

Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm, dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre aux questions posées par la CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes) sur l'évolution et l'adéquation des méthodes d'éducation pour la santé utilisées auprès des jeunes publics.

Il s'appuie sur les données en date du dernier semestre 2000. Le corpus documentaire utilisé pour ce travail compte environ neuf cents références (articles scientifiques, ouvrages, rapports d'intervention, littérature grise, textes officiels).

Le Centre d'expertise collective (Inserm SC14) a assuré la coordination scientifique de cette expertise collective, en collaboration avec le département du Partenariat économique et social pour l'instruction du dossier et les services de documentation pour la recherche bibliographique (département de l'Information scientifique et de la communication).

Groupe d'experts et auteurs

Pierre ARWIDSON, département études et évaluations, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves

Jacques A. BURY, santé publique, Institut de médecine sociale et préventive, université de Genève

Marie CHOQUET, santé de l'adolescent, psychologie-épidémiologie, Inserm Unité 472, Villejuif

Christine DE PERETTI, département politiques, pratiques et acteurs de l'éducation, Unité école et santé, INRP, Paris

Alain DECCACHE, directeur de l'Unité RESO-éducation pour la santé, UCL - université catholique de Louvain, Bruxelles

Marie-Laure MOQUET-ANGER, directeur du laboratoire d'étude du droit public, faculté de Droit, Rennes 1

Geneviève PAICHELER, sociologie, politiques publiques et santé, CNRS-CERMES UMR 8559, Inserm Unité 502, Paris

Coordination scientifique et éditoriale

Jeanne ÉTIEMBLE, directeur du Centre d'expertise collective de l'Inserm

Martine MUFFAT-JOLY, attaché scientifique, Centre d'expertise collective

Marie-Josée PRIGENT, chargé d'expertise, Centre d'expertise collective

Assistance bibliographique et technique

Chantal GRELLIER et Florence LESECQ, Centre d'expertise collective

Iconographie

Service commun n° 6 de l'Inserm

Préface

Évoquer la prévention, c'est parler d'espérance de vie : un enfant né en l'an 2000 au sein de l'Union européenne a une grande probabilité de connaître successivement sept générations : des arrière grands-parents aux arrière petits-enfants.

La prévention institutionnelle historique, typiquement française, qui a porté ses fruits est la protection du nourrisson et de sa maman, de l'écolier et du travailleur. Actuellement, la dimension internationale des préoccupations de santé publique se développe avec d'inévitables comparaisons entre pays de la morbidité et de la mortalité, des prestations sanitaires et sociales, des financements et des modalités organisationnelles des systèmes de prévention, d'éducation et de soins. Ainsi, en France, par comparaison avec nos voisins d'Europe de l'Ouest, les principaux risques se cristallisent avant l'âge de 65 ans ; beaucoup reste à faire pour diminuer la morbidité et la mortalité par accidents ou suicides, réduire les inégalités de santé selon les catégories sociales ou professionnelles et selon les territoires ou les dynamiques de peuplement. La prévention par programmes ciblés sur certaines maladies, telle qu'elle est pratiquée dans d'autres pays européens, devrait compléter la prévention traditionnelle.

Pouvoir apprécier dans quelle mesure investir en prévention permettra de gagner sur l'heure et l'ampleur de la phase curative est un élément crucial à la formulation claire d'une politique publique solidaire de gestion de nos risques en matière de santé. En France, l'information dont nous disposons sur les données de santé, basée sur un système intra-institutionnel et cloisonné, ne répond pas à cette exigence. Nous avons besoin d'une information transversale aux institutions qui mette en relation les données concernant les différentes phases de l'histoire naturelle des maladies, de la prévention à la prise en charge, sans omettre les répercussions sociales. Cette problématique a été au cœur des débats de la dernière Conférence nationale de Santé.

En effet, une prévention de qualité cherche à éviter ce qui peut l'être, à toutes les étapes de l'apparition et du développement d'une maladie, c'est-à-dire réduire l'impact de ses déterminants, repérer et agir sur sa phase initiale, prévenir les complications et les séquelles. Les diverses et nombreuses formes d'action font intervenir différentes catégories professionnelles. La prévention primaire par l'éducation et la promotion de la santé s'adresse à nos comportements et modes de vie, ainsi qu'à notre environnement biophysique et social, et se réfère à des activités et des professionnels majoritairement extérieurs au système de soins. La prévention primaire par les vaccinations des jeunes ou la protection en milieu scolaire et professionnel revient souvent à des équipes spécialisées, comme les services de promotion de la santé en faveur des élèves ou les services de médecine du travail. La prévention secondaire associée aux

actes de dépistage des affections graves ou chroniques débutantes et des maladies génétiques relève d'abord de l'offre de soins, c'est-à-dire du corps médical, dans le cadre de politiques publiques de santé. La prévention tertiaire vise à limiter les séquelles d'une maladie avérée, et à permettre une réadaptation ; l'éducation « thérapeutique du patient », qui cherche à rendre une autonomie maximale à une personne atteinte d'une maladie chronique ou d'une affection grave, implique automatiquement le système de soins et ses professionnels.

Les perceptions de la société française vis-à-vis de la prévention évoluent subrepticement d'une conception collective, sur fond d'argumentaire économique, vers une représentation à l'échelle individuelle basée sur les notions de « préférence » (choix de recourir à la prévention) et de « chance » (possibilité d'y accéder). Les patients qui avaient des devoirs commencent à s'intéresser à leurs droits, et les usagers/citoyens qui avaient des droits se voient proposer des devoirs. Avec le marché unique européen, on assiste à une relecture de la prévention où la notion d'utilisateur/consommateur individuel du système de soins progresse, alors qu'en France, historiquement, une représentation quasi exclusivement collective de la protection sociale était mise en avant. D'ailleurs, quand l'Union européenne crée une direction de la Santé, elle l'appelle « Direction de la Protection des Consommateurs et Santé ».

Les observations épidémiologiques révèlent de nombreux enjeux, en particulier éthiques, dans l'affectation des ressources : agir sur le seul système de soins ou développer les interventions dans l'ensemble du champ de la santé. Il est bien établi que « la dignité, le respect, la chance donnée ou retirée aux uns ou aux autres sont déterminants de la santé » (Jonathan Mann). De nombreux constats sont faits dans ce sens, mais les quelques actions mises en place sont souvent peu en adéquation avec le savoir établi sur les déterminants de santé.

La prévention dans son histoire s'appuie sur la notion de résultat collectif escompté, à partir d'une probabilité calculée. Elle se réfère à une logique de rentabilité plus ou moins immédiate au rythme des événements sociopolitiques, de stratégies efficaces et efficientes, de « service médical rendu ». Le défi en matière de programme de prévention est de toucher l'ensemble de la population destinataire. La prévention nécessite d'avoir du temps devant soi puisqu'il s'agit d'investir dans la santé pour obtenir un retour dans 20 à 30 ans : avoir un peu moins de maladies à soigner à un stade avancé, parce que prévenues plus tôt. Il ne peut y avoir de prévention sans vision ni disponibilité à long terme. Dans les communautés, comme l'école, où une prévention institutionnelle est mise en place, l'articulation entre approche individuelle et approche collective doit être définie plus avant. Des conflits d'intérêts entre la confidentialité vis-à-vis des personnes et la responsabilité collective peuvent bloquer les avancées de la prévention. Il reste donc à préciser d'une part ce qui doit être fait dans l'intérêt des bénéficiaires, d'autre part ce qui relève de la responsabilité collective des intervenants, dans le but de faire émerger des

pratiques consensuelles, qui respectent la dignité des personnes et les déontologies professionnelles.

Le présent rapport d'expertise concerne la démarche d'éducation pour la santé auprès des jeunes, en particulier au sein du milieu privilégié qu'est l'école ; il montre bien le chemin qui reste à parcourir pour mettre en évidence et en pratique la notion de préservation du « capital santé », en tant que complément indispensable à la notion de prévention des risques et des maladies. Il met l'accent sur l'intérêt de différents types de continuums à prendre en compte dans les stratégies utilisées : cohérence des programmes d'éducation pour la santé, de leur justification (objectifs) à leur mise en œuvre ; liens entre les actions proposées aux différents âges scolaires ; articulation entre l'individuel et le collectif, approches inséparables dans les pratiques d'éducation pour la santé.

Marc Brodin

Président de la Conférence nationale de Santé

Sommaire

Avant-Propos	XV
Analyse	
1. Statut de l'éducation pour la santé des jeunes	1
2. Éducation pour la santé des jeunes - Concepts, modèles, évolution .	15
3. Mise en œuvre de l'éducation à la santé dans le système scolaire	41
4. À propos des démarches participatives en éducation pour la santé ..	79
5. Évaluation des programmes d'éducation pour la santé	99
6. Prévention des comportements sexuels à risque	135
7. Prévention des risques liés à la consommation de produits psycho-actifs	157
Synthèse et recommandations	187
Annexes	227

Avant-Propos

Durant les dernières décennies, s'est produite une évolution des problématiques sanitaires. Cette évolution est marquée par l'augmentation relative des maladies liées à des styles de vie, et/ou à des comportements considérés comme « à risque » pour la santé, et par la saturation des coûts sanitaires.

Prévention, éducation à la santé ou pour la santé, promotion de la santé, sous des appellations diverses, regroupent de nombreuses activités qui traduisent un intérêt pour la réduction des risques et l'évolution des comportements dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie et de la prolonger. En 1986, l'Organisation mondiale de la santé a défini dans la Charte d'Ottawa la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». En France, la conférence nationale de santé de l'année 2000, soulignant l'intérêt de développer la prévention et l'éducation dans une approche de promotion de la santé, insistait sur la nécessité de travailler plus avant sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé. Elle constatait qu'il manque en France une base juridique d'origine législative pour poser les limites d'un territoire d'action en matière d'éducation pour la santé et organiser un minimum d'obligations quantitatives et qualitatives.

Les deux expressions « éducation pour la santé » et « éducation à la santé », employées indifféremment dans les textes officiels et les publications en langue française, recouvrent en fait une pratique différente. Les professionnels de santé, en référence à la santé comme une dynamique d'adaptation permanente, s'attachent à une éducation « pour » la santé comme un moyen d'entretenir cette dynamique. En revanche, pour les acteurs du système éducatif, l'emploi de la préposition « à », par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement, met l'accent sur la dimension éducative de cette mission. La mise en place, en 1998, dans les établissements scolaires, des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté et l'introduction de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement marquent une étape importante en milieu scolaire. Cependant, des insuffisances demeurent quant aux moyens et aux compétences nécessaires.

La multiplicité des instances impliquées dans les programmes et interventions ne facilite pas la cohérence du système, ni même la capitalisation des expériences. Cette absence de coordination des politiques publiques et le manque de relations entre les chercheurs et les acteurs de terrain se reflètent dans le difficile développement de l'évaluation des actions et dans le peu de visibilité de l'ensemble des activités dans le domaine. L'existence, par exemple, d'une revue spécialisée publiant les recherches et les actions innovantes mises en

œuvre en éducation pour la santé dans les différents pays de la communauté européenne permettrait d'enrichir la littérature dans ce champ, essentiellement nord-américaine aujourd'hui.

La CANAM a souhaité interroger l'Inserm, à travers la procédure d'expertise collective, sur les données scientifiques récentes sur la qualité, la cohérence et l'efficacité des méthodes en matière d'éducation pour la santé utilisées auprès des jeunes dans le contexte national et international, avec une attention particulière pour celles destinées à prévenir les comportements à risque liés à la sexualité et à l'usage de substances psychoactives.

