sexualité. Cela ne veut pas dire que ces comportements n'existent pas ou doivent être exclus du débat dans le contexte de l'éducation sexuelle » (Unesco).

Introduction

Le concept même de « sexualité » peut être considéré comme une invention de la médecine et de la biologie européenne du XIX^{ème} siècle. Il fallait attendre la deuxième moitié du XX^{ème} siècle dans le monde occidental afin que la vie sexuelle visant au plaisir et à l'épanouissement soit différenciée clairement de la fonction reproductive, et qu'un autre concept, celui des droits sexuels en tant que droits universels fondés sur la dignité, et l'égalité de tous les êtres humains, voit le jour⁴³. L'humanité ne s'est en effet jamais montrée asexuée. Lorsque l'on se promène à travers l'histoire des peuples nous découvrons que l'acte sexuel était aussi considéré comme un chemin d'accès à l'éveil spirituel⁴⁴, par exemple dans l'hindouisme ou le bouddhisme, au Tibet, en Mongolie et au Japon. L'histoire de la contraception démontre ainsi que les jeunes adultes, depuis des temps immémoriaux, ont toujours su trouver des astuces pour s'éloigner des fonctions exclusivement reproductives de la sexualité, au bénéfice du plaisir et des sens, même si ce choix est resté l'apanage des couches instruites et privilégiées jusqu'au 20^{ème} siècle et jusqu'à la démocratisation de la pilule contraceptive et du préservatif en Occident.

La majeure partie des méthodes modernes de contraception est en effet connue depuis de très nombreuses générations. Bien sûr, la transformation progressive des sociétés et le développement des sciences ont considérablement amélioré les procédés, néanmoins les principes restent inchangés. Casanova relevait par exemple l'intérêt des produits acides, et notait dans ses lettres qu'une tranche de citron placée dans le vagin prévenait les grossesses⁴⁵. Il n'a pas eu tort. Les méthodes d'acidification du milieu vaginal le rendent en effet non favorable à la survie des spermatozoïdes. On en trouve ainsi des traces dans l'Antiquité : éponges marines imbibées de vinaigre en Égypte ; lavements vaginaux post coït, à l'eau vinaigrée, avec de l'urine en Russie ancienne ou de la décoction de genièvre dans les pays Scandinaves ; tampons de coton de différentes compositions dans l'Europe de la Renaissance. L'histoire du préservatif remonte elle aussi très loin, en Afrique, en Asie et en Europe. Force est de constater alors que la science moderne permet aujourd'hui d'expliquer le fonctionnement de choses qui sont pressenties par des générations de jeunes depuis des siècles, voire des millénaires, ce qui permet d'affirmer que l'histoire de la sexualité a l'âge de l'humanité et qu'elle reste intimement liée à l'histoire de la contraception.

Après tant d'années de lutte pour l'émancipation des femmes, la révolution sexuelle, l'affirmation des minorités sexuelles, les batailles pour l'égalité des sexes, alors que la notion de « santé sexuelle » est désormais reconnue par la communauté internationale comme indissociable des droits humains⁴⁶, pourquoi donc, au 21^{ème} siècle, dans nos sociétés contemporaines mondialisées, instruites et hypersexuées, nous sentons nous

⁴² ouvrage collectif sous la direction de Thierry Troussier et Joëlle Mignot

http://www.lavoisier.fr/livre/medecine/sante-sexuelle-et-droits-humains/mignot/descriptif_3150351

⁴³ Declaration of Sexual Rights adopted in Hong Kong at the 14th World Congress of Sexology, August 26, 1999 :

<http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

⁴⁴ LELEU, Gérard. Sexualité, la voie sacrée. Ed. Albin Michel : Paris, 2004

⁴⁵ HIMES, Norman Edwin. Medical History of Contraception. Schocken Books, Abhinav 1970

⁴⁶ CIPD (2014), Rapport du Secrétaire général des Nations Unies, Assemblée Générale, 12 février 2014, Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Disponible sur internet :

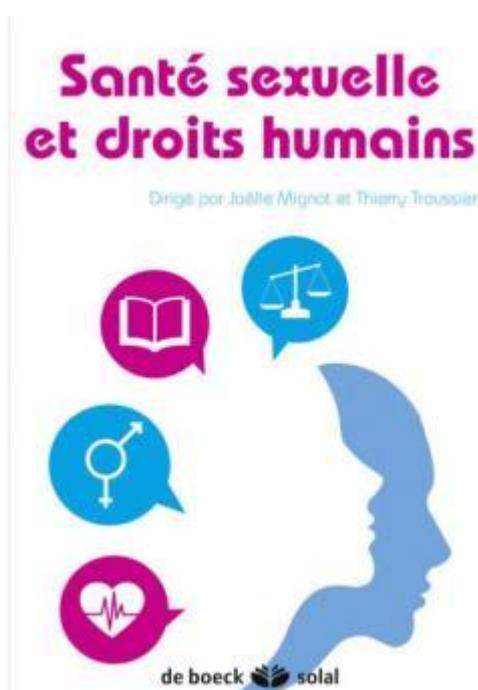
<http://icpdbeyond2014.org/rights-development/>;

http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_french.pdf

si affectés, et si souvent violemment divisés quant à l'éducation à la sexualité et aux questions du genre ? En effet, les sciences ont déjà démontré que la sexualité est une part fondamentale de notre nature humaine qui constitue notre énergie, notre équilibre, et est aussi une source d'épanouissement. On aurait alors pu croire alors que ces grandes découvertes, qui ont permis l'explication savante du processus amoureux grâce aux neurosciences, de mettre au point de nouvelles techniques de procréation ou d'acquiescer la maîtrise du contrôle des naissances, nous auraient réconciliés entre nous, femmes et hommes, enfants et parents, citoyens et gouvernements.

Contradictions du monde occidental « moderne »

La sexualité est beaucoup plus librement évoquée en 2014 si l'on observe la sphère médiatique sur une période de 50 ans. On en parle, on la consomme, on s'exhibe. Nous nous sentons décomplexés. L'information est abondante et vient de partout : journaux, films, télévision, radio, images publicitaires, internet. Et malgré le fait qu'on parle beaucoup de sexualité, l'information florissante n'aide pas tout à fait à mieux se comprendre ou à mieux comprendre l'autre. Fréquemment, l'hyper-visualisation d'accès facile contribue plus à l'échec de la relation intime qu'à son raffinement dans la mesure où elle reste bien loin de la vie réelle : d'innombrables scènes érotiques ou pornographiques hantent les écrans, les tablettes et les smartphones, dans lesquelles des personnages sont représentés comme avides de sexe en tout genre, et exposent des performances qui ne fonctionnent pas en dehors d'un plateau de tournage. La notion de la sexualité se voit alors réduite à celle d'un



rapport sexuel, où l'activité intense imposée par le marché devient la nouvelle normalité. Imprégnés par ce qu'ils regardent et consomment, les jeunes adultes, qui sont parfois aussi des parents, ne se sentent pas « à la hauteur », et vivent souvent mal leurs relations intimes. Ce phénomène se renforce par le contenu présenté par les médias et la publicité, devenue omniprésente. Ils proposent rarement des exemples réalistes et respectueux de l'humain dans leur essence profonde, et valorisent plutôt des stéréotypes glorifiés par leur attrait sexuel. Ainsi, dans le contexte d'une apparence de liberté totale dans notre monde de connaissances, l'information pléthorique liée à la sexualité est d'autant plus agaçante qu'elle n'apparaît pas du tout préparée pour répondre aux besoins profonds du jeune adulte, qui cherche à la fois à éprouver du plaisir et à construire l'harmonie dans une relation durable et épanouie.

Privés dans leur adolescence d'échanges sérieux basés sur le respect et la confiance envers les adultes dont ils auraient besoin pour comprendre et gérer leur sexualité, soumis à la pression induite par le modèle d'une sexualité performative, les jeunes adultes sont de plus en plus nombreux, individuellement ou en couple, à consulter les spécialistes, sexologues, psychologues ou

psychothérapeutes. Les problèmes ne manquent pas. Une récente étude menée sur de jeunes Canadiens âgés de 16 à 21 ans⁴⁷ montre que la moitié d'entre eux, aussi bien les filles que les garçons, présentent des difficultés liées à la sexualité : par exemple plus d'un garçon sur quatre indique avoir des troubles de l'érection, un jeune adulte sur cinq (filles et garçons confondus) parle du manque de libido, et nombre d'entre eux signalent des problèmes d'orgasme.

Contradictions « traditionnelles » en Europe de l'Est et en Europe Centrale

Les règles qui régissent le comportement sexuel varient considérablement d'une époque à l'autre, d'une culture à l'autre, et au sein d'une même culture, et parfois même au sein de la famille. À partir de mes expériences, découvrons ce qu'offrent aux jeunes d'autres cultures qui ont pour dénominateur commun un poids important des traditions.