Pour répondre à la CANAM, l'Inserm a mis en place un groupe pluridisciplinaire rassemblant des compétences dans les domaines de l'éducation pour la santé, de la santé publique, du droit public, de l'épidémiologie, de la psychosociologie, de la pédagogie. Ce groupe a organisé sa réflexion sur la base des questions suivantes :

- Quels sont les principaux concepts actuels en matière d'éducation pour la santé et sur quels constats s'est organisée l'évolution de ces concepts ?
- Comment l'éducation pour la santé est-elle mise en œuvre dans le système éducatif ? Comment se positionnent les solutions institutionnelles françaises par rapport aux situations institutionnelles observées dans d'autres pays ?
- Dans quel cadre législatif et réglementaire s'exerce l'éducation pour la santé des jeunes en France ?
- Comment sont pris en compte les éléments de contexte objectifs et/ou subjectifs justifiant d'actions particulières en éducation pour la santé ?
- Quels éléments ont été reconnus comme déterminants dans la qualité et l'efficacité des interventions en éducation pour la santé ? Y a-t-il des formes d'intervention en éducation pour la santé qui peuvent être signalées comme ayant atteint tout ou partie de leurs objectifs ? Quelles sont les conditions de pérennisation des actions ? Quelles sont les conditions de transposabilité des actions ?
- Quels sont les facteurs d'efficacité spécifiques aux actions éducatives pour la prévention des comportements à risque pour la santé, dans le domaine de la sexualité et dans celui de l'usage de substances psychoactives ?

L'interrogation de base de données et la recherche de documents non diffusés ont permis de constituer un corpus d'environ 1 400 documents répartis en articles publiés dans des revues scientifiques, ouvrages de référence, rapports d'interventions, littérature grise, textes officiels. Environ 900 documents plus spécifiquement orientés sur les actions en milieu scolaire ont été analysés par le groupe d'experts.

Au cours de six séances de travail organisées entre novembre 1999 et septembre 2000, les experts ont présenté une analyse des travaux publiés dans leur domaine de compétence. Les deux dernières séances ont été réservées à la validation collective de la synthèse et à l'élaboration de recommandations.

1

Statut de l'éducation pour la santé des jeunes¹

Selon les auteurs du Traité de santé publique (Brücker et Fassin, 1989), l'objet de l'éducation pour la santé consiste pour l'essentiel à enseigner des comportements favorables à la santé. Selon ces mêmes auteurs, il existe trois catégories d'éducation pour la santé : primaire, secondaire, tertiaire. L'éducation primaire est toute action éducative visant à renforcer l'état de santé. L'éducation secondaire consiste en des mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou, dans le cas où il est intervenu, à restaurer le plus rapidement possible un nouvel état de santé. L'éducation tertiaire étant toute intervention éducative visant à faire « vivre au mieux » les séquelles de l'accident. L'éducation à la santé intervient donc en amont et en aval de la maladie ou de l'accident de santé.

L'éducation sanitaire trouve sa justification dans les données de santé publique qui soulignent aujourd'hui l'importance des comportements comme facteurs explicatifs de la majorité des décès considérés comme prématurés et évitables, particulièrement chez les jeunes. Il est généralement admis que le coût de l'éducation est bien inférieur aux gains pouvant être réalisés. Ces coûts sont par ailleurs dérisoires quand on les compare aux coûts d'autres secteurs de l'activité dans le système de santé. En France, chaque année, on consacre en moyenne par habitant : 10 F pour l'information et l'éducation pour la santé, 250 F pour la médecine préventive et 11 000 F pour les soins (HCSP, 1996).

L'éducation à la santé ne présente pas seulement des intérêts collectifs et économiques ; elle présente assurément aussi un intérêt individuel et personnel. En effet, elle doit permettre à chacun de développer ses capacités pour améliorer tant la longévité que la qualité de la vie et cela dans la vision holistique de la définition de la santé que propose l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa Constitution adoptée le 22 juillet 1946 à New York : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne

1. Ce travail d'analyse constitue le prolongement d'une étude sur l'approche juridique de la politique de santé publique qu'est l'éducation à la santé. Cette étude a donné lieu à un colloque pluridisciplinaire qui s'est tenu à la faculté de Droit de Rennes les 24 et 25 septembre 1998 et dont les actes sont en cours de publication aux Éditions CFES.

consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Elle concourt au respect de la dignité de la personne humaine en favorisant la qualité de vie et en diminuant les dépendances. Enfin, elle présente un intérêt social en participant à la lutte contre les inégalités sociales. Malgré de tels enjeux, l'éducation à la santé n'est apparue que tardivement dans les politiques de santé.

Les premiers centres régionaux d'éducation sanitaire ont été créés en 1945. Mais ce n'est qu'au milieu des années soixante-dix que l'éducation à la santé prendra son essor. Ainsi, sous l'impulsion de Madame Simone Veil, ministre de la Santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), association à but non lucratif, dépendant structurellement et financièrement du ministère en charge de la Santé, mettra en place les premières grandes campagnes de prévention sur le tabac. Des relais régionaux et départementaux seront également financés par le ministère. Toutefois, l'éducation à la santé n'est pas, en France, le monopole de l'État. Bien au contraire, c'est l'affaire de tous, de tous les acteurs du système de santé. Parce qu'elle est l'affaire de tous, cette mission d'intérêt général pose des problèmes d'ordre juridique, éthique et économique. Or, on constate aujourd'hui que, dans l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire, les quelques dispositions éparses mentionnant l'éducation à la santé offrent une activité mal structurée, mal délimitée qui porte atteinte à sa crédibilité et à sa pertinence. Parce que l'éducation à la santé n'est pas un monopole de l'État, parce qu'elle relève d'une mission de service public, non seulement elle est exécutée par une multitude d'acteurs souvent ignorés les uns des autres, mais elle soulève des questions juridiques et éthiques.

Diversité des acteurs

Ce n'est que récemment que le législateur et le pouvoir réglementaire ont reconnu officiellement la mission d'éducation à la santé bien que des travaux juridiques aient depuis fort longtemps montré la nécessité d'une telle approche des problèmes de santé. Ainsi, dans une thèse soutenue à la faculté de Droit de Montpellier en 1909 sur « les abus commis au nom de l'hygiène publique contre les droits et les libertés des individus » (Donnadieu de Lavit, 1909), un juriste défendait le développement de l'hygiène par l'éducation. Il insistait sur l'enseignement de l'hygiène comme de nature à limiter la réglementation de celle-ci parfois très contraignante. On pense bien sûr aux pouvoirs de police administrative (c'est-à-dire les pouvoirs de prendre toutes mesures nécessaires à la protection de l'ordre public entendu comme la sécurité, la tranquillité et la salubrité publique) définis à l'époque par la loi municipale de 1884 et la loi du 15 février 1902 (Comiti, 1983). Aujourd'hui, l'éducation sanitaire apparaît dans divers textes aux objets différents. Sans donner un contenu bien précis à cette mission, ces textes en confèrent néanmoins l'exercice à une grande variété d'acteurs.

C'est ce qui ressort notamment de l'article R767-6-CSP relatif aux programmes régionaux de santé (déterminés sur la base des priorités établies par les conférences régionales de santé), dans sa rédaction issue du décret d'avril 1997 pris en application des ordonnances Juppé (Journal officiel, 18 avril 1997). On peut y lire que ces programmes comportent des actions d'éducation pour la santé élaborées et mises en œuvre avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations. Formule classique figurant dans le Code de Sécurité sociale et qui a été reprise par le législateur lors de l'adoption de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (Journal officiel, 31 juillet 1998).

Parce que l'éducation à la santé contribue à la santé, il apparaît alors comme une évidence que tous les acteurs sanitaires interviennent dans cette politique de santé publique, particulièrement les professionnels de santé et les établissements de santé, mais aussi les organismes financiers comme les caisses d'assurance maladie ou encore les collectivités locales, notamment les départements compétents en matière d'action sanitaire et sociale, et enfin les nombreuses associations agissant dans le domaine de la santé. Il apparaît également que les établissements scolaires, chargés de l'instruction et de l'éducation des enfants et des jeunes, ne sont pas l'unique lieu d'une action qui, parce qu'elle concerne la santé, dépasse le seul cadre scolaire. Pour autant l'école, le collège et le lycée ne doivent être ni oubliés ni minimisés. En effet, ces établissements sont non seulement investis de la mission fondamentale de l'enseignement, mais ils demeurent les endroits obligés par lesquels passent les populations concernées (les jeunes) bien avant le cabinet médical, l'établissement de santé ou le service de protection maternelle et infantile du département. Pour ces raisons et pour rattraper aussi le retard pris en la matière, le législateur et le gouvernement ont inclus l'éducation à la santé dans les institutions et programmes scolaires.

Partenaires du champ de la santé

Outre le CFES placé sous la tutelle du ministère en charge de la Santé et le réseau qu'il a développé par ses comités régionaux et départementaux, c'est une kyrielle d'acteurs qui évoluent ou se sont vu confier la participation à la mission d'éducation sanitaire.

Le rôle joué par le ministère de la Jeunesse et des Sports est particulièrement révélateur de l'implication de tous ces partenaires. Conformément à sa mission d'information auprès des jeunes et dans le cadre d'une politique d'association des jeunes aux décisions qui les concernent, le ministère de la Jeunesse et des Sports a mis en place des Conseils départementaux et un Conseil permanent de la jeunesse. Les Conseils départementaux, placés sous l'autorité des

préfets, visent à entretenir un dialogue avec les services de l'État, les collectivités territoriales et tous les partenaires concernés par les questions de jeunesse. Le développement des Conseils départementaux respecte les spécificités locales et permet une grande diversité de projets et de modalités de fonctionnement. Ils sont ouverts à toute participation de jeunes (environ 3 000 actuellement), membres ou non d'associations. Le Conseil permanent de la jeunesse (CPJ), créé par l'arrêté du 7 janvier 1998 (Journal officiel, 29 janvier 1998), est présidé par la ministre de la Jeunesse et des Sports et a pour mission de formuler des avis et propositions sur toutes les questions concernant les jeunes. Le CPJ est composé de jeunes de 16 à 28 ans, répartis en trois collèges : représentants d'organisations nationales de jeunes, représentants d'associations locales et de conseils départementaux de la jeunesse, personnalités qualifiées. Il s'est organisé autour de sept commissions de travail : citoyenneté, accessibilité, emploi/formation/éducation, violence et société, statut et identité sociale du jeune, santé, parité/égalité. Par ailleurs, l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), établissement public du ministère de la Jeunesse et des Sports a pour vocation de promouvoir l'éducation populaire, favoriser le développement de la vie associative, participer à la mise en œuvre d'actions en faveur de la jeunesse, concourir au développement de la coopération internationale dans le domaine de la jeunesse et de la vie associative. La mission de l'INJEP est de développer les échanges, les confrontations d'expériences, les connaissances sur les questions qui concernent la jeunesse et les politiques qui sont engagées à son intention.

Collectivités locales

Les lois de décentralisation de 1982-1983 ont, en premier lieu, confié aux départements de nouvelles compétences dans le domaine sanitaire et social. Aujourd'hui les départements français sont responsables de la protection maternelle et infantile, des vaccinations, de la prévention de la tuberculose et du cancer et des politiques en faveur des publics les plus en difficulté et des personnes âgées. En conséquence, et selon le budget consenti par les organes délibérants respectifs, les départements ont la mission de participer à la prévention de certains fléaux, comme le cancer, par une politique d'information ou de soutien financier, le plus généralement en partenariat avec les caisses d'assurance maladie, les établissements de santé et les professionnels de santé.