La Pologne a connu différentes évolutions des concepts liés à la sexualité, en parallèle à la transformation de la situation politique et de la législation en cours, une évolution qui me paraît être en régression dans le contexte actuel. Avant la chute du Mur, les programmes scolaires proposaient l'enseignement de connaissances scientifiques solides, comme en biologie dont l'appareil reproductif des mammifères, les chapitres concernant

⁴⁷ O' SULLIVAN, Lucia; BROTTTO, Lori; BYERS, Sandra; MAJEROVICH, Jo Ann ; WUEST Judith. Universités du New Brunswick et de la Colombie Britannique, Canada. "Eros in Eden", International Society for the Study of Women's Sexual Health 19-22 février, Jérusalem, Israël (communication orale)

les rapports sexuels des humains faisant partie des « devoirs à domicile ». Je me souviens ainsi que, sous les pupitres, la moitié de la classe avalait secrètement les détails croustillants de « La vie sexuelle de sauvages » de l'anthropologue Bronislaw Malinowski⁴⁸ qui décrivait savamment ses expériences de terrain vécues au milieu des sociétés paysannes d'une petite île mélanésienne au début du 20ème siècle, tandis que l'autre moitié s'instruisait avec le Kamasoutra. Officiellement on ne parlait pas de sexe, simplement les jeunes s'entre-éduquaient dans des groupes de pairs, en échangeant leurs propres souvenirs, lisant les journaux et la littérature quasi érotique d'ailleurs, ce qui bien évidemment n'était pas interdit comme l'étaient la prostitution et la pornographie.

Par ailleurs, des services médicaux gratuits et accessibles pour tous fonctionnaient, et c'était aux gynécologues d'encadrer la contraception des jeunes adultes. Plusieurs méthodes étaient disponibles, dont les pilules contraceptives autorisées sur le marché déjà dès le début des années 1960 puis importées en Pologne et achetées auprès des compagnies américaines, allemandes et hollandaises avant d'être disponibles en quantité satisfaisante la demande à partir des années 1970 lorsque les laboratoires polonais ont pu lancer leur propre production. Les autorités communistes avaient rendu accessible et gratuite l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1986⁴⁹. Jusqu'en 1959, adressée essentiellement aux femmes dans la situation économiquement ou socialement difficile, l'IVG est devenue ensuite accessible pratiquement pour tous et pratiquée « à la demande », à ce point que, hélas, au vu du nombre élevé des interventions pratiquées, elle a fini par être regardée, aussi bien en Pologne que dans d'autres pays du bloc socialiste, comme un moyen de contraception et une « méthode de la planification de la famille ».



Suite aux bouleversements politiques de la fin des années 1980, la Pologne a renversé la législation communiste, favorable à l'avortement. Le Parlement polonais vote la loi « sur le planning familial, la protection du fœtus humain et les conditions d'interruption de grossesse » le 7 janvier 1993, dite loi anti-avortement, après presque quatre ans de débats publics houleux et de tentatives successives de restreindre l'accès des femmes à l'interruption volontaire de grossesse. Aujourd'hui, l'avortement n'est légal que pour sauver la vie de la mère, pour la préserver physiquement ou mentalement, ou en cas

de viol, d'inceste ou de déformation sévère du fœtus. De fait, seulement quelques centaines de femmes en bénéficient. On estime qu'environ 80 à 200 000 Polonaises se font avorter chaque année. Parmi elles, 10 à 15 % vont dans les cliniques de toute l'Europe notamment en Allemagne, en Autriche, en Hollande ou au Royaume-Uni. Néanmoins, l'immense majorité n'ayant pas de moyens suffisants recourt à des avortements clandestins, en Pologne, et court des risques élevés⁵⁰.

Les programmes scolaires proposent aux enfants un cours facultatif sur « la préparation à la vie familiale ». Il comprend, certes, quelques éléments d'éducation à la sexualité, comme la reproduction et des méthodes d'espacement des naissances, mais ces modules s'éloignent vite de ces objectifs pour favoriser l'inculcation de ce qui est vu par la frange conservatrice de la population comme des normes morales, éthiques et des « leçons de vie ». Assurées généralement par des pédagogues sans véritables compétences, par des évêques ou par des catéchistes, ces leçons sont fréquemment imprégnées d'interprétations très personnelles et par des messages tendancieux qui, souvent, ne respectent même pas les vérités scientifiques.

Cette opposition à l'éducation sexuelle, je l'ai rencontrée aussi dans le Caucase, en Géorgie, ou en Asie centrale chez les Tadjiks et les Turkmènes, aussi bien dans les milieux musulmans que chrétiens, où la société suppose que l'information sur la sexualité est nuisible. Là-bas, la tradition empêche de parler ouvertement de la sexualité. Dans les mœurs ancestrales kazakhes par exemple, c'est la femme du fils aîné qui fait l'initiation aux sœurs cadettes de sa belle-famille. Plus généralement, dans la tradition musulmane en Asie centrale, la transmission du savoir se fait de façon transgénérationnelle, de mère en fille et de père en fils, les aînés ayant le devoir d'expliquer ce qu'ils connaissent aux plus jeunes. Force est de constater que les propositions éducatives des Églises qui se réclament du christianisme, catholique ou orthodoxe en Europe de l'Est et en Russie, qui « ont fait des plaisirs charnels » un « péché » depuis deux mille ans, sont bien éloignées des recommandations onusiennes, dont la valeur internationale est généralement acceptée dans le monde occidental.

Néanmoins, il faut noter que, parmi les populations musulmanes de ces régions, le passif culturel pèse souvent

⁶ Célèbre anthropologue polonais, pionnier dans le champ de la psychosociologie des contacts interculturels et du développement.

⁴⁹ L'IVG n'est légalisée en France qu'en 1975.

⁵⁰ DUBROWSKA, Magdalena ; « Polskie aborcje w klinikach catej Europy », Gazeta Wyborca, 2010, disponible sur internet : http://wyborcza.pl/1,76,842,8300922,Polskie_aborcje_w_klinikach_calej_Europy.html

plus que les croyances. L'Islam reconnaît en effet le pouvoir du besoin sexuel, qui provient de Dieu, mais en référence à la vie maritale et familiale. Il distingue ainsi les différents modèles et concepts de l'amour, et aborde ouvertement ses multiples facettes, comme le désir, l'attraction mutuelle, la relation sexuelle. La sexualité et les relations sexuelles sont ainsi traditionnellement valorisées par le Coran qui parle de la femme comme d'une créature à laquelle l'homme doit le respect et la satisfaction (sexuelle). L'art érotique dans l'Islam possède ainsi une longue et riche tradition. La poésie de l'amour romantique est très abondante chez les Arabes, les Perses et les Turques. Alors que le Coran met l'accent sur l'acquisition des connaissances et de l'art d'aimer, pour nombre de parents musulmans aujourd'hui, le mot « sexe » est un mot grossier et tabou à la maison, pendant que les Imams recommandent le retrait comme étant la méthode contraceptive la plus fiable, puisque vérifiée au temps du Prophète.

Quelle éducation pour les jeunes adultes ?

Le concept moderne de l'éducation à la sexualité provoque beaucoup d'émotions dans de nombreux pays du monde, aussi bien dans les milieux scolaires parentaux que confessionnels. Soupçonnée d'être imposée par l'étranger, privée de principes moraux et d'un système de valeurs, l'éducation liée au genre, parfois tendancieusement interprétée, est critiquée encore plus fortement, car l'éducation sexuelle bouscule souvent l'ordre social traditionnel et les mentalités.

Les parents et les familles jouent ici un rôle capital, puisqu'ils influencent dès la naissance notre manière de concevoir les identités sexuelles et sociales. C'est pour cela qu'il est fortement souhaitable que les parents sachent comment et à quel moment parler avec leur enfant, pour aborder, le plus naturellement possible, les aspects physiques et comportementaux de la sexualité humaine.

Mais les parents ne sont pas les seuls qui accompagnent et stimulent le développement de l'enfant. Notre comportement sexuel est conditionné aussi par ce qui nous a été inconsciemment suggéré par notre environnement politique, social et économique. L'entourage dans lequel nous grandissons, la fratrie et les amis influencent nos opinions personnelles et nos modes de vie parfois plus que les parents. L'éducation formelle y occupe une place non négligeable. Ces influences extérieures peuvent alors perturber le développement sexuel et notre capacité à la création de liens interpersonnels positifs, impacter notre attitude face à la procréation, la vie en couple, etc. Les images de la femme et de l'homme véhiculés par la société, l'appartenance à une confession, la présence d'interdits et de préjugés, serviront consciemment ou pas, de référence pour construire la sexualité propre de chacun.



Avec la démocratisation de l'internet, les nouveaux codes sexuels sont apparus. Une douzaine d'années après l'apparition des premiers sites de rencontre, un jeune Français sur six (17 %) dit avoir déjà eu un rapport avec une personne rencontrée sur internet, et près d'un quart d'entre eux (24 %) sont déjà sortis avec des personnes rencontrées par internet. Plus d'un tiers des jeunes de moins de 25 ans (38 %) a déjà surfé sur un site de rencontres⁵¹.

Ayant perdu la hiérarchie des désirs et des demandes, les jeunes deviennent de plus en plus désorientés, mais n'attendent pas des adultes la moralisation. Ils souhaitent obtenir des réponses à leurs problèmes concrets qui se posent dans des situations réelles. Ils cherchent à donner un sens à la sexualité, à l'amour, car ils croient toujours au coup de foudre...

mais les parents eux-mêmes ne possèdent pas toutes les réponses.

Dès lors, nous tous avons un rôle pour aider les jeunes à se construire : parents, enseignants, médecins, services sociaux, clergé. Cependant la majorité d'entre nous n'a ni les connaissances ni les techniques de communication suffisantes, ne l'oublions pas.

Après 2015 - plaidoyer pour apprendre par soi même

Avoir accès aux moyens dont nos parents étaient privés, et avancer sans maîtres à penser, quel beau défi ! À l'ère de la révolution numérique, la pédagogie connaît un bouleversement radical. Et à nos yeux, l'éducation à la sexualité se prête parfaitement bien à ces nouveaux modes d'acquisition des savoirs où l'enseignant n'est plus le maître, mais sert de guide. Car valoriser la curiosité intellectuelle des jeunes est plus important que la mémorisation dans ce domaine si particulier, riche et pluridisciplinaire.

Le numérique offre une unique occasion pour stimuler l'épanouissement intellectuel individuel, acquérir des connaissances, inciter à la réflexion, bref offre l'occasion exceptionnelle d'explorer les capacités personnelles

51 Enquête de l'IFOP pour CAM4.fr, « Génération YouPorn : mythe ou réalité », n° 111 532, 16 octobre 2013, disponible sur internet : http://www.ifop.com/media/poll/2367-1-study_file.pdf

de façon la plus adaptée à chacun : il permet d'avancer à son rythme, de faire le choix de la problématique à étudier, de fixer l'ordre de l'apprentissage en fonction de l'intérêt qu'on porte à un tel ou tel autre sujet au moment qui convient le mieux ! De plus, étudier le domaine si intime individuellement ne peut être qu'un grand privilège !

Car si certaines composantes de l'éducation à la sexualité ont des bases communes pour tous les humains et répondent aux valeurs universelles, notamment celles liées aux sciences médicales et au fonctionnement de notre corps, d'autres aspects de la sexualité, ceux plus proches de notre culture originelle, liés à la spiritualité, à nos émotions ou à nos fantasmes, exigent une réflexion approfondie bien plus personnelle.

Les programmes réussis d'éducation sexuelle comportent un tronc commun d'éléments qui peuvent être adaptés à diverses situations culturelles.

Étudier individuellement ne signifie pas s'enfermer dans un monde virtuel. Jeremy Rifkin, économiste et l'un des penseurs les plus populaires de notre temps, annonce l'avènement de « l'ère collaborative, où les étudiants vont considérer le savoir comme une expérience partagée dans une collectivité de pairs ». Un autre environnement éducatif sur Internet dont il parle est celui des « Collaborative Classrooms », qui « permet à des milliers d'enseignants de créer ensemble des cours en ligne et de partager entre eux, gratuitement, les meilleurs plans de leçons sur une base commune pédagogique mondiale ».⁵²

Vision internationale de l'« après 2015 »

Le Groupe de travail pour la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)⁵³ a identifié les priorités du Programme pour le développement post-2015. Le programme doit

CIPD

faire progresser les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction pour toutes les femmes, tous les hommes et tous les jeunes, en accélérant la mise en œuvre de l'accès universel à l'information, à l'éducation et aux services en matière de sexualité et de reproduction durant tout le cycle de vie ; et en apportant une reconnaissance et une protection dans des législations nationales qui proclament les droits fondamentaux, en particulier les droits en matière de sexualité et de reproduction⁵⁴.

Le 2 juillet 2013⁵⁵, le CIPD a exhorté les gouvernements en Europe, en Asie centrale et dans le monde entier, à tenir compte de ses appels à l'action dans quatre domaines clés, afin de garantir le respect de la santé sexuelle et reproductive, et les droits humains pour tous :

- 1) Droits de l'homme : respecter, protéger et réaliser les droits sexuels et reproductifs pour tous, grâce à des campagnes d'éducation du public et de la mobilisation des communautés sur les droits humains et les réformes juridiques et politiques.
- 2) Accès : l'accélération de l'accès universel est nécessaire pour l'information, l'éducation et les services de qualité, globale et intégrée, concernant la santé sexuelle et reproductive.
- 3) Éducation : l'éducation sexuelle intégrée doit être disponible pour tous les jeunes.
- 4) Violence : nous devons éliminer la violence contre les femmes et les filles et assurer l'accès universel aux services essentiels pour toutes les victimes et les survivants de la violence sexiste.

La mise en place de ces objectifs ambitieux demande une action intégrée de toutes les compétences.

Que faut-il retenir ?

Dans la perspective de l'après-2015, mettre en place une éducation pour les jeunes demande une action conjointe de tous les acteurs de la société (parents, enseignants, médecins, services sociaux, clergé). Nous plaidons vivement pour le changement de la pédagogie d'enseignement qui fait appel à un domaine aussi personnel et intime que la sexualité ! Rien ici ne devrait être imposé de l'extérieur, mais résulter d'une réflexion de l'individu l'amenant à faire les choix qui lui correspondent le mieux, et sont responsables. Les cours magistraux et autoritaires n'ont pas la faculté de changer les comportements de l'individu, mais sa motivation et la prise de décision. Passons donc vite de l'enseignement hiérarchique au bénéfice du partage des savoirs et des expériences.

L'aide à l'étude individuelle, notamment à partir du numérique, offre une unique occasion pour stimuler l'épanouissement intellectuel individuel, acquérir des connaissances, et inciter à la réflexion.

⁵²

RIFKIN, Jeremy, *La nouvelle société du coût marginal zéro*, Ed : Les Liens Qui Libèrent, 2014

⁵³ CIPD, « Priorités du Programme de développement pour l'après-2015 », Genève, 2012, disponible sur internet :

<http://icpdtaskforce.org/resources/ICPD-Summary-of-the-Priorities-for-the-Post-2015-Development-Agenda-French.pdf> .

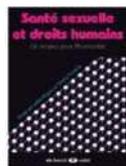
⁵⁴ idem.

⁵⁵ CIPD, « Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Critical for Progress on Cairo Conference Goals », Genève, 3 juillet 2013, disponible sur internet :

http://icpdtaskforce.org/resources/ICPD-2013-07-02_HLTFUNECEPressRelease.pdf

BIBLIOGRAPHIE

- CIPD (2012). *Priorités du programme de développement pour l'après-2015*.
<http://icpdtaskforce.org/resources/ICPD-Summary-of-the-Priorities-for-the-Post-2015-Development-Agenda-French.pdf>
- CIPD (2013). *Sexual and Reproductive Health and Rights for All : Critical for Progress on Cairo Conference Goals*.
http://icpdtaskforce.org/resources/ICPD-2013-07-02_HLTFUNECEPressRelease.pdf
- CIPD (2014). Rapport du secrétaire général des Nations unies, assemblée générale, 12 février 2014. Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement.
<http://icpdbeyond2014.org/rights-development> ;
http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_french.pdf
- Dubrowska, M. (2010). *Polskie aborcje w klinikach catej Europy* », *Gazeta Wyborca*. http://wyborcza.pl/1,76842,8300922,Polskie_aborcje_w_klinikach_calej_Europy.html.
- Himes, N.E. (1970). *Medical History of Contraception*, Schocken Books.
- IFOP (2013). *Génération YouPorn : mythe ou réalité*, Étude Ifop pour CAM4, n° 111 532 Sondage auprès de 1000 jeunes âgés de 15 à 24 ans, 16 octobre 2013 N° 111 532 http://www.ifop.com/media/poll/2367-1-study_file.pdf
- Leleu, G. (2004). *Sexualité, la voie sacrée*, Albin Michel.
- O'Sullivan, L., Brotto, L., Byers, S., Majerovich, J.A., Wuest, J., universités du New Brunswick et de la Colombie britannique (2012). *Eros in Eden*, International Society for the Study of Women's Sexual Health (communication orale).
- Rifkin, J. (2014). *La nouvelle société du coût marginal zéro*, Les Liens qui libèrent.
Publié dans l'ouvrage collectif sous la direction de Thierry Troussier et Joëlle Mignot, 13 avril, 2015 (300 pages) dans :



Des points de vue complémentaires

Esther Duflot Low-Hanging Fruit for Better (Global) Health **santé sexuelle et droits humains** Low-Hanging Fruit for Better (Global) Health?