Structures de proximité par nature, les 36 000 communes françaises jouent un rôle important dans l'action sanitaire et sociale. Cette politique municipale en faveur de la promotion de la santé se développe et n'est plus limitée à l'exercice du pouvoir de police administrative du maire en matière de salubrité publique qui, selon l'article L.2212-2 CGCT, est habilité à prendre toutes mesures de nature à éviter les troubles à l'ordre public, notamment à la salubrité publique. Beaucoup de municipalités qui ont rejoint le réseau Ville-Santé s'inscrivent dans l'esprit de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Elles

interviennent ainsi autant sur les facteurs d'environnement comme le bruit, la circulation, l'habitat, mais aussi sur les problèmes tels que la violence, la drogue ou l'équilibre alimentaire des enfants à la cantine qui concernent plus précisément les jeunes.

Caisses d'assurance maladie

En premier lieu, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) s'est vu confier le Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) institué par la loi du 5 janvier 1988 (Journal officiel, 6 janvier 1988). À cette fin, chargée de promouvoir la prévention, l'éducation et l'information sanitaires, la CNAMTS mène des actions financées sur le FNPEIS dans le cadre des priorités de santé publique retenues par l'État dans divers domaines dont la prévention et le dépistage bucco-dentaires des enfants de 4 à 12 ans et des jeunes de 15 à 18 ans, des campagnes d'éducation relatives au tabac, à l'alcool, au sida ou encore la prévention du suicide.

En second lieu, à l'échelle des départements, les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) disposent d'un budget d'action sanitaire et sociale qui, bien que modeste, constitue cependant un champ d'intervention libre et spontané pour les conseils d'administration. En effet, cette intervention n'est pas encadrée comme pour les prestations légales de sécurité sociale et d'aide sociale par des réglementations nationales contraignantes. Ainsi, selon les organes délibérants, une politique peut être développée en faveur d'actions d'éducation sanitaire, en relation avec les priorités définies par les conférences régionales de santé.

Enfin, à partir de priorités définies par leurs conseils d'administration, depuis une dizaine d'années certaines caisses ont créé des services chargés d'éducation et de promotion de la santé. Ces services, plus ou moins étoffés et spécialisés, proposent par exemple le service de diététiciennes et organisent des lieux d'exposition, de documentation et d'information.

Il faut ajouter que les sociétés mutualistes, d'une part, et les caisses d'allocations familiales, d'autre part, participent très largement à des actions de promotion de la santé en faveur de leurs ressortissants et/ou des familles et publics en difficulté.

Établissements de santé

La grande loi hospitalière du 31 décembre 1970 (Journal officiel, 3 janvier 1971) énonçait déjà en son article 2 que le « service public hospitalier participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire ». Aujourd'hui, le Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi Évin du 31 juillet 1991 (Journal Officiel, 2 août 1991), contient deux dispositions très explicites qui font de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés, participant ou ne participant pas au service public hospitalier, des acteurs privilégiés en matière d'éducation pour la santé.

Selon l'article L.711-1 CSP, les établissements de santé, publics et privés, participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées, ainsi qu'à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. On observe que si cette mission n'est que secondaire par rapport à la mission première, curative (les établissements assurent les soins d'une part, ils participent d'autre part à ces missions davantage préventives), elle est néanmoins commune à tous les établissements.

Selon l'article L.711-3 CSP, le service public hospitalier concourt aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination. Cette disposition va au-delà de la précédente puisqu'elle donne aux établissements qui participent au service public hospitalier une place privilégiée non seulement dans l'exercice même d'une action d'éducation pour la santé, mais elle en fait le noyau d'un dispositif plus large par la reconnaissance du rôle de coordination. Le texte, initiateur en quelque sorte, est aujourd'hui repris par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (Journal officiel, 31 juillet 1998) dont l'article 71 définit le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

L'hôpital, établissement public investi de la mission de service public, est ainsi au cœur du dispositif d'éducation pour la santé. De plus, pour certains établissements, développer ou coordonner une action d'éducation sanitaire constitue une chance, voire un enjeu, dans la perspective soit de la coopération sanitaire, soit de la contractualisation avec l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Professionnels de santé

Les codes de déontologie des professions médicales et paramédicales ou les textes réglementaires qui tiennent lieu de code font de l'éducation sanitaire une obligation professionnelle. Il résulte de l'article R.5015-2 CSP que le pharmacien doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Le code de déontologie médicale dans sa rédaction issue du décret du 6 septembre 1995 (Journal officiel, 8 septembre 1995) prescrit au médecin de conseiller toutes les personnes qui lui font appel (article 7) et d'apporter son concours à l'action des autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire (article 12). La mission de conseil est également rappelée aux infirmiers et infirmières par l'article 32 du décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles (Journal officiel, 18 février 1993).

Ce rappel des textes appelle deux observations. Non seulement, l'éducation sanitaire apparaît comme une évidence pour le professionnel de santé : lors d'une consultation, par une prescription, ou lors de la mise en œuvre d'un traitement, la démarche curative et la démarche préventive, sans se confondre, sont naturellement complémentaires ; mais elle n'est pas qu'une modalité de l'exercice de la profession, elle est une obligation professionnelle et comme telle source de responsabilité.

Associations

Les associations intervenant dans le domaine de la santé, recensées dans l'annuaire de B. Tricot (2000) sont très nombreuses. Principalement thématiques, mais aussi généralistes, elles ont pour objectifs la défense des malades, l'aide sociale et psychologique, l'aide à la recherche, mais aussi la prévention, la communication et l'éducation.

Bénéficiant très largement de financements publics ou faisant appel à la générosité populaire, ces associations interviennent dans la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, le cancer, le sida, les maladies cardio-vasculaires, la toxicomanie, les maladies respiratoires et la tuberculose, les maladies génétiques, le diabète... soit par des campagnes d'information, en partenariat avec les institutions publiques, soit par des actions régulières auprès de leurs adhérents.

Rôle des établissements scolaires

En délivrant à l'école mission de développer la personnalité de l'élève et de lui permettre d'exercer sa citoyenneté, la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 (Journal officiel, 14 juillet 1989) impulsait l'éducation à la santé en milieu scolaire. Selon un paragraphe du rapport annexé au texte et intitulé « Favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé », la formation des élèves dans le domaine des sciences de la vie, l'éducation pour la santé et la prévention des agressions et des consommations nocives doivent également constituer une préoccupation pour les parents d'élèves, l'équipe éducative et le service de santé scolaire. À cette fin, les pouvoirs publics ont introduit l'éducation à la santé dans les programmes scolaires et ont doté les établissements d'une nouvelle instance : le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Éducation à la santé dans les programmes scolaires

Le plan de relance adopté en mars 1998 et prévu sur plusieurs années comporte une vingtaine de mesures organisées autour de quatre grands thèmes : la prévention, l'accès aux soins, le renforcement de la place et du rôle des personnels médicaux et l'éducation à la santé.

Dès la rentrée 1998, l'éducation à la santé a été étendue à tous les collèges par la généralisation du module de formation de 20 heures qui avait été expérimenté dans plusieurs académies. Bien que faisant l'objet de plusieurs circulaires de la ministre chargée de l'enseignement scolaire (MEN, 1998a, b, c) la mise en place de ces heures est laissée à l'appréciation des établissements.

Ainsi les méthodes utilisées, les formes de l'enseignement et les intervenants sollicités varient d'un établissement à un autre. L'éducation à la santé est tout d'abord intégrée dans certaines disciplines comme, par exemple, les sciences de la vie et de la terre. Mais elle prend aussi des formes variées : participation à des groupes de parole autour d'un professionnel (médecin par exemple),

réalisation de documentaires, d'expositions et de cassettes vidéo, création et mise en scène de sketches ou de théâtre-forum. Les établissements font appel soit à l'équipe enseignante, soit à des personnels d'autres services publics (gendarmes, magistrats, universitaires), soit plus fréquemment à des bénévoles, membres d'association.

Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Créés en 1990 (MEN, 1990), les Comités d'environnement social ont été transformés en Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté en 1998. Bien que fortement recommandée par la ministre chargée de l'enseignement scolaire dans sa circulaire du 1^{er} juillet (MEN, 1998a), la mise en place de ces Comités est laissée au bon vouloir des établissements ; d'une part la création du Comité est soumise au vote du conseil d'administration, d'autre part sa composition est évolutive et adaptable à chaque situation locale. La seule exigence est que le Comité associe l'ensemble de la communauté éducative : personnels de direction, d'enseignement, d'éducation, de surveillance, sanitaires et sociaux, d'orientation, ATOS, élèves, parents d'élèves et partenaires extérieurs. L'éducation à la santé n'est qu'un des six axes retenus dans la mission de ce Comité qui consiste en l'organisation de la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.

Cet état des lieux, particulièrement en ce qui concerne l'éducation à la santé des jeunes dans les établissements scolaires, invite à la vigilance et nourrit un certain nombre d'interrogations sur le double plan, juridique et éthique.

Problèmes juridiques et éthiques

Parce que l'éducation à la santé participe de deux droits : le droit à l'éducation et le droit à la protection de la santé, sa mise en œuvre constitue une mission de service public assurée et financée par les pouvoirs publics. Or le législateur et le pouvoir réglementaire, dans leur volonté d'impulsion de l'action, n'ont pas suffisamment encadré cette activité. Le dispositif actuel, particulièrement en milieu scolaire, ne présente pas toutes les garanties requises pour assurer le respect des grands principes du service public : égalité, neutralité et continuité.

Risque de disparité

Usagers du service public de l'enseignement, les élèves disposent d'un droit d'égal accès à l'enseignement. Ce droit ne s'entend pas comme une uniformité des établissements, ni comme une uniformité des enseignements. Comme le rappelle l'article 1^{er} de la loi du 10 juillet 1989, il s'agit de permettre à chacun de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation et de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté.

En matière d'éducation à la santé, cela signifie que les établissements doivent assurer la mission qui leur est dévolue d'une manière cohérente et suivie, en se fixant des objectifs et en se dotant de moyens pour les atteindre. Cette exigence paraît compromise. En effet, les établissements vivent cette nouvelle mission comme une contrainte supplémentaire et sont peu enclins à se précipiter dans l'action. La principale préoccupation des chefs d'établissement est aujourd'hui d'assurer la sécurité des élèves et des personnels. L'insuffisance des moyens humains pour assurer l'encadrement des élèves dans certains établissements est telle qu'elle fait nécessairement passer ces nouvelles préoccupations au second rang. Le dispositif étant plus incitatif que contraignant, nombreux sont les établissements qui n'ont pas suivi les recommandations du ministère. Le phénomène n'est pas nouveau et ce d'autant que les établissements sont démunis. On a pu observer par exemple que la brochure « Passeport pour le pays de la prudence », élaborée par le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Éducation nationale, était inégalement distribuée dans les établissements primaires : soit elle n'était pas distribuée par peur de réaction ou par négligence, soit elle était distribuée sans explications, soit au mieux elle était accompagnée de petits développements par les maîtres. De plus, les chefs d'établissement sont, malgré le concours des conseillers médicaux des rectorats d'académies, démunis quant au contenu à donner et aux méthodes à suivre dans le domaine de l'éducation à la santé. Le contenu de l'éducation à la santé n'est pas défini. De l'avis des intervenants, le plus souvent bénévoles, aucune ligne d'action n'est tracée, chacun intervient en fonction de ses connaissances et de son savoir-faire, de manière morcelée, épisodique et sans lien avec les autres partenaires.