Santé, activité et apprentissage tout au long de la vie par Herbert GESCHWIND <http://www.cma-lifelonglearning.org/doc/Sante%CC%81,%20activite%CC%81%20et%20apprentissage%20HG.pdf>

Éducation Éthique Santé⁵⁶, télécharger la [plaquette](#)

⁵⁶ <http://education-ethique-sante.univ-tours.fr/les-recherches/>
(voir également l'article : <http://www.cma-lifelonglearning.org/III/?p=3291>)

CHAPITRE 3

PROMOUVOIR LA SANTE EN LIEN AVEC L'EDUCATION ET LES APPRENTISSAGES TOUT AU LONG DE LA VIE

Chapitre coordonné par la commission éditoriale du CMA

Pour développer « *davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* », ceci implique des apprentissages tout au long de la vie dans un continuum pour bien se nourrir en fonction du contexte, pour tenir compte des contraintes et des potentialités de son corps, pour savoir mobiliser « *les ressources sociales et personnelles* » disponibles dans son environnement en vue de prévenir ou traiter les maladies.

En corolaire, la santé est une des conditions pour pouvoir apprendre dans de bonnes conditions. Être malade empêche de suivre des cours et peut conduire à des décrochages scolaires. Une nutrition pauvre pendant la croissance peut diminuer les capacités cognitives. Une mauvaise santé est un frein à l'exercice d'activités génératrices de compétences et d'expériences enrichissantes. Apprendre à gérer son capital-santé peut contribuer à reculer les effets de la vieillesse.

Extrait de la Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986

<http://ecosysteme-sante.com/wp-content/uploads/2014/12/Charte-dOttawa-pour-la-Promotion-de-la-Sant%C3%A9.pdf>

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

CONDITIONS INDISPENSABLES À LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. »

Éducation et protection de la petite enfance

Les fondations établies au cours des mille premiers jours de la vie, de la conception au deuxième anniversaire, sont d'une importance cruciale pour le bien-être futur de l'enfant. Il est donc capital que les familles aient accès à des soins de santé adéquats et à un soutien qui leur permette de faire les bons choix en faveur des mères et des nourrissons. Par ailleurs, l'accès à une alimentation de qualité est une condition majeure pour que l'enfant développe son système immunitaire ainsi que les aptitudes cognitives indispensables à l'apprentissage.

L'éducation accroît les chances de vivre en meilleure santé

L'éducation est l'un des moyens les plus efficaces d'améliorer la santé des individus. L'éducation sauve la vie de millions de mères et d'enfants, elle contribue à prévenir et à contenir les maladies, elle joue un rôle essentiel dans les efforts de réduction de la malnutrition. Grâce à l'éducation qu'ils reçoivent, les individus ont une meilleure connaissance des maladies, ils prennent des mesures préventives, ils reconnaissent les signes précoces de maladie et ont plus facilement recours aux services de santé.

L'éducation est tout aussi vitale pour la mère que pour la santé de ses enfants. Chaque jour, près de 800 femmes meurent de pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement qui auraient pu être évitées. Si toutes les femmes achevaient le primaire, la mortalité maternelle diminuerait de 66 %, et près de 189 000 vies seraient sauvées tous les ans.

L'éducation, notamment lorsqu'elle renforce l'autonomie des femmes, joue un rôle central dans la lutte contre la malnutrition, cause sous-jacente de la mortalité infantile dans 45 % des cas. Lorsqu'elles sont instruites, les mères ont davantage tendance à connaître les bonnes pratiques à instaurer à la maison en matière de santé et d'hygiène ; elles sont aussi mieux à même de veiller à ce que les ressources de la famille soient utilisées pour répondre aux besoins nutritionnels des enfants. Dans les pays à revenu faible ou moyen inférieur, si toutes les femmes avaient accès à l'enseignement primaire, le retard de croissance (très bon indicateur de la malnutrition) reculerait de 4 %, ce qui représenterait 1,7 million d'enfants ; si les femmes accédaient à l'enseignement secondaire, le retard de croissance diminuerait de 26 %, ce qui représenterait 11,9 millions d'enfants.

Éducation et santé sexuelle

Une scolarité plus longue donne en outre aux filles une plus grande confiance en elles, ce qui leur permet de prendre les mesures appropriées pour prévenir les problèmes de santé associés aux naissances précoces ou trop peu espacées. À l'heure actuelle, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et de l'Ouest, une fille sur sept donne naissance à des enfants avant l'âge de 17 ans. Dans ces régions, le nombre de jeunes filles enceintes diminuerait de 10 % si toutes les filles suivaient un enseignement primaire, et de 59 % si elles suivaient toutes des études secondaires.

Plus instruites, les femmes ont généralement moins d'enfants, ce qui est bénéfique pour elles-mêmes, pour leur famille et pour l'ensemble de la société. En effet, l'éducation permet aux femmes d'exercer une plus grande influence sur le choix de la taille de la famille. Au Pakistan, seules 30 % des femmes n'ayant pas fait d'études pensent avoir leur mot à dire sur le nombre d'enfants qu'elles ont, contre 52 % des femmes ayant suivi un enseignement primaire et 63 % de celles qui ont eu accès au premier cycle du secondaire. Dans certaines régions, l'éducation a été l'un des facteurs déterminants de la transition démographique.

L'éducation contribue à la bonne santé des sociétés

Non seulement l'éducation a un effet bénéfique sur la vie des individus et sur la prospérité économique collective, mais elle joue aussi un rôle essentiel dans le renforcement des liens qui unissent les communautés et les sociétés. La nécessité de protéger et d'encourager de tels liens est de plus en plus reconnue en tant qu'élément vital du cadre de développement pour l'après-2015.

CHAPITRE 4

TRANSMISSION DES « PRATIQUES » DE SOIN, GUERISON, PREVENTION ET APPRENTISSAGES TOUT AU LONG DE LA VIE

Chapitre coordonné par Martine SOUWEINE-SERVEAU



Martine SOUWEINE-SERVEAU est vice-présidente du CMA et membre de la Commission éditoriale et de la Commission Communication.

Elle est également le secrétaire général de l'ACREN, Association des Citoyens Réservistes de l'Education Nationale.

Par ailleurs, elle est Consultante internationale experte et maître de conférences dans les domaines de l'ingénierie de la formation, de la conduite et de l'accompagnement du changement..

EDUCATION A LA SANTE ET MEDECINES TRADITIONNELLES

75 à 80% de la population a recours aux médecines traditionnelles qui de ce fait vont peser dans les approches d'éducation à la santé sous le double signe de l'opposition ou de la complémentarité



Selon l'OMS, la médecine traditionnelle « se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé ».

Quand on estime à 15% à 20% de la population mondiale la part des individus ayant un accès à la médecine dite « conventionnelle » (la biomédecine), celle faisant appel à aux médecines traditionnelles occupe une place conséquente dans notre société multiculturelle.

Reconnues comme l'une des composantes de la santé publique à la conférence internationale de l'OMS en septembre 1978, l'intérêt à l'égard des médecines traditionnelles n'a cessé de croître. En effet, selon une étude américaine publiée en 2010, 77% des étudiants en médecine aux Etats-Unis estimerait qu'un patient serait mieux soigné par un médecin maîtrisant la médecine traditionnelle en plus de la médecine conventionnelle...

Se posent alors deux questions : quels rapports la biomédecine (« médecine occidentale ») entretient-elle avec les médecines traditionnelles ? Et sous quelles conditions peuvent-elles se penser non pas en opposition mais en complément l'une / l'autre ?

La palette des pratiques et techniques des médecines traditionnelles est très large. Celles-ci sont liées à des systèmes de croyances et de représentations déterminées par une culture. Dans certaines cultures on aura recours à des méthodes naturelles pour soigner avec des plantes, quand d'autres utiliseront des pratiques de guérissage et de reboutologie, chamanisme, de magie voire de sorcellerie. Les techniques et outils sont tout aussi divers : acupuncture, réflexologie, Qi gong, chi-kong massage, prières...

Quelques qu'elles soient, toutes les thérapies connaissent leurs rituels : gestes du thérapeute, façon de diagnostiquer, costumes, mais la nature du lien avec le patient reste la même : elle témoigne de l'importance d'une relation en triangle. Le soignant doit avoir suffisamment de charisme et d'assurance pour mettre le patient en confiance. C'est à cette condition que tous deux baigneront dans l'assentiment de l'opinion collective.