Manifestement, l'éducation à la santé souffre d'un défaut d'organisation que les nouveaux comités ne semblent pas prêts à corriger. D'une part, ces comités ne sont pas mis en place dans tous les établissements, d'autre part leurs missions sont très éclatées. Enfin, leur composition très large risque d'être un facteur de blocage pour une ligne d'action cohérente et consensuelle. La souplesse est très certainement indispensable pour gérer les particularismes de chaque établissement (on pense en particulier aux politiques spécifiques aux zones d'éducation prioritaires), elle ne doit pas pour autant être facteur d'inégalité. L'éducation à la santé en milieu scolaire semble avoir été mise en place trop rapidement, de manière parfois spontanée, pour répondre à un besoin de circonstances sans réflexion sur le long terme. Les instructions ministérielles donnent aux établissements une marge de manœuvre trop grande, source de disparités.

La réduction des inégalités, notamment en matière de santé, à laquelle participe cette action d'éducation, nécessite une organisation plus structurée et donc, au besoin, plus réglementée, et qui, pour être efficace, doit s'inscrire dans la durée et la continuité.

Exigence de neutralité

Bien que peu ou pas contraignante, l'éducation à la santé peut néanmoins constituer une menace pour la liberté de chacun.

Parce qu'elle vise à informer, l'éducation à la santé est peu contraignante ; aucune sanction, ni administrative, ni financière, ni pénale ne censure celui qui n'a ni suivi ni accepté les recommandations formulées. L'éducation à la santé se distingue de l'obligation aux soins (injonction thérapeutique, hospitalisation sans consentement) ou de l'obligation vaccinale. Elle est même un facteur de promotion de la liberté : mieux informés des risques, les individus peuvent librement infléchir leurs comportements, mieux se soigner, recouvrer un état de santé, voire une liberté qu'un état de dépendance leur avait fait perdre.

Cependant, si l'éducation à la santé participe indiscutablement à la construction du libre arbitre, particulièrement chez le jeune en pleine formation de sa personnalité, elle peut constituer aussi un danger pour la liberté. L'éducation à la santé tend à infléchir les attitudes et les comportements des individus envers leur corps et leur manière de vivre. La promotion de la santé et de la liberté peut alors devenir l'instrument d'objectifs moins nobles (économiques, politiques) et de prosélytisme.

L'éducation à la santé peut tendre à favoriser des intérêts économiques comme, par exemple, ceux d'un groupe de pression. N'oublions pas que la santé, si elle a un coût, est aussi productrice de richesses : elle procure des emplois et des gains, notamment par la consommation de produits plus ou moins nuisibles à la santé. Économiquement, la santé n'est pas neutre. En conséquence, il y a lieu de s'interroger sur la présence de groupes d'intérêt derrière les associations œuvrant pour la promotion de la santé.

S'agissant de populations jeunes, un autre danger est cependant plus grand que la dérive économique car plus pernicieux, c'est la dérive moralisatrice, voire partisane. Au cours du XX^e siècle, la santé a déjà été utilisée comme instrument de propagande. On ne doit pas ignorer que l'éducation à la santé peut véhiculer des idées, inciter des comportements « sanitaires corrects » ou encore favoriser des actes de prosélytisme. Le danger ici est d'autant plus grand qu'il s'agit de jeunes, souvent malléables. Des précautions doivent être prises pour ne pas biaiser l'autorité parentale et pour assurer le respect des principes de neutralité et de laïcité du service public. Cela nécessite le contrôle des intervenants, spécialement ceux qui sont extérieurs aux établissements scolaires. En effet, dans leur immense majorité, les établissements, n'ayant ni les moyens (en particulier en personnel médical et soignant), ni les compétences requises pour pratiquer l'éducation sanitaire, font appel le plus souvent à des bénévoles issus du milieu associatif. L'intervention de ces partenaires est placée sous la responsabilité des établissements et s'effectue en principe en présence et avec la collaboration de personnels de l'Éducation nationale.

Néanmoins, la plus grande vigilance s'impose, notamment à l'égard des associations qui n'ont pas fait l'objet d'un agrément ministériel. En effet, le décret du 6 novembre 1992 relatif aux associations qui prolongent l'action de l'enseignement public (Journal officiel, 13 novembre 1992) ne fait pas de l'agrément une condition impérative aux concours des associations en milieu scolaire. D'une part le texte ne concerne que l'enseignement public ; on doit cependant entendre « enseignement public » *largo sensu*, c'est-à-dire l'enseignement dans les établissements publics et dans les établissements privés sous contrat d'association avec l'État. D'autre part, il est prévu que les associations peuvent faire l'objet d'un agrément et non qu'elles doivent faire l'objet d'un tel agrément. Enfin, le texte permet au directeur d'école d'autoriser l'intervention d'une association non agréée. En conséquence, les établissements font appel soit à des associations agréées, soit à des associations non agréées qui n'ont pas sollicité ledit agrément ou qui ne l'ont pas obtenu.

Le dispositif juridique de veille sur les partenaires associatifs de l'enseignement public est donc lacunaire. Ceci est d'autant plus regrettable que le texte fixe par ailleurs les conditions de l'octroi et du retrait de l'agrément, la durée de celui-ci, l'autorité compétente pour le prononcer et ses conditions de publicité. À cette lacune du texte, une explication peut être avancée. La liberté d'association est particulièrement protégée en droit français, notamment depuis la décision du Conseil constitutionnel du 16 juillet 1971 (Conseil constitutionnel, 1971) qui en a fait un « Principe fondamental reconnu par les lois de la république » (PFRLR). En conséquence, toute atteinte à ce principe serait gravement illégale et le Conseil d'État, juge de la légalité des règlements administratifs, n'hésiterait pas à censurer un décret méconnaissant le principe de la liberté d'association. Pour autant, l'obligation d'agrément administratif méconnaîtrait-elle la liberté d'association ? Nous ne le pensons pas. L'objet de l'agrément est de vérifier le caractère d'intérêt général et non lucratif de l'association, la qualité des services proposés par elle, sa compatibilité avec les activités du service public de l'Éducation nationale, sa complémentarité avec les instructions et programmes d'enseignement et le respect des principes de laïcité et d'ouverture à tous sans discrimination. Il ne s'agit donc pas d'une autorisation de fonctionner donnée à l'association, mais d'une reconnaissance de son aptitude à participer au service public de l'enseignement et à en respecter les principes de laïcité et de neutralité. La liberté de constitution de l'association n'est donc pas en cause. Toutefois, cet agrément préalable doit être accompagné d'une politique d'évaluation de l'activité qui serait un instrument de pérennisation tant de l'action que des partenaires concernés. Aujourd'hui, un certain nombre d'associations souffrent d'un manque de transparence tant dans leurs mobiles que dans leur gestion financière. On notera que certaines, de plus en plus nombreuses, font l'objet de subventions publiques ou font appel à la générosité populaire et doivent en conséquence rendre des comptes sur l'emploi de ces fonds.

Perspectives

L'analyse des aspects législatifs et réglementaires de l'éducation à la santé des jeunes permet de dégager les mesures qui doivent être envisagées pour donner à l'éducation à la santé les moyens de sa mission éducative et éthique.

Il serait nécessaire de définir un contenu pour l'éducation à la santé en milieu scolaire et des méthodes à mettre en place pour éviter que les établissements, démunis, fassent appel à des partenaires peu ou insuffisamment qualifiés et mettent en place des moyens empiriques, facteurs d'inégalités.

Le régime juridique des agréments donnés aux associations qui apportent leurs concours aux établissements scolaires devrait être modifié. Le pouvoir réglementaire doit imposer un agrément préalable et ne plus laisser faire les établissements sans garanties pour le respect de la neutralité. Le ministère de l'Éducation nationale pourrait s'inspirer du régime des autorisations nécessaires aux établissements privés à but non lucratif pour participer au service public hospitalier. Pour ces établissements (associations, fondations, congrégations religieuses), le législateur requiert une autorisation administrative préalable accordée par le représentant de l'État (le ministre chargé de la Santé). Cette autorisation n'est pas de plein droit ; elle n'est accordée qu'après un examen des conditions d'organisation et de fonctionnement du demandeur et sous réserve de remplir certaines obligations (article L.715-6 CSP). Il est vrai que la participation au service public hospitalier s'inscrit dans la permanence, que celle des associations au service public de l'enseignement est plus ponctuelle et plus limitée. Néanmoins, cette autorisation obligatoire permettrait de mieux contrôler des associations aux méthodes parfois peu transparentes et cela tant que le contenu même de l'éducation sanitaire, peu lisible, restera mal défini par le ministère de l'Éducation nationale et trop largement soumis à l'appréciation des établissements. Toutefois, cette modification du texte réglementaire devrait s'inscrire dans un régime transitoire, dans l'attente de promotions d'éducateurs pour la santé.

L'éducation pour la santé doit être inscrite dans la durée. Pour assurer cette pérennité, il convient d'imposer aux établissements des programmes précis et de les doter de moyens, particulièrement en personnels. Le service public doit cesser de faire appel au bénévolat et au militantisme. En conséquence, nous recommandons la création d'un corps et donc, d'un diplôme d'éducateur pour la santé, diplôme national qui serait délivré par l'État et sanctionnerait des études empruntant aux méthodes des sciences de l'éducation et des sciences de la santé. Des universités françaises ont d'ores et déjà créé des diplômes de troisième cycle (DU ou DESS) dans le domaine de l'éducation à la santé (Ferron, 1999), généralement dans le cadre d'un partenariat entre l'UFR de médecine et l'UFR de sciences de l'éducation. Tout en s'inspirant de ces expériences, les deux ministères concernés (Éducation nationale et Santé) doivent reconnaître une spécialisation qui pourrait être dispensée soit à

l'université, soit à l'École nationale de la santé publique. Les ministères français pourraient aussi s'inspirer des expériences étrangères.

La question de l'évaluation de l'action doit être soulevée pour différentes raisons.

- Il s'agit d'une action impulsée par les pouvoirs publics et financée (directement ou indirectement pour les associations) sur des fonds publics. Il convient donc de connaître les résultats de l'activité, son efficacité et sa pertinence afin de maintenir son financement par des prélèvements obligatoires. Le même problème se pose par exemple pour les fonds attribués par les caisses d'assurance maladie pour la promotion de la santé ou pour les dotations de l'État au CFES.
- Il s'agit d'une activité à « risque social ». Les dangers d'une dérive économique, politique ou d'une manière générale peu philanthropique existent. Une évaluation des avantages de l'action doit être établie afin de les confronter aux inconvénients.

En conclusion, l'ensemble des partenaires, institutions publiques (État, collectivités locales), partenaires sociaux (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, mutuelles), professionnels de santé et réseaux associatifs doivent envisager une politique d'action cohérente et non plus parcellaire, morcelée, au coup par coup et où chacun reste enfermé dans son pré carré.

Une dernière recommandation serait de réunir des Etats généraux sur l'éducation à la santé avant d'envisager la promulgation d'un grand texte législatif qui encadrerait l'utilisation des deniers publics par une politique cohérente et non plus de saupoudrage et inscrirait définitivement cette priorité dans la politique de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- BRÜCKER G, FASSIN D. *Traité de santé publique*. Ellipses éd., 1989 : 292 p
- COMITI P. Histoire de la loi de santé publique de 1902. *Revue Française des Affaires Sociales*, avril-juin 1983 : 815
- CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision « Liberté d'association » 71-44DC du 16 juillet 1971. *Recueil de jurisprudence constitutionnelle*, Ed. Litec : 24
- DONNADIEU DE LAVIT. *Les abus commis au nom de l'hygiène publique contre les droits et les libertés des individus*. Thèse de droit, Faculté de droit de Montpellier, 1909 : 231 p
- FERRON C. *Développer la formation en éducation pour la santé*. Dossier technique, Éditions CFES, Paris 1999 : 71 p
- HCSP (Haut comité de la santé publique). L'éducation pour la santé – Du discours à la pratique (dossier) : État des lieux. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1996, 16 : VII-XV

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *JO* du 3 janvier 1971

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi n°88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale (article L221-CSS). *JO* du 6 janvier 1988

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi d'orientation de l'Éducation nationale, n° 89-486 du 10 juillet 1989. *JO* du 14 juillet 1989

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *JO* du 2 août 1991

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de l'Éducation nationale et de la Culture. Décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992 relatif aux relations du ministère chargé de l'enseignement national avec les associations qui prolongent l'enseignement public. *JO* du 13 novembre 1992

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire. Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. *JO* du 18 février 1993

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. *JO* du 8 septembre 1995

JOURNAL OFFICIEL. Ministère du Travail et des Affaires sociales. Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé. *JO* du 18 avril 1997

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de la Jeunesse et des Sports. Arrêté du 7 janvier 1998 portant création d'un conseil permanent de la jeunesse. *JO* du 29 janvier 1998

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (article 71). *JO* du 31 juillet 1998

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social, lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990, **42**

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998a, **28**

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Éducation à la sexualité et prévention du sida. Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998b, **46**

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998c, **45**

OMS (Organisation mondiale de la santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada

TRICOT B. *Annuaire des associations de santé*. AAS Editions, Grignac, 2000 : 505 p

2

Éducation pour la santé des jeunes Concepts, modèles, évolution

L'éducation pour la santé est un champ et une pratique qui trouvent leurs origines dans plusieurs disciplines : pédagogie, médecine, épidémiologie, psychologie clinique et sociale, communication sociale, sociologie... mais ne se rattachent à aucune en particulier. Elle leur emprunte leurs référentiels et méthodes, tout en essayant de se construire un cadre théorique spécifique. Or, chacune de ces disciplines est elle-même porteuse de visions et de perspectives différentes, voire conflictuelles. Par exemple, les différentes « écoles » pédagogiques existantes procèdent de différents modèles d'éducation et conduisent à d'autres. Par ailleurs, quelle que soit la discipline, les conflits entre approches positiviste et constructiviste, déterministe et non déterministe, persistent, même lorsque leur coexistence est admise. Enfin, selon les options idéologiques, les moments et les lieux, la priorité a pu être donnée soit aux approches individualistes, soit aux approches sociales de la santé. Les déterminants de la santé et de la maladie étant indiscutablement individuels et sociaux, la vision la plus pertinente alliant les approches individualiste et sociale s'impose de plus en plus.

Les concepts et les méthodologies de l'éducation pour la santé ont suivi l'évolution des concepts liés à la santé, son maintien et son amélioration. En matière de santé individuelle et collective, le concept de prévention suppose l'identification d'un risque à prévenir. Le concept plus récent de promotion de la santé est orienté vers le renforcement de l'aptitude individuelle à optimiser son capital santé. Les démarches en éducation pour la santé ont évolué de l'approche préventive vers une stratégie de promotion de la santé.

Santé : évolution des concepts

La santé étant la finalité même de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, il est indispensable de la définir. Toutefois, le concept de santé est variable et plusieurs acceptions coexistent : santé comme absence de maladie (mesurée par la présence ou l'absence de certains indicateurs de maladie et parfois de risques) ; santé comme état biologique souhaitable (physique et

mental, mesurable par des indicateurs biophysiques) ; santé biopsychosociale (état de complet bien-être physique, mental et social) suivant la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946) ; santé comme capacité d'une personne à gérer sa vie et son environnement, c'est-à-dire « à mobiliser les ressources personnelles (physiques et mentales) et sociales en vue de répondre aux nécessités de la vie » (Dubos, 1962 cité par De Leeuw, 1989)... Il n'y a donc pas de définition unique et univoque de la santé et les définitions s'opposent ou se complètent, selon les cas.

Santé et actions de santé

Toute pratique visant le maintien, l'amélioration ou le recouvrement de la santé (éducation sanitaire, prévention des risques, soins de santé...) est fondée sur un choix de définition de la santé. Ce choix oriente la nature des pratiques, influence les méthodes et stratégies qu'elles emploient, ainsi que les publics qu'elles visent et les acteurs impliqués.

Lorsque la santé est définie en termes biophysiques, elle s'évalue uniquement par des mesures objectives (ou objectivées) du même type, principalement en termes de normalité ou de risque, et exclut les aspects de bien-être, ou la capacité d'action. Dans ce cas, les objectifs des actions de santé sont aussi définis dans les mêmes termes, ainsi que leurs indicateurs d'effets et d'efficacité, et la santé y est surtout l'affaire des professionnels de santé et de soins.

Lorsque la santé est perçue à la fois comme un état et comme une dynamique, une « capacité à ... », elle s'évalue aussi en termes de pouvoir de mobilisation, de capacité d'action et d'interaction avec autrui, de prise de conscience... Dans ce cas, l'action de santé ne se limite pas à la gestion ou l'apprentissage des risques de maladie ou d'accidents et des dangers, des comportements protecteurs ou préventifs. Elle s'étend à d'autres éléments comme les interactions sociales, le bien-être, le rôle et le pouvoir sur sa propre santé, la conscience des déterminants de la santé, la réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie... L'action de santé devient alors le rôle conjoint des professionnels de la santé et des éducateurs.

Au-delà de cette présentation dichotomique et en partie disciplinaire et/ou professionnelle, il reste une ambiguïté non élucidée et peut-être plus fondamentale. Que l'absence de maladie soit un facteur de santé, personne ne le niera ; que la maladie et l'incapacité ne s'accompagnent pas nécessairement d'un état de santé diminué, la plupart seront d'accord ; mais la question reste de savoir, au-delà de ces complémentarités, si santé et maladie se situent sur un continuum ou si cette vision d'une dimension avec deux pôles n'est pas simplement une vision réductrice et linéaire de la réalité. En d'autres termes, que facteurs et forces de santé et de maladie sont des éléments différents d'un ensemble complexe et non des pôles opposés d'une seule dimension.

« Salutogenèse »

Ces questions sont abordées au début des années quatre-vingt-dix, notamment par Antonovsky (1996) qui propose un nouveau « modèle » de santé, la « salutogenèse ». Dans cette nouvelle vision de la santé, il est suggéré de se préoccuper des facteurs et processus qui aident les personnes à se maintenir en santé « et » à résister aux assauts et agressions pathogènes, par opposition au modèle de pathogenèse, dominant dans les sciences de la santé et dans la médecine préventive et curative. Cette proposition est faite à partir des observations de l'auteur sur le « sens de cohérence » des personnes. Ce concept exprime « la mobilisation par une personne de ses ressources générales de développement et de résistance, individuelles et sociales » et pourrait expliquer la capacité de certaines personnes à se maintenir en bonne santé, dans des conditions ou des environnements dans lesquels d'autres présentent des problèmes de santé. Selon cet auteur, le sens de cohérence est lié aux expériences et vécus qui ont permis aux personnes concernées de trouver un sens à leur vie sur les plans cognitif, affectif et comportemental. Confrontées à un agent stressant, les personnes à fort « sens de cohérence » réagissent au niveau :

- du sens, en étant motivées à faire face à la situation (*to cope with*) ;
- de la globalité, en étant convaincues que la situation est saisissable dans son ensemble ;
- de la faisabilité, en étant convaincues que des moyens sont disponibles pour y faire face.

Ces concepts sont proches de ceux, mieux connus, d'optimisme, de désir de vivre, de sentiments d'auto-efficacité, de pouvoir et de maîtrise sur la santé (*locus of control*), mais leur combinaison dans une triple dimension est unique et originale.

Dans la perspective de « salutogenèse », la santé comprend donc un spectre de ressources pour résister et se développer, que chaque être possède à un degré différent. Ce faisant, Antonovski (1996) dénonce la tendance des activités de promotion de la santé à rester enfermées dans une perspective de maladie-risque, souvent focalisée sur une maladie donnée, et de n'avoir pas compris que l'originalité du concept est le déplacement de l'objet de la santé vers... la santé.

Il faut cependant remarquer que, tout en affirmant que la santé est à la fois un équilibre et un potentiel, et tout en disant qu'on peut être en bonne santé et malade, tant Antonovski (1996) que Breslow (1999) continuent de traiter santé et maladie comme deux pôles d'un continuum. Évidemment, beaucoup de catégories de facteurs sont communs, comme l'alimentation ou l'exercice physique. Cependant nous restons dans une ignorance relative des facteurs de santé. La recherche de facteurs génétiques porte essentiellement sur des facteurs de maladie et peu sur d'éventuels facteurs de santé (de résistance, de développement de la vie), et ceci aussi bien pour des indicateurs biophysiques que psychosociaux.

Prévention

La prévention est l'ensemble des mesures sanitaires, techniques et éducatives destinées à éviter l'apparition d'un problème de santé (prévention primaire), sa transformation en maladie déclarée (prévention secondaire) ou sa récurrence ou ses complications (prévention tertiaire). Elle a été longtemps considérée comme le volet « santé » de la médecine, elle-même essentiellement consacrée à la maladie.

La prévention a pour objet la maladie et le risque, et renvoie à une conception particulière de la santé comme absence de maladie. Comme telle, elle présente des avantages indéniables : le centrage sur un problème à éviter ou à résoudre, la vision prospective (prévoir et prévenir), mais aussi des limites importantes.

L'approche strictement préventive de l'éducation pour la santé limite les préoccupations aux risques, c'est-à-dire aux comportements jugés négatifs, et leurs dangers, et peut être interprétée comme un instrument d'interdiction, de contrôle social et de « normalisation ». Pour Meremans (1997), il est indispensable, éthiquement et méthodologiquement, d'arrêter d'utiliser l'éducation pour la santé, et en particulier celle concernant la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida, comme instrument de contrôle de l'adolescence et de l'expérience amoureuse. Il rejoint en cela Deschamps et coll. (1992) qui dénonce l'aberration de programmes de prévention qui « visent à empêcher les adolescents d'être des adolescents ». En outre, l'approche strictement préventive exclut la possibilité de partir des intérêts des adolescents, de leurs aspirations, et pas seulement de leurs craintes. En cela, elle est contradictoire avec les principes de la « promotion de la santé » qui vise aussi le maintien et l'amélioration de la « bonne santé » par une approche participative de l'éducation pour la santé, c'est-à-dire où les jeunes sont placés en situation de décideurs ou de codécideurs avec les professionnels, tant pour la détermination des questions et sujets de santé à traiter que pour le choix des méthodes et des moyens.

Les motivations des comportements de santé ne sont pas toujours de nature préventive : les comportements de santé « positifs », ou protecteurs de la santé, sont adoptés plus souvent pour des raisons de plaisir ou de santé que de prévention de risques. Les approches strictement préventives utilisées trop fréquemment ont eu pour effet secondaire l'incapacité de permettre de s'occuper de la santé, mais exclusivement des risques, et donc de thèmes peu attrayants. Ainsi, certaines interventions se sont accompagnées d'effets de saturation et de rejet chez les jeunes. De Ketele (1987) s'est interrogé sur une éducation pour la santé qui ne s'occuperait que des risques et de l'évitement des dangers, et n'envisagerait pas l'« apprentissage de la vie ». Pour lui, ce serait le risque d'une « éducation à la névrose ». Breslow (1999) note que la prévention des maladies est un concept qui s'est développé tout au long du XX^e siècle, tandis que celui de promotion de la santé est apparu seulement dans le

dernier quart du siècle. En fait la prévention s'est étendue progressivement de l'évitement des agents nuisibles de l'environnement biophysique à celui des comportements individuels associés. La notion de promotion de la santé est plus ou moins née dans le courant qui a montré qu'au-delà des comportements individuels un ensemble de conditions sociales jouaient un rôle important, et les axes théoriques et stratégiques ont été formalisés dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986).