Avant chaque consultation ces « médecins » endossent la tenue liée à leur pratique, première pièce du décorum de la pratique des soins. La portée symbolique du vêtement porté modifie directement la manière d'agir répondant aux codes liés à leur position sociale. Il constitue un véritable rite d'appartenance et un gage de crédibilité auprès du patient.

Si le lieu de la consultation varie selon les cultures, il reste toujours un espace particulier, véritable salle de cérémonie de la pratique des soins : en Inde, gymnase martial et d'entraînement et un lieu de massage thérapeutique ici on ne cherche pas seulement à soigner mais à façonner un corps d'athlète, de danseur ou de guerrier en repoussant ses capacités physiques.



L'examen clinique systématique est opéré à travers un langage spécifique mais aussi des gestes et des outils spécifiques à chaque pratique. Ceux-ci permettent de structurer le rituel médical et de faciliter la communication avec les patients. Au Brésil par exemple, le tabac est un véhicule sacré pour accéder au monde des esprits. La fumée permet d'accompagner les harangues récitées par le « pajé » jusqu'au monde « d'en haut ». Souffler la fumée de tabac permet de purifier et de nettoyer les maladies afin de mieux écarter le mal. Plus généralement le tabac s'inscrit à part entière dans la pharmacopée traditionnelle en Amérique. Appliquée localement sa fumée s'utilise pour calmer les démangeaisons des piqûres d'insectes ou soigner certaines infections cutanées. En infusion elle sert à contrer les problèmes intestinaux, la fièvre, les refroidissements, ainsi que certaines affections nerveuses et urinaires et a pour vertu de soulager l'asthme

En Mongolie les archers avaient l'habitude de consommer un mélange traditionnel à base d'éphédra pour se donner du courage avant les combats. Cette plante considérée aujourd'hui comme un produit dopant contient en réalité les mêmes molécules que les produits médicaux de l'industrie pharmaceutique occidentale.

Références

Jean-Pierre Dozon, anthropologue, directeur d'études à l'EHESS

Jean-Pierre Willem, chirurgien, fondateur de l'association Médecins aux pieds nus

Eric Marié, directeur pédagogique des D.U. de médecine chinoise à la Faculté de médecine de Montpellier sur France Culture

Bernard Fontanille et Elena Sander, MEDECINS D'AILLEURS - La Martinière et Arte Editions

Claudine Brelet, MEDECINS DU MONDE - Histoire et pratiques des médecines traditionnelles - Ed. Robert Laffont

Robert Arnaud et René Bureau, LA NUIT DES MAGICIENS- Co-édition Radio France Ed.Trajectoire

Quelques illustrations...proposées par Evelyne DERET

Doc 1-Education pour tous et qualité : Accès des femmes nigériennes à l'éducation en matière de santé et de lutte contre le sida

- La présente recherche comprend quatre chapitres.
- Dans le premier chapitre, nous avons présenté **le contexte de la recherche** en passant en revue le bilan des actions en faveur de l'éducation au Niger, les perspectives alternatives pour améliorer l'accès à l'éducation des groupes vulnérables que sont les femmes. Cette analyse de la situation dans laquelle les filles et les femmes nigériennes vivent, nous amène à notre question problème générale de recherche.
- Le deuxième chapitre trace **le cadre conceptuel et la recension des écrits** sur l'éducation des filles et des femmes. Nous avons d'abord procédé à la définition des concepts-clés qui structureront notre cadre problématique et par la suite, nous avons fait un état des lieux des recherches menées sur l'éducation des filles et des femmes en Afrique en général et au Niger en particulier.
- **Le cadre problématique et les hypothèses** font l'objet du chapitre trois. Nous avons montré comment nous comptons opérationnaliser les variables de notre étude. Dans le quatrième chapitre nous exposons **le cadre méthodologique de la recherche** dans lequel nous présentons : population cible, échantillon et instruments permettant la collecte des données.
- Enfin, le chapitre cinq présente **l'analyse des résultats** de notre recherche.
- **La conclusion ou synthèse** nous permet de faire un bilan de notre recherche, de comparer les idées annoncées et les résultats obtenus en perspective d'une thèse.

Doc 2- La sensibilisation : un moyen pour faire appliquer la loi d'interdiction des pratiques d'excision en Mauritanie

*L'Association Mauritanienne du Développement de la Promotion des Droits Humains (AMPDH) **Muriel CARRENO***

L'excision : une pratique désormais interdite qui perdure

L'excision consiste en l'ablation d'une partie du clitoris et des petites lèvres. En Mauritanie, cette pratique est plus ou moins répandue dans les divers groupes communautaires (Soninké, Halpular, Maure, et Wolof). Elle a lieu le plus souvent au cours de la petite enfance (entre deux semaines et deux ans), au sein du cercle familial, en tant que rite de passage et de reconnaissance de la petite fille dans la société ou comme poids des traditions.

Doc 3-Education à la sante et complexité : proposition de formation aux stratégies nutritionnelles en milieu scolaire : le cas de la prévention globale de l'obésité dans une étude comparative franco-indienne

France Arboix Calas

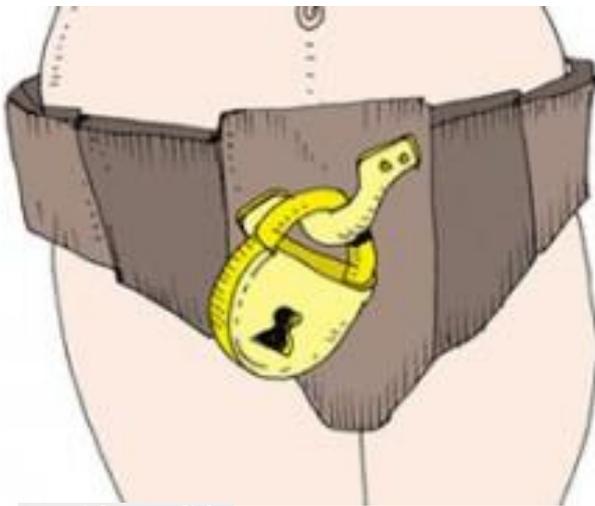
To cite this version:

. **Education**. Université Montpellier II - Sciences et

Techniques du Languedoc, 2013. . <NNT : 2013MON20086>. <tel-01012110>

HAL Id: tel-01012110

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01012110>



[Copyright: gandisha](#)

CHAPITRE 5

VERS DE NOUVELLES FAÇONS D'APPRENDRE POUR L'EDUCATION A LA SANTE

Chapitre coordonné par **Armelle BILLIAUD**



Membre de la commission éditoriale du CMA, Armelle BILLIAUD a exercé pendant plus de 20 ans des responsabilités de direction des ressources humaines dans les secteurs industriel et du service. Depuis 10 ans, elle mène des activités de conseil, formation et accompagnement VAE auprès de professionnels de la fonction RH et elle vient de prendre en charge, en tant que bénévole, la gestion des ressources humaines bénévoles de France Bénévolat.

L'histoire de l'évolution de la médecine, science du maintien et de la prévention de la santé, n'est pas un long fleuve tranquille. Longtemps la maladie fut considérée comme la manifestation du « surnaturel » (dieux, démons,...) que guérisseurs et sorciers ont appris progressivement à contrer, à l'aide notamment des plantes et des premiers actes chirurgicaux. Des médecins de l'Egypte à Hippocrate le père de la médecine, des moines du Moyen-âge aux premières écoles laïques de médecine, des premières découvertes sur les causes des maladies aux tentations de « démiurges » modernes, la médecine, dans l'étendue de ses savoirs et savoir-faire est le résultat d'une immense progression d'expertise, à la croisée de multiples champs : corps, psychisme, environnement, éducation...du patient, dans un contexte économique, politique, social ... donné.

Alors, comment et pour quels enjeux, chercher, en tant que patient, à participer, d'une manière ou d'une autre, à la mise en œuvre de cette expertise ?



L'ethnopharmacologie cherche à comprendre comment s'est effectuée au travers des âges et des générations, la transmission des connaissances en matière de phytothérapie, pour éclairer la médecine du 3^{ème} millénaire. L'innovation peut donc trouver sa source dans l'analyse des savoirs ancestraux.

L'automédication traduit une forme d'émancipation du patient vis-à-vis du corps médical, souhaitée pour des raisons économiques liées à un moindre gaspillage, mais aussi pour une participation active de l'individu au maintien de sa propre santé.