Cette évolution a accompagné la transition épidémiologique qu'a représenté la réduction de l'incidence des maladies infectieuses grâce à la vaccination et au développement de l'hygiène. La vision « positive » de la santé, notamment comme ressource pour la vie, signe la troisième révolution en santé publique, la première ayant été celle de l'évitement des agents nuisibles (maladies transmissibles), la seconde celle de l'évitement des risques nuisibles (maladies non transmissibles). Cependant, dans la plupart des travaux scientifiques, la notion d'évitement ou de diminution des facteurs de risques de maladie reste prédominante et la référence à la promotion des facteurs positifs de santé encore peu développée.

Promotion de la santé

L'approche dénommée « promotion de la santé » a été mise en avant dès 1984 (OMS-Europe, 1984) et formalisée en 1986 par la Première conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa (Ontario, Canada) du 17 au 21 novembre 1986. La conférence d'Ottawa a défini le contenu, les conditions et les axes de développement de la promotion de la santé dans une charte proposée pour établir les bases de l'action visant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Cette stratégie, intervenant quelques années après celles des « Soins de santé primaires » définie à Alma-Ata (Kazakhstan, URSS) en 1978 (OMS, 1978), et de la « Santé pour tous en l'an 2000 » de l'OMS-Europe proclamée en 1980, se voulait pour les uns un prolongement actualisé tirant les enseignements de l'expérience et des résistances, pour les autres une alternative plus crédible notamment pour les pays développés.

La promotion de la santé, définie comme le « processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci », est bien plus que « promouvoir » la santé, au sens publicitaire du terme. L'éducation pour la santé y est une des stratégies importantes et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé. Les autres stratégies sont : la réorientation des services d'action sanitaire et médicale (soins de santé primaires) vers la détection (examen de santé), le dépistage, la protection (vaccination) ; l'action environnementale (mesures de protection et de modification de l'environnement) ; l'apport communautaire (participation et ressources) ; les mesures légales (règlements et lois en faveur de la santé).

En 1980, Draper et coll. décrivaient trois types d'éducation pour la santé en référence à son contenu : l'hygiène physique, l'utilisation optimale de services de santé, et la prise en compte du contexte dans lequel les choix de comportements ayant des conséquences sur la santé étaient faits. Ils insistaient sur ce dernier type, sur le peu d'intérêt qu'il suscitait à l'époque et en quoi il concerne en fait les politiques générales et leur impact sur la santé, de même que l'approche d'éducation des communautés et avec les communautés. Cette réflexion annonçait déjà le mouvement pour la promotion de la santé qui conduira à la Charte d'Ottawa. Pour Nutbeam (1997), c'est l'échec des approches simplistes pour changer les comportements individuels qui a été en partie à l'origine de l'intérêt pour les contextes, ainsi que la prise de conscience grandissante de l'écologie. La Charte d'Ottawa, où les « milieux de vie » sont un élément crucial, a cristallisé ce tournant. Nutbeam (1997) souligne également l'opportunité d'influer directement sur le cadre de l'environnement physique spécifique en plus des caractéristiques de l'environnement organisationnel et socioculturel.

Cohérence des politiques et des actions

La promotion de la santé conçoit ces stratégies de manière synergique, sur la base d'une approche intersectorielle. Ce principe est fondamental, parce qu'il reconnaît l'importance des actions cohérentes, convergentes et concertées, et la multicausalité des déterminants de la santé, qui ne peut être appréhendée par des actions isolées. La promotion de la santé offre un cadre théorique, et d'interventions, qui se veut d'ensemble et de grande cohérence en désignant cinq champs d'action complémentaires. Ce qui, dans l'idéal, signifierait des interventions qui conjuguent dans le temps et l'espace des actions en lien avec les cinq dimensions identifiées par la Charte d'Ottawa (Tones, 1993) !

La réalité des interventions est plus morcelée et de ce fait moins probante. Les modifications des pratiques professionnelles des acteurs demandent toujours beaucoup plus de temps que les recommandations de conférences internationales.

Par ailleurs, les logiques dominantes favorisent plutôt la parcellisation. Un exemple est donné par les programmes de la Commission européenne pour la lutte contre le sida, qui dans l'ensemble des États membres sont gênés par des incompatibilités de réglementations. Ces programmes excluent l'éducation sexuelle, laquelle « appartient » au programme de promotion de la santé, lequel ne peut agir dans ce domaine qui est spécifiquement exclu de son champ d'action par l'attendu 25 de la Décision de programme, parce que relevant des ministres de l'Éducation nationale... L'exclusion de l'alcoolisme du programme de lutte contre les drogues et toxicomanies représentait, au moins jusqu'à récemment, une situation du même type.

Un autre exemple venant d'Australie est rapporté par Nutbeam (1997). Le rapport sur la santé de 1993 insistait sur les relations étroites qui existent entre

le degré d'instruction (*literacy*), les comportements et les environnements (figure 2.1). Les principaux obstacles à une action ont été identifiés sur la base de ce rapport. En premier venait la faible collaboration interministérielle, ensuite la difficulté technique d'identifier des indicateurs valides et fiables, capables de mesurer le lien entre les normes environnementales et la santé. Le rapport stratégique qui en résulta resta très superficiel quant aux recommandations d'actions sur les déterminants identifiés (scolarisation, comportements, environnements). Sur la question des indicateurs, l'auteur fait allusion au concept « *analysis, paralysis* », prétexte à reporter toute action indéfiniment ; il n'évoque pourtant pas un point essentiel, à savoir que c'est dans le déroulement même des actions que des indicateurs fiables peuvent être identifiés puis validés. Par la suite, c'est le Conseil national de la recherche médicale et de santé d'Australie qui a repris l'initiative en incluant la recherche sur les environnements favorables à la santé dans les programmes de recherche.

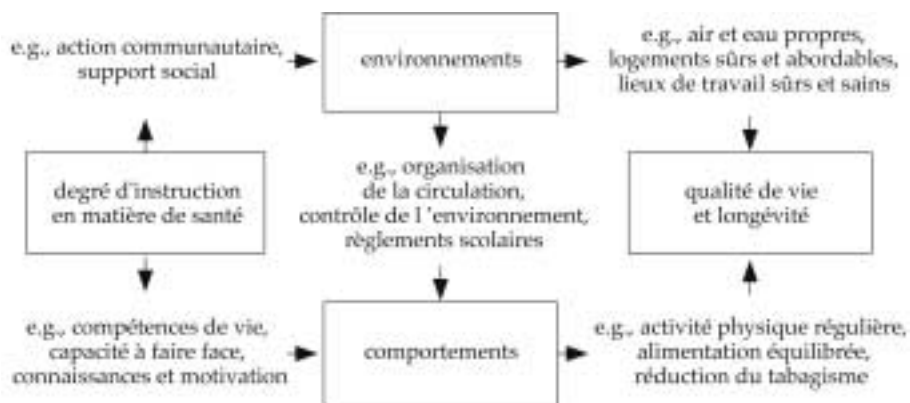


Figure 2.1 : Interactions entre déterminants, objectifs et actions de santé, d'après Nutbeam (1997).

Milieu et cadres de vie

Parmi les stratégies indiquées dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, l'approche sur les milieux ou cadres de vie (*settings*) trouve sa justification principale, bien au-delà du concept, initialement mis en avant, de population captive.

La Troisième Conférence internationale sur la promotion de la santé, réunie à Sundsvall (Suède) en 1991, a repris le deuxième axe de la Charte d'Ottawa : créer des milieux favorables à la santé, et a tenté de faire le point sur une série d'initiatives prises dans ce domaine, parmi lesquelles les interventions centrées sur les villes, les écoles, les milieux de travail, les hôpitaux, les prisons...

Mullen et coll. (1995) expliquent que les milieux de vie sont utilisés en recherche et en pratique comme des structures sociales importantes qui fournissent des voies et des mécanismes pour influencer des populations définies. Les plus courants sont les communautés, les écoles, le milieu du travail, les services de santé. Ces milieux ont des niveaux élevés de communication et d'interactions entre leurs membres, des réseaux de politiques et de financements qui sont productifs pour les interventions. Sur le plan conceptuel, ils se présentent tous comme des communautés où existent des degrés élevés d'identité partagée et de culture commune qui facilitent la conception et la mise en place des programmes. Toutefois, les auteurs admettent que les conclusions de leur travail de revue concernant l'efficacité des interventions d'éducation pour la santé dans les différents milieux restent fondées sur des impressions, parce qu'une réelle étude d'efficacité demanderait des moyens qu'ils n'ont pas.

Par ailleurs, à propos d'évaluations faites aux États-Unis, Mullen et coll. (1995) concluent que différents programmes majeurs d'éducation pour la santé dans les écoles ont eu une influence certaine sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes, notamment dans le domaine du tabagisme, du comportement sexuel, et de l'alimentation. Ils insistent sur l'évolution récente qui est marquée par un déplacement de l'intérêt de la conceptualisation des programmes et des stratégies, vers leur réalisation, et parallèlement des études quantitatives sur les associations de facteurs vers des études plus qualitatives portant sur le contexte de réalisation et de changement. Plusieurs exemples montrent comment l'attention apportée aux facteurs d'adoption et d'implantation des programmes proposés aux écoles fait toute la différence dans leur mise en œuvre « effective », au double sens de réellement effectuée et d'efficace. Une série de recommandations est proposée pour l'implantation de programmes en tenant compte du milieu scolaire. En effet, il y a souvent contradiction entre les actions d'éducation sanitaire et l'environnement scolaire lui-même, où l'accessibilité aux comportements de santé promus est absente. Par exemple, actions visant à l'amélioration des habitudes alimentaires et offre nutritionnelle généralement déséquilibrée, ou encore actions éducatives pour la prévention du sida et pas de mise à disposition de préservatifs...

L'approche sur les milieux de vie met en outre en évidence la nécessité de clarifier les enjeux et de résoudre les conflits d'intérêts (par exemple, politique institutionnelle de soutien simultané de la lutte contre le tabagisme et de l'agriculture ou de l'industrie du tabac).

Stratégies participatives

L'objectif central de l'éducation/promotion de la santé étant l'augmentation de la capacité des individus à s'approprier les savoirs et à autogérer leur santé, l'approche ne peut pas être directive mais seulement accompagnatrice du développement : l'individu doit donc participer à la planification même du

projet qui vise à créer des conditions favorables à l'émergence d'un changement de ses aptitudes et éventuellement de ses comportements.

Pour Bury (1988), quels que soient la démarche ou le modèle utilisés, ce qui importe est : comment les changements sont envisagés (changements planifiés et mode directif ou incitateur ? recherche des changements émergents et planification participative ?) ; le modèle de gestion de projet ; les buts (développer les capacités d'appropriation des savoirs et d'autogestion de la santé ?). En d'autres termes, le processus est aussi important, que l'objectif final. Or il lui semble précisément que les objectifs de processus résumés par beaucoup d'auteurs sous les vocables d'*enabling* (rendant capable) et d'*empowerment* (donnant le pouvoir sur les événements) sont exactement ceux de l'entreprise éducative en général et de l'éducation pour la santé en particulier. Ce qui revient à dire qu'il n'y a pas d'éducation si cet objectif est absent.

Il apparaît nécessaire de dépasser les actions ciblées sur les changements de comportements individuels et d'englober celles visant des modifications de l'environnement social et physique dans lequel les populations évoluent. Bury (1988) soutient que les diverses façons d'y parvenir comportent des différences fondamentales qui dépassent largement la modification ponctuelle en question. Par exemple, un programme de lutte contre le tabagisme devrait être évalué également par ses effets sur d'autres déterminants de santé comme le développement personnel, l'autonomie, l'esprit critique, l'affirmation de soi, le respect des autres...

Ceci devrait impliquer dès lors : un modèle de planification et de gestion fondé sur la participation et la concertation ; une gestion qui maintiendra un système ouvert ; une nature et un statut renouvelés des objectifs et aussi des indicateurs et de l'évaluation, qui seront devenus très différents. Ceci sous-entend également des efforts pour obtenir un degré optimal de consensus qui repose sur une analyse préalable, mais réactualisée en permanence, de la position des acteurs sur un éventail d'attitudes par rapport à un projet. Cette position peut être une participation active, une participation passive, une opposition passive, une opposition active ou encore une abstention bienveillante.

La communication joue donc un rôle capital dans la gestion du projet. Une politique de communication récurrente, institutionnalisée, programmée et annoncée depuis le début, est souhaitable pour couvrir un projet qui restera ouvert à tous les intéressés qui voudront y contribuer. Aubel (1996) rappelle que la communication peut avoir pour fonction de stimuler le dialogue entre les membres de la communauté et le personnel de santé, ainsi que l'analyse des problèmes de santé sur la base des expériences et priorités respectives.

En résumé, la promotion de la santé apparaît sous des perspectives différentes, non exclusives, parmi lesquelles au moins :

- un objectif général d'une société ou d'une communauté ;
- un mouvement de militants ;

- un ensemble d'activités exercées par une variété de professionnels ;
- un ensemble de fonctions assurées par un ensemble de services, la plupart publics, des ministères aux agences locales ;
- un ensemble de disciplines théoriques.

Éducation pour la santé

De manière générique, l'éducation pour la santé peut être définie comme un ensemble d'activités intentionnelles de transfert et/ou de construction de savoirs relatifs à la santé d'une personne, d'un groupe social ou d'une communauté (Deccache et Meremans, 2000).

Conceptions actuelles de l'éducation pour la santé

Deux conceptions de l'éducation pour la santé prévalent aujourd'hui. Dans la première, la santé est perçue de manière spécifique : il s'agit du bon fonctionnement de l'organisme humain, dans tous ses aspects, biologique, mental et social. Cette position est celle des sciences de la santé, qui ne trouveraient leur légitimité dans l'éducation que par rapport à la santé ainsi définie. L'éducation pour la santé y est centrée sur l'apprentissage des compétences et comportements favorables à cette vision de la santé. Dans la deuxième, l'éducation pour la santé est considérée comme un aspect de l'éducation générale, l'éducation à la vie. Les tenants de cette conception sont principalement les intervenants du champ des sciences de l'éducation, pour qui la santé est l'un des volets et des thèmes de l'éducation. C'est dans ce sens que Galichet et Manderscheid (1996) articulent, dans une même préoccupation éducative, la santé, les valeurs, le civisme, la responsabilité, et l'environnement...

Les deux points de vue sont légitimes, mais leurs implications pratiques diffèrent et s'opposent même. Chaque conception privilégie certains intervenants au détriment d'autres : dans la première, la part des professionnels de la santé est la plus importante, et la médecine scolaire y est fondamentale ; dans la deuxième, ce sont les éducateurs, enseignants et parents, qui tiennent le rôle principal. Ces implications et leurs enjeux seront développés dans le paragraphe consacré aux acteurs de l'éducation pour la santé visant les publics d'âge scolaire.

Par ailleurs, la complémentarité des deux approches est importante à souligner. La première, plus « biologique » est également plus immédiate : elle correspond en santé publique à la prévention des risques existants. La deuxième est une éducation à long terme, dont l'application exclusive pourrait poser problème dans les situations à risque immédiat. L'histoire de la prévention du sida illustre parfaitement cette situation. Le besoin de protéger les jeunes et les adultes d'un danger existant, dont les conséquences graves sont immédiates, se complète de la nécessité à plus long terme de créer les

conditions de la réflexion et du changement sur les questions des relations sociales, affectives et sexuelles dans un tel contexte sanitaire. Les acteurs de la prévention ont ainsi peu à peu élargi l'objet de leurs actions, du sida vers les maladies sexuellement transmissibles, puis vers la santé affective et sexuelle des jeunes, voire plus largement encore vers le respect de soi et de son corps. Aujourd'hui, les trois thématiques sont souvent traitées simultanément.

Quand Davies et MacDonald (1998) critiquent l'éducation pour la santé en disant qu'elle est essentiellement un outil de la médecine préventive, ils commettent l'erreur de confondre un outil ou une méthode et l'usage qui en a été fait. Dans la tradition de l'information sanitaire l'éducation pour la santé a été utilisée principalement pour convaincre les individus et les populations d'adopter des comportements prescrits qui seraient « sains », l'objectif étant de diminuer la mortalité et ensuite la morbidité, mesurée principalement en termes biophysiques. D'après Bury (1988), ceci illustre l'influence de l'épidémiologie en santé publique et celle des épidémiologistes dans les instances décisionnelles.

Par ailleurs, selon les options idéologiques et ontologiques sous-jacentes, l'éducation pour la santé a été, à certains moments et dans certains lieux, dominée par une vision individualiste de la santé fondée sur la responsabilité et l'apprentissage individuels, et à d'autres sur une multifactorialité sociale, où les interactions et les processus d'apprentissage et de pression sociaux dominent et sont pris en compte. Livingood (1996) rappelle que l'éducation pour la santé vise tant les comportements personnels que les comportements sociaux et leurs déterminants. Il rejette l'idée d'une éducation pour la santé qui se limiterait aux « aptitudes individuelles » tandis que les aspects collectifs et sociaux seraient couverts par le concept de promotion de la santé. Il y a bien simultanément un volet individuel et un volet collectif, qu'il serait inadéquat de vouloir séparer : l'apprentissage des comportements de santé et des modes de vie doit être abordé sous ces deux angles à la fois.

Fondements psychosociaux de l'éducation pour la santé et modèles explicatifs des comportements de santé et des modes de vie

Pour élaborer des actions pertinentes d'éducation pour la santé, il est nécessaire de comprendre les facteurs d'influence et de genèse des comportements de santé, les processus d'apprentissage de la santé, de même qu'en épidémiologie ou en médecine on cherche à établir le lien causal entre agent et maladie, entre risque et maladie, entre comportement, risque et conséquence... Il faut donc analyser les besoins éducatifs, poser un « diagnostic éducatif et/ou comportemental » (Green et coll., 1980 ; Green et Kreuter, 1991).

Toute méthode d'analyse des besoins repose sur un modèle explicatif ou une théorie des comportements de santé. Dans le champ de l'éducation pour la santé, plus de vingt modèles ont été élaborés ou utilisés. Ils peuvent être regroupés en huit catégories principales (tableau 2.1) : le modèle biomédical,

les théories de l'information et de la communication, les théories de la personnalité, les théories valeur-attentes, le modèle PRECEDE, les théories d'apprentissage social, la théorie des représentations sociales et les modèles intégratifs.

Tableau 2.1 : Principales catégories de théories et modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie.

Le modèle biomédical explique le comportement de santé d'une personne par ses prédispositions psychologiques (personnalité, motivation, capacités de compréhension...), par son profil sociodémographique (âge, sexe, instruction), et par certaines caractéristiques du comportement attendu (complexité, durée...) et du risque à éviter (prévalence, gravité...). Les actions éducatives issues de l'application de ce modèle sont principalement dirigées vers l'information objective sur les risques et les comportements préventifs, mais parfois fondée sur une « pédagogie de la peur ».

Les théories de l'information et de la communication conçoivent l'éducation pour la santé comme un acte de communication, impliquant les classiques « 5 W » : qui dit quoi à qui avec quels moyens et avec quel effet ? Les facteurs considérés sont les caractéristiques de l'émetteur, du récepteur, du message, du canal et du code. Ce modèle a été très utilisé dans les approches médiatiques et les campagnes de masse. En faisant de l'éducation pour la santé une question de compréhension et d'adéquation du message, il a réduit le problème à certaines de ses composantes.

Les théories de la personnalité sont celles du « lieu de contrôle de la santé » (*Health Locus of Control*) (Rotter, 1966 ; Wallston et coll., 1976) et des « logiques de santé » (Capet, 1985). La première a mis en évidence une forte relation entre la croyance d'une personne en sa capacité de maîtriser sa santé et les comportements de santé qu'elle adopte. Le lieu de contrôle peut être interne (l'individu lui-même), externe (les autres) ou de chance (hasard, Dieu...), ou une combinaison des trois ; il est composé de deux volets, le sentiment de pouvoir et le sentiment de responsabilité (devoir). La deuxième concerne la tendance d'une personne, en fonction de son histoire familiale de santé, à s'inscrire dans une des deux logiques de santé (gestion ou abandon) qui expliquent ses comportements et ses réactions face à une situation ou un risque.

Les théories valeurs-attentes, dont la principale application est le modèle des croyances de santé (*Health Belief Model*). Il prend en compte le « sentiment de menace » (vulnérabilité au risque et gravité des conséquences), et le « rapport avantages-inconvénients » (ou coût-bénéfice) entre comportement préventif et risque. Fishbein et Ajzen (1975), puis Triandis (1977) ont ajouté à ces théories les concepts d'« attitude vis-à-vis du comportement préventif » et d'importance de la norme sociale, objective et subjective, ainsi que la place et la force de l'habitude.

Le modèle PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) (Green et coll., 1980 ; Green et Kreuter, 1991) a été le premier modèle multifactoriel, non exclusivement psychologique, développé et utilisé en éducation pour la santé. Il s'attache à plusieurs diagnostics successifs, social, épidémiologique, comportemental, éducatif puis administratif, et utilise notamment le modèle des croyances de santé.

Les théories d'apprentissage social (Bandura, 1986) ont été surtout appliquées à partir de la théorie de l'auto-efficacité (*self-efficacy theory*) qui complète les précédentes par la prise en compte du sentiment d'« être capable de réaliser et réussir le comportement souhaité » (attente de maîtrise) et de la croyance que « le comportement apportera effectivement le résultat de santé attendu » (attente de résultat).

La théorie des représentations sociales appliquée à la santé postule que les représentations sociales de la santé (et d'autres objets en relation avec la santé) sont le principal facteur d'influence de la construction, de l'adoption et du changement des comportements de santé.

Les modèles intégratifs, plus récents (à partir de 1989), tentent d'articuler les contenus des modèles et théories antérieurs en un ensemble plus global, dépassant les points de vue « unidisciplinaires » jugés trop limités dans leurs visions et leurs apports. On y retrouve la théorie des systèmes autorégulés (Leventhal et Cameron, 1987), le modèle de prédiction des comportements de santé (Pender, 1982), ou encore le modèle systémique des soins préventifs (Walsh et Mc Phee, 1992).

À ces modèles peuvent s'ajouter ceux qui touchent aux processus (et étapes) de changement individuel, tels ceux décrits par Prochaska et Diclemente (1992), mais qui ne constituent pas des cadres explicatifs ou de compréhension des comportements de santé.