Participation qui peut néanmoins être limitée par le système lui-même: être acteur de son traitement, de la « maîtrise » de sa maladie chronique, de son maintien en bonne santé requiert d'avoir de bonnes informations mises à disposition, mais aussi de vouloir changer ses comportements et d'y être aidé par un environnement (corps médical, famille, système de santé ...) qui favorise, supporte cette évolution. Une véritable éducation thérapeutique permet de responsabiliser le patient, par une meilleure compréhension et autonomie, mais elle ne concerne pas que lui.

La santé va-t-elle dans ce sens ? Oui dans la mesure où elle offre aux individus des outils « connectés » permettant une meilleure connaissance de soi, mais elle trouvera ses lettres de noblesse plutôt dans sa capacité à favoriser le décroisement entre médecin et malade pour passer du patient à « l'actif ».

Dans le domaine de la santé comme dans d'autres, on retrouve ainsi la nécessité que le système de santé, dans ses multiples composants, devienne « capacitant » pour favoriser des apprentissages permettant aux individus d'agir sur leur propre santé.

« Des sources du savoir aux médicaments du futur », Actes du 4^e congrès européen d'ethnopharmacologie (mai 2000) ou comment développer la phytothérapie par la recherche sur la « préhistoire » de la pharmacopée, marquée notamment par un apprentissage vertical du savoir de génération en génération ?

<https://books.google.fr/books?id=i5XC8bOPnhwC&pg=PA48&pg=PA48&dq=autom%C3%A9dication+et+apprentissage&source=bl&ots=ZinvEM43Qv&sig=aHvRZmmoxlYfLJpeq19YSJlC9M&hl=fr&sa=X&ved=0CCYQ6AEwAw0VChMlwauPpPTkyAIVQkAaCh1irQeN#v=onepage&q=autom%C3%A9dication%20et%20apprentissage&f=false>

Le Portail d'information de l'OMS - Médicaments essentiels et produits de santé / Une meilleure automédication grâce à l'apprentissage actif des mères de famille (Dr Sri Suryawati)

L'automédication en Indonésie : les bienfaits potentiels de l'automédication en termes de moindre gaspillage de médicaments, de baisse des dépenses de santé et de participation au maintien en bonne santé sont prouvés, sous réserve que la population connaisse un minimum d'informations sur les médicaments utilisés, notamment la substance active. Dans un pays comme l'Indonésie, peuplée de plus de 200 millions de personnes, le support des services d'information pharmaceutique ne suffisent pas. Une solution a été déployée depuis 1993 par le Département de Pharmacologie Clinique de l'Université de Gadjah Mada (Yogyakarta) : des sessions de formation pour apprendre aux mères de famille à accroître leur capacité à choisir le bon médicament délivré sans ordonnance ou en vente libre. Un apprentissage qui passe par l'analyse des problèmes et l'auto formation, avec des résultats probants.

<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js5523f/2.13.html#Js5523f.2.13>

Le Moniteur des Pharmacies, n° 2966, cahier 1, Janv 2103)

Quel avenir pour l'automédication ? débat entre 2 spécialistes du secteur : Pascal Broussard (Docteur en pharmacie, directeur général de Zambon France et président de l'AFIPA) et Sylvie Fainzang (Anthropologue, directrice de recherche à l'Inserm), qui montre bien le rôle central du patient dans la réussite du développement de l'automédication. Mais le patient a-t-il bien tous les moyens de maîtriser son automédication ?

<http://www.directmedica.com/content/uploads/2013/01/Moniteur-OTC.pdf>

Dans « Comprendre » mensuel 206, juillet 2009, André Giordan : « apprendre à se soigner »

En 1975, au sein de l'hôpital universitaire de Genève, une unité d'enseignement et de traitement du diabète propose une approche psychopédagogique du patient, appelée à partir de 1994 « éducation thérapeutique ». André Giordan, physiologiste et épistémologue, décrit les 5 dimensions qui vont permettre au patient de devenir « l'auteur » de sa maladie. Il rend compte de résultats très vite prometteurs et qui se confirment depuis plus de 20 ans, sans toutefois occulter des limites tenant aux croyances des malades, à leur contexte familial...qui nécessitent, pour un plein succès, des approches de plus en plus individualisées.

<http://www.irepspd.org/docs/Fichier/2015/4-150318094546.pdf>

IPCÉM, organisme de formation à l'éducation thérapeutique du patient

Dans le cadre de son objectif de formation des équipes soignantes, l'IPCÉM a créé et édité des outils pédagogiques utilisés en cours d'éducation ou remis au patient.

Sous des formats pédagogiques différents, adaptés aux patients, (notamment dimension ludique pour les enfants), les outils visent à mieux leur faire comprendre les caractéristiques de leur maladie, à les aider à en faire son suivi, à anticiper et traiter des situations – problèmes et donc à les rendre acteurs de leur traitement.

<http://www.ipcem.org/OUTILS/PDF/lpcemOutils.pdf>

dans Webzine de la HAS, interview de Eric Balez (mai 2011) : l'éducation thérapeutique sur les MICI réalisée par des « patients experts »

E. Balez est président de l'AFA, association française qui se consacre principalement au soutien et l'information des malades ainsi qu'au financement de la recherche sur les maladies inflammatoires chroniques intestinales, ou MICI (maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique).

Les « patients experts » : des patients apprenants qui se forment à l'éducation thérapeutique pour soutenir psychologiquement d'autres patients et leur apprendre à apprendre de leur maladie pour mieux y faire face.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050270/fr/eric-balez-l-education-therapeutique-sur-les-mici-realisee-par-des-patients-experts

Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France

Si le concept d'éducation thérapeutique se développe notamment au sein des équipes de soins, il y a lieu de s'interroger sur le rôle d'autres acteurs de l'environnement des patients. D'où une enquête réalisée auprès d'associations de patients (68 sur 124 sollicitées). Les résultats obtenus témoignent de la prédominance d'activités d'information et de soutien psychologique, sans aller jusqu'à de vraies activités d'éducation. Les auteurs considèrent donc l'ensemble des actions conduites par les associations comme un dispositif de ressources éducatives en construction dans lequel la place de programmes d'éducation formalisés reste pour l'instant marginale voire quasi-absente. Pour eux, l'émergence de tels programmes ne peut se réaliser que si les associations affirment un degré d'autonomie vis-à-vis du milieu soignant et font valoir un point de vue spécifique de patients et au-delà d'utilisateurs de santé.

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-4-page-389.htm>

PRATIQUES DE FORMATION (ANALYSES) « Usagers – Experts : la part du savoir des malades dans le système de santé »

No 58-59 janvier-juin 2010

Après une analyse historique de la place des patients dans le système de santé, les auteurs examinent la vision contemporaine de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Au-delà de ces concepts maintenant très largement arrivés à maturité, ils explorent le champ émergent du savoir acquis par les malades dans l'expérience de leur pathologie et des soins. La maladie serait-elle un épisode autodidacte ? Et, l'opération ou le traitement chimiothérapeutique, par exemple, ne pourraient-ils pas se regarder comme une initiation au sens anthropologique ? Ces questions en ouvrent alors une

troisième, celle de savoir quelles peuvent être aujourd'hui les nouvelles utopies du système de santé. Peut-on imaginer une médecine sans domination ? La note de synthèse aussi bien que les articles qui l'accompagnent, fondés sur **l'évidence que « soins » et « éducation » ne peuvent être séparés**, regardent la place des savoirs expérientiels dans cette articulation.
https://www.academia.edu/851336/Cercles_d_%C3%A9tudes_pour_les_proches_et_les_familles

Huffington Post : « ces anciens malades psychiatriques qui soignent des patients » déc. 2015

Un bipolaire embauché par un hôpital pour assister les équipes de psychiatrie ? une expérience, lancée en France depuis 2012, qui s'appuie sur un programme québécois qui propose aux hôpitaux d'embaucher d'anciens malades dans le but de mieux soigner ceux qui le sont encore.

Les trois missions de ces « médiateurs » consistent à la fois à renforcer l'alliance thérapeutique avec les patients, c'est-à-dire mettre en place une relation de confiance, mais aussi accompagner les personnes dans leur compréhension de la maladie et enfin, s'impliquer dans leur psychoéducation afin qu'elles osent s'autonomiser au maximum de leurs capacités.
http://www.huffingtonpost.fr/2015/12/09/anciens-malades-soignent-patients-psychiatriques_n_8699086.html

Conseil national de l'ordre des médecins

Le livre blanc du conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) « Santé connectée » de janvier 2015 présente un panorama large des composantes de **la santé** : télésanté, esanté, télémédecine, appli et autres objets connectés...(partie 2) et en analyse les promesses et les risques (partie 3).

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins-sante-connectee.pdf>

Livre blanc du Think Tank Renaissance Numérique /oct 2014. Directeur de la rédaction : Henri Isaac « D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques ».

Ce livre blanc, au travers de 16 propositions, donne une vision globale de l'esanté. L'esanté fait référence à l'utilisation des TIC dans les produits, services et processus de santé, associée à des modifications organisationnelles dans les systèmes de soins et à de nouvelles compétences, afin d'améliorer la santé de la population (Commission européenne). L'interaction, la communication entre les patients et les professionnels de la santé en font partie. Au-delà des enjeux économiques liés aux dépenses croissantes de santé, aux évolutions démographiques qui mettent à mal nos systèmes de protection sociale, le système de santé actuel ne répond plus aux attentes des acteurs, notamment, et c'est l'objet de cette lettre, des patients. Les patients ont accès de plus en plus facilement via Internet aux informations sur la santé. Ils ne souhaitent plus subir leur maladie, mais être acteur de leur santé. Ne plus être patient mais être « actient », voilà ce qui transforme en profondeur la relation patient /professionnels de santé.

A voir notamment :

- Les plateformes WEB d'échanges et d'informations, les applications mobiles pour calculer ses performances physiques, les pratiques de « quantified self », les objets connectés pour suivre sa santé, le décroisement entre santé et bien-être, le patient 2.0 (chap. 1 de la partie 1) : les outils numériques facilitent le comportement préventif et l'autonomisation vers la santé et le bien-être.
- L'émergence des communautés de patients (chap. 1 de la partie 2) qui procurent information, soutien et partage de la prise de décision,
- Des dispositifs de coaching dispensé par l'Assurance Maladie pour faire changer les comportements.

<http://fr.slideshare.net/RenaissanceNumerique/lb-sante-preventive-renaissance-numerique-1>

La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être, Rapport Lasbordes, 12 novembre 2009

Si la télésanté au niveau mondial a pris son essor dans le début des années 90 sous l'impulsion du monde industriel, beaucoup d'initiatives se sont effondrées dans les dix ans qui ont suivi, faute de ressources et de soutiens gouvernementaux structurants.

En France, en janvier 2009, le président de la République déclarait « la télémédecine, c'est l'avenir ». Perçue comme un outil d'amélioration de notre système de soins, elle participe pleinement à la préservation des valeurs de notre société fondée sur l'égalité et la solidarité. Elle devenait un nouvel atout au service du bien-être de l'ensemble des citoyens.

C'est ainsi qu'au travers du plan quinquennal éco -responsable qui était proposé, le RAPPORT LABORDES après avoir dressé un état des lieux, en souligne l'enjeu qui est de mettre l'utilisateur, le patient, le citoyen au cœur du dispositif de santé. Cela ne pourra se faire qu'avec un accompagnement, un encadrement juridique veillant à ce que l'usage des technologies n'engendre pas d'effets néfastes et une déshumanisation du système de santé, tout en conduisant une réflexion éthique au plus haut niveau.

Ce rapport est illustré par des retours d'expériences à l'étranger, tire les enseignements d'une analyse des pratiques de la télésanté au niveau mondial, en termes de bénéfices et de recommandations.

<http://www.alain-bensoussan.com/telesante-publication-du-rapport-pierre-lasbordes/2010/03/03/>

Un concept futuriste de pratique de soins – un apprentissage pour les patients : la télémédecine



La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Un premier prototype de cabinet télé médical, pensé par des étudiants et des chercheurs a été développé au cœur d'un campus parisien.

Le projet de recherche du centre Michel Serres, qui dépend de la communauté d'universités et d'établissements Sorbonne-Arts et métiers, est parti d'un constat d'échec qui n'étonnera aucun étudiant ; les universités et lieux manquent cruellement de médecins pour conseiller, orienter et soigner es étudiants.

Ce concept futuriste a été repris pour lutter contre la désertification médicale en zones rurales. C'est ainsi qu'une première cabine de téléconsultation a ouvert en France à Cluny (31.03.2014), en Bourgogne. Les habitants d'une résidence seniors y prennent leur tension, leur température ou mesurent le taux d'oxygène dans le sang dans une petite cabine équipée d'un écran, où s'affiche la marche à suivre pour réaliser un diagnostic santé. Les mesures qui sont prises par les seniors eux-mêmes qui sont envoyées à leur médecin traitant via un site internet.

Toujours en France, la télémédecine, a été officiellement reconnue et définie par la loi HPST – Hôpital, patients, santé, territoire – du 21 juillet 2009. Un décret d'application a été publié au Journal officiel le 21 octobre 2010. Il pourrait être transposable à de nombreuses situations, dans de nombreux pays pour lutter contre l'isolement sanitaire.

Liens pour en savoir plus

- www.lemonde.fr/vie-etudiante/article/2015/07/01
- www.virtualdoctors.org

CNIL, cahiers Innovation et prospective n° 2 mai 2014 « le corps nouvel objet connecté »

Le « quantified self » ou quantification de soi est un mouvement qui vise au mieux être en mesurant certaines activités liées aux modes de vie, avec comme credo « l'idée qu'on ne peut pas améliorer ce qu'on ne peut pas quantifier ». S'appuyant sur une batterie d'objets connectés, le « quantified self » permet une meilleure connaissance de soi , dans des logiques qui vont de la surveillance d'un paramètre de risque , à la performance (atteinte d'objectifs) en passant par la remise en cause de pratiques néfastes à la santé .Il a également un impact sur la relation patient /médecin : le patient 2.0 ou « actient » acquiert une forme de « légitimité , de capacité à opposer une connaissance profane au savoir médical historique » (partie 1).

http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/La_CNIL/publications/DEIP/CNIL_CAHIERS_IP2_WEB.pdf

Shusterman R., Conscience du corps. Pour une soma-esthétique

Un livre qui traite de la corporéité :

Bien habiter son corps n'est-il pas la condition première pour vivre bien et en bonne santé ?

Traduit de l'anglais (USA) par Nicolas Yieillescazes L'éclat, 2008

Ce nouveau livre de Richard Shusterman constitue la première exposition systématique d'une nouvelle discipline, la « soma-esthétique », que l'auteur a commencé à développer il y a une dizaine d'années. Mais il ne s'agit pas seulement de défendre une philosophie du corps contre une tradition occidentale qui l'a pour l'essentiel rejeté ou dénigré. Il s'agit au contraire de se loger dans le cœur même de ces philosophies qui lui ont accordé une place centrale, afin d'en scruter les limites et de définir des stratégies nouvelles pour vivre et penser le corps. Les philosophes Michel Foucault, Simone de Beauvoir, Maurice Merleau- Ponty, Ludwig Wittgenstein, William James et John Dewey sont convoqués ici, en même temps que des praticiens tels que Moshe Feldenkrais ou F. M. Alexander, pour dessiner les contours d'une authentique conscience du corps, malmenée par l'imagerie véhiculée par une modernité pressée qui a tôt fait de magnifier un corps sans conscience.

<http://www.cma-lifelonglearning.org/III/?p=3302>

ACTUALITE DU CMA

10e SEMINAIRE INTERNATIONAL

SUR LES APPRENTISSAGES TOUT AU LONG DE LA VIE

*Des convergences internationales aux convergences existentielles.
Rencontres autour de la reconnaissance et de la méconnaissance
des Acquis de l'expérience*

Ce séminaire organisé sous l'égide du **Groupe RECONNAISSANCES du Comité Mondial pour les Apprentissages tout au long de la vie (CMA) sous le parrainage de l'UIL-UNESCO les 17 et 18 mars 2016 au CNAM, PARIS**, a réuni 130 personnes, venant des différentes régions de France ou de l'étranger, dont 30 intervenants, pour échanger sur les pratiques de mise en œuvre des parcours de reconnaissance et de validation des acquis tout en donnant des repères historiques et des balises pour situer le champ.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les documents et pistes audio sur la page du 10e séminaire : http://www.cma-lifelonglearning.org/III/?page_id=3255. Il vous suffit de suivre le déroulé du programme et de cliquer sur le lien qui vous intéresse, ou de cliquer sur les liens suivants :

- L'enregistrement audio de la matinée du jeudi (O. Faron, P-J Dubost, G. Fortier, P. Werquin, P. Landry, J-P Boutinet

- http://www.cma-lifelonglearning.org/audio/160317_CMA_AM.mp3

- La présentation de l'Observatoire mondial de la RVA

- <http://uil.unesco.org/fileadmin/keydocuments/LifelongLearning/en/GlobalObservatoryRVA.pdf>

- La vidéo et le texte de la communication de Gaston Pineau

- <http://www.cma-lifelonglearning.org/video/gastoncorrige.mp4>

- http://www.cma-lifelonglearning.org/III/wp-content/uploads/2016/Pineau_reconnaissance.pdf

- La vidéo de la communication d'Hervé Breton

- <http://www.cma-lifelonglearning.org/video/herve.mp4>

- L'enregistrement audio de l'atelier "Gestion des Ressources Humaines"

- http://www.cma-lifelonglearning.org/audio/Amphi_Z_jeudi_17_03_2016_apm.mp3

- L'enregistrement audio de l'atelier "Systèmes éducatifs universitaires" <http://www.cma-lifelonglearning.org/audio/Amphi%20Y%20jeudi%2017%2003%202016.mp3>

- L'enregistrement audio de l'atelier "Pratiques d'orientation" <http://www.cma-lifelonglearning.org/audio/Amphi%20Z%20jeudi%2017%2003%202016%20apm.mp3>

- La vidéo de l'interview d'André de Péretti

- http://www.cma-lifelonglearning.org/video/Interview_De_Peretti.mp4

- L'enregistrement audio des Échanges avec C. Héber-Suffrin et P. Amoureux "Modalités, effets et processus de reconnaissance"

- http://www.cma-lifelonglearning.org/audio/160318_CMA_AM.mp3

- La grille d'analyse des modalités, processus et effets de reconnaissance de C. Héber-Suffrin

- http://www.cma-lifelonglearning.org/III/wp-content/uploads/2016/processus_reconnaissance.pdf

- L'enregistrement audio du vendredi après-midi (F. Taddei, G. SchildKnecht, C. Cavaco, B. Halba, D. Kocanova, M. Melyani, A. Moisan, R. Rousse, B. Liétard)

- http://www.cma-lifelonglearning.org/audio/160318_CMA_PM.mp3

- La présentation de Bénédicte Halba sur le Bénévolat

- http://www.cma-lifelonglearning.org/III/wp-content/uploads/2016/iriv_CMA_Mars_2016.pdf

- La présentation de la validation des 8 compétences clés par André Moisan

- http://www.cma-lifelonglearning.org/III/wp-content/uploads/2016/Pr%C3%A9sentation_AM_CMA.pdf

- Le texte de synthèse des journées par Bernard Liétard

- <http://www.cma-lifelonglearning.org/III/wp-content/uploads/2016/CMASyntheseReconnaissance.pdf>

MANIFESTATIONS A VENIR

- Le comité mondial pour les Apprentissages tout au long de la vie Paris, France participe à la 15ème Conférence internationale «Apprentissage tout au long de la vie: formation continue pour le développement durable» organisée par l'Université d'État de Léningrad A.S.Pouchkine (Saint-Pétersbourg, Russie).
 - Le comité mondial pour les Apprentissages tout au long de la vie Paris, France et l'Université d'État de Léningrad A.S.Pouchkine (Saint-Pétersbourg, Russie) organisent le 5ème forum mondial des Apprentissages tout au long de la vie les 25, 26 et 27 mai 2017 à Saint-Pétersbourg avec le soutien de UIL et ICEAE. Il aura lieu dans le nouveau complexe Saint Petersburg-Expo d'une capacité d'accueil allant jusqu'à 1500 participants.
-

ON PARLE DU CMA

POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA FORMATION CONTINUE AU SEIN DES UNIVERSITES

Interview de Gilles SCHILDKNECHT par Cédric MORIN



Chercheur associé au Centre de recherche sur la formation du CNAM et membre du bureau du Comité mondial pour les apprentissages tout au long de la vie (CMA), Gilles SCHILDKNECHT a publié une contribution pour le développement de la formation continue au sein des Universités.

CM : Vous soulignez le retard des Universités françaises dans le secteur de la formation professionnelle continue (FPC). Vous retrouvez-vous dans les conclusions du [rapport Germinet](#) ?

GS : Ce texte propose une approche différente de celle de François Germinet, qui à mon sens est une lecture très autocentrée. Son objectif est de convaincre en interne, mais je crois qu'il faut partir des questions liées à l'emploi, aux besoins des entreprises. Les Universités ne développeront pas seules la formation professionnelle, il faut également travailler avec les Greta pour être en mesure de proposer une offre de formation qui va du niveau 1 à 5.

CM : Vous dites notamment que les Universités considèrent la FPC comme une source de revenu supplémentaire. Pouvez-vous développer ?

GS : Globalement le monde universitaire est centré sur un mécanisme de reproduction. Tous les présidents d'Université souhaitent avant toute chose produire des thèses pour former des professeurs de l'enseignement supérieur. C'est un blocage culturel fondamental au développement de la formation professionnelle, malheureusement il semble que la jeune génération de maîtres de conférences ait les mêmes travers. Leurs carrières sont guidées par la production dans le champ de la recherche et la publication d'articles. L'enseignement est souvent perçu comme une obligation et dans ce contexte, la formation professionnelle est encore plus éloignée de leurs préoccupations.

CM : Estimez-vous que l'ingénierie pédagogique développée par les Universités est adaptée à un public d'adultes ?

GS : C'est très complexe pour les raisons évoquées précédemment de trouver les ressources pour intervenir auprès d'un public d'adultes. Dans quelques établissements il y a des expérimentations intéressantes, mais globalement tant dans le champ de la formation professionnelle que de l'apprentissage, on recrute sur le principe qui prévaut pour les enseignants chercheurs. Ce sont les présidents des Universités qui pilotent et coordonnent ces différentes activités, dans la mesure où les budgets baissent, la formation professionnelle est perçue comme une source de revenus complémentaire. L'approche reste donc financière, la tendance est à adapter les cursus de formation initiale à la FPC pour répondre aux exigences du répertoire national de certifications professionnelles, mais on ne raisonne pas en termes d'acquis de formation.

CM : Vous soulignez notamment que la VAE peut être une solution à promouvoir pour les étudiants qui ont décroché avant la fin de leurs cursus. Ce discours a-t-il un écho favorable au sein des Universités ?

GS : La VAE est un élément dans le processus de certification, et, elle doit l'être dans la construction des diplômes au sein de l'enseignement supérieur. Les Universités en ont désormais conscience mais ce n'est pas suffisant. Suite aux préconisations du rapport Germinet on recrute des développeurs, on créait des postes dans le secteur du marketing, mais l'Université ne fait pas valoir ses atouts. Les salariés préfèrent les diplômes aux certifications, c'est un avantage indéniable. Avec les blocs de compétences, la VAE permettra de délivrer des parties de certifications valable toute la vie. Avec le CPF, il sera possible de financer jusqu'à 400 heures, mais comme faire pour permettre de prendre en charge le reste du parcours ? L'un des problèmes est que l'Université raisonne en termes de cylindres, l'enseignement supérieur et secondaire comptabilisent 1200 titres inscrits au RNCP sur 1 500, mais il n'y a pas de coordination entre ces deux acteurs.

CM : Quelles seraient les solutions ?

GS : La solution est peut-être à l'échelle interministérielle, entre 2005 et 2008 il y avait un comité associant la DGEFP et l'Éducation nationale pour le développement de la VAE, c'est une piste intéressante pour impulser un cadre. À l'échelle régionale, les Universités se regroupent et il y a un coordinateur pour la formation continue dans chaque académie, mais il n'a aucun pouvoir, contrairement aux délégués académiques de l'enseignement secondaire. Trop souvent ces derniers sont en concurrence alors qu'ils devraient travailler ensemble, il n'y a pas plus de coordination avec le Ministère de l'Éducation nationale. C'est essentiel de sortir de ces logiques de concurrence pour faire valoir conjointement les atouts de l'enseignement supérieur et secondaire dans le champ de la formation continue.

Dans ce numéro

DOSSIER

Education à la sante:

Une nouvelle approche des apprentissages tout au long de la vie

- Face aux grands enjeux du 21e siècle : un renouvellement des approches : repenser la pauvreté, les inégalités...
- Exploration du champ « santé et éducation »
- Promouvoir la santé en lien avec l'éducation et les apprentissages tout au long de la vie
- Transmission des « pratiques » de soin, guérison, prévention...et apprentissages tout au long de la vie
- Vers des nouvelles façons d'apprendre pour l'éducation à la sante ??

ACTUALITE DU CMA

- 10e séminaire international sur les apprentissages tout au long de la vie
- Manifestations à venir
- On parle du CMA

- Dans le prochain numéro de la lettre du CMA, nous vous proposerons un dossier sur le thème « Territoires apprenants »

Directeur de la publication, Yves ATTOU

Rédactrice en chef de la lettre du CMA : Evelyne DERET
Rédactrice en chef du dossier : Marlina BOUCHE-OSOCHOWSKA

Comité de rédaction:

Armelle BILLIAUD
Evelyne DERET
Pierre LANDRY
Martine SOUWEINE-SERVEAU

Rédacteur-graphiste : Claude VILLEREAU

Remerciements à tous les contributeurs



Dépôt légal à la parution.
Cette œuvre du CMA-Lifelong Learning est mise à disposition
selon les termes de la licence Creative Commons Attribution 3.0 non transposée.