Chacun de ces théories et modèles présente à la fois des qualités et des limites, du fait qu'ils ont été élaborés à partir d'observations et d'expérimentations, souvent dans le cadre de disciplines et de perspectives « limitées », pédagogiques, psychologiques (cognitivistes, comportementalistes...), épidémiologiques... et sans articulation interdisciplinaire. La plupart de ces modèles ont été conçus par des spécialistes des différentes disciplines qui ont contribué à la création du champ (interdisciplinaire par essence) de l'éducation pour la santé : les pédagogues ont étudié les savoirs et comportements de santé à partir des modèles d'analyse des besoins de formation propres aux sciences de l'éducation ; les spécialistes de la communication sociale ont utilisé leurs outils de sociologie des mass media ; les cliniciens et personnels de soins ont privilégié leurs modèles diagnostiques ; les psychologues ont, selon leur orientation (clinique ou sociale, cognitiviste ou comportementaliste), travaillé à partir des théories de la personnalité (*Locus of control*, notamment), de l'apprentissage social (par exemple, l'autoefficacité), du conditionnement opérant, du renforcement...

À côté de ces modèles, les méthodes d'analyse des besoins de formation, développées en pédagogie et en formation d'adultes, ont également été utilisées, mais exclusivement dans les pays francophones. L'Amérique du Nord et les pays scandinaves ont privilégié les modèles psychosociaux. Les pistes d'action et d'intervention qui ont été dégagées de telles analyses de besoins ont donc été orientées en fonction de l'origine et du type d'approche : actions de communication de masse (campagnes), renforcement des capacités personnelles (*counseling* individuel), enseignement des matières de santé (formation)... Ce n'est que dans la deuxième moitié des années quatre-vingt que des combinaisons ont été tentées, en vue d'élargir les explications. Une présentation de ces modèles a été effectuée par Godin (1991) et une analyse critique complète de l'ensemble réalisée par Deccache (1994).

Ces modèles et cadres explicatifs ont été surtout utilisés de manière déterministe, dans un but de prédiction des comportements de santé. Godin (1991) a été le premier à synthétiser les modèles les plus utilisés, dans cette perspective, et en vue d'une application à l'éducation pour la santé collective, par le marketing social et la communication de masse. Il s'est ultérieurement tourné vers une approche visant davantage la compréhension que la prédiction. D'autres approches visant l'« émergence des besoins » d'éducation pour la santé ont été élaborées, et fondées sur une absence d'*a priori* ou de préconception déclarée. Elles s'appuient sur des démarches de recherche-action participative tant pour l'analyse des besoins que pour les décisions d'action.

Cependant, plusieurs des modèles explicatifs psychosociaux décrits ci-dessus, et notamment les modèles « intégratifs », peuvent être utilisés de manière non

déterministe, dans une perspective de compréhension des facteurs d'influence, ouverte et adaptable à chaque situation ou public. C'est le cas notamment de la prise en compte de l'influence des représentations sociales et des « compétences profanes », c'est-à-dire des savoirs populaires, sur les comportements individuels et collectifs de santé et dans la pratique de l'éducation pour la santé. Pour Sandrin-Berthon (1998), ce n'est qu'en permettant la rencontre des compétences des professionnels de la santé et celles des enfants ou des adolescents que l'on peut parler d'éducation pour la santé : « C'est de cette rencontre que naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative, jeunes et adultes. » Cette rencontre, seule la prise en compte des représentations de la santé du public (mais aussi celle des intervenants et professionnels) la permet.

Santé des enfants et des adolescents, perceptions et représentations

Si l'épidémiologie de la santé des jeunes publics est de mieux en mieux connue, malgré les moyens limités consacrés aux collectes de données, on reste loin de comprendre les aspects psychosociaux sans lesquels il ne peut y avoir d'éducation pour la santé efficace. Cette « psycho-socio-épidémiologie » est l'étude simultanée de la santé des jeunes (et non seulement de leurs problèmes de santé), de ses déterminants politiques, environnementaux, organisationnels (en quoi l'école contribue-t-elle à la santé des enfants ?), de leurs représentations, préoccupations, savoirs, attitudes, priorités, et ressources propres en matière de santé.

Toutefois, dans la plupart des pays disposant d'une véritable médecine scolaire, c'est seulement des problèmes de santé des enfants et des adolescents dont on se préoccupe. L'examen de santé est principalement (sinon exclusivement) un dépistage systématique de troubles, anomalies, déficiences, facteurs de risque et autres problèmes. Tursz et Romano (1997), dans un article intitulé « La santé des jeunes, la santé scolaire », ainsi que Baierlé (1997) montrent bien que c'est exclusivement en termes de morbidité (et parfois de morbidité mentale) que la santé est observée. Dire à partir de cela la santé des jeunes est connue, c'est encore tirer des conclusions sur la santé de quelqu'un à partir de l'absence de symptômes ou d'indices de maladie. Mais, si la santé n'est pas que l'absence de maladie, il faut admettre que la connaissance de la santé des jeunes est lacunaire. Or les données de santé existent en partie, mais elles ne sont pas prises en compte.

Si la santé est une « capacité à... », il faut que les potentialités et les souhaits des jeunes soient étudiés aussi attentivement que leurs problèmes et leurs difficultés. Par ailleurs, le risque que « le mal-être psychologique se profile dès la petite enfance derrière le tableau somatique rassurant » doit être considéré (Deschamps, 1999).

28 La santé des enfants a beaucoup progressé dans la deuxième moitié du siècle alors que celle des adolescents changeait peu. Deschamps (1999) attribue ce

progrès, hormis les antibiotiques, principalement à l'effet des soins de parents attentifs. Parlant du futur, il suggère de poursuivre les pistes indiquées par la Charte d'Ottawa. Il ne semble cependant pas tirer pleinement la leçon de son analyse du passé pour indiquer que la piste la plus fiable est peut être bien encore celle de l'intervention auprès des parents pour renforcer leur action directe et indirecte sur les enfants. En France, le « Baromètre santé jeunes 97/98 » (Arènes et coll., 1998) est la première collecte systématique de données globales (biopsychosociales) sur la santé des jeunes. Les données biophysiques médicales classiques (objectivées) en sont toutefois absentes, mais les attitudes, savoirs, comportements et préoccupations de santé des jeunes y sont détaillés, et concernent tant des thèmes de santé (nutrition, sport, sexualité) que de maladie et risques (suicide, accidents, violence...) et tant dans le domaine de la santé physique que mentale ou sociale. L'utilisation d'une telle banque de données est à promouvoir, au moment des décisions d'actions éducatives par exemple. Les informations contenues pourraient être développées, certains des facteurs relevés dans les modèles psychosociaux en sont absents.

Modèles de santé et modèles d'éducation

Au carrefour des deux grands champs d'action que sont la santé et l'éducation, l'éducation pour la santé bâtit ses concepts et ses modèles d'application à la fois sur ceux de la santé et ceux de l'éducation.

Les deux modèles de santé souvent décrits (Bury, 1988) distinguent système biomédical et système biopsychosocial. Dans le premier, la santé est appréhendée comme l'absence de maladie, elle-même définie comme un problème organique (biophysique), objectivable, déterminé par une ou plusieurs causes qui doivent être identifiées et traitées. La prévention est perçue comme le côté « santé », alors que son objet reste la maladie, contre laquelle elle est un moyen de lutte « anticipée ». Le second modèle englobe le premier, auquel il ajoute plusieurs éléments : il existe un continuum entre la santé et la maladie ; la santé y est définie comme un état de bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie (définition OMS) ; la santé y est à la fois objective (contrôlable par des mesures bio-physiologiques) et subjective (en tant que volet d'une construction personnelle et/ou sociale, variant selon les groupes et les périodes) ; la santé concerne l'individu ainsi que son entourage et la société ; la santé peut-être abordée sous différents angles : maintien d'un état existant, prévention d'un état non souhaitable, soins et traitement d'un état de maladie avéré, réhabilitation...

Les deux modèles d'éducation classiquement présentés, pour simplificateurs qu'ils soient, décrivent bien la situation existante (Fopes, *in* Bury, 1988). D'une part, une logique classique d'enseignement, centrée sur l'enseignant, et utilisant des méthodes « transmissives » et inductives des savoirs à acquérir. Ce modèle est illustré par l'enseignement formel, habituel aux institutions classiques, où les objectifs et les contenus de formation sont prédéfinis par des

experts, et où le but est la transmission de savoirs. Le deuxième modèle s'inscrit dans une logique dite d'apprentissage, où l'acteur principal est la personne qui apprend. Cette personne contribue en priorité à la définition des objectifs et des contenus de son apprentissage. L'acte éducatif commence alors par l'aide à la définition (ou la négociation) des objectifs d'apprentissage et vise l'acquisition des savoirs nécessaires à atteindre le but fixé par l'apprenant, ou conjointement par le formateur et l'apprenant, mais jamais par le seul formateur. Les méthodes y sont surtout participatives et déductives.

Modèles d'éducation pour la santé

Le croisement des modèles de santé et d'éducation fournit quatre types possibles d'éducation pour la santé (Deccache et Meremans, 2000) présentés dans le tableau 2.II.

Tableau 2.II : Différents types d'éducation(s) pour la santé.

Modèle d'éducation	Modèle de santé	
	biomédical	biopsychosocial
Logique d'enseignement (fondée sur l'enseignement)	Type 1 : enseignement de savoirs médicaux	Type 2 : enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale
Logique d'apprentissage (fondée sur l'apprenant)	Type 3 : apprentissage de savoirs médicaux	Type 4 : apprentissage de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale

Type 1 : enseignement de savoirs médicaux

La santé étant considérée ici comme l'absence de maladie, l'éducation y correspond à l'enseignement de la prévention, et plus particulièrement des comportements susceptibles d'empêcher les risques, l'apparition des problèmes ou des complications. Les sujets d'enseignement sont définis en relation avec les risques considérés, par des experts médicaux. La base des savoirs est scientifique, épidémiologique ou clinique, et une relation causale entre un comportement et un problème de santé y est établie. Dans ce cadre, l'éducation pour la santé vise la diffusion et la transmission de ces savoirs et des comportements de prévention recommandés. Elle se fonde sur une bonne connaissance rationnelle des risques et des conséquences possibles, et favorise la « pédagogie de la peur ». La logique et la structure des contenus de l'éducation pour la santé est souvent calquée sur le modèle de la formation médicale (anatomo-physiologie, étiopathogénie, symptomatologie et traitement, risques et modes de prévention).

Type 2 : enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale

Ce type d'éducation pour la santé se différencie du précédent par l'inclusion d'aspects non médicaux. Ses référents sont autant la santé que la maladie et le risque, et les déterminants psychologiques et sociaux y sont pris en compte. La multicausalité y est reconnue, la maladie et la santé pouvant être objectives (contrôlables par des mesures biophysiques) ou subjectives (volet d'une construction personnelle et/ou sociale). Les savoirs à transmettre restent prédéfinis, mais par des experts travaillant en complémentarité, ajoutant à la médecine et l'épidémiologie des disciplines telles que la psychologie médicale ou la médecine sociale. L'éducation pour la santé consiste encore à enseigner les comportements de santé ou de prévention adéquats, en les étendant à tous les aspects de la santé (par exemple, connaissance des risques mais aussi de leurs déterminants psychologiques et sociaux). L'éducateur est un enseignant, un expert maîtrisant plusieurs disciplines.

Type 3 : apprentissage de savoirs médicaux

Plus rare, ce type d'éducation pour la santé s'élabore autour d'un apprentissage participatif, dans lequel les apprenants contribuent à leur propre formation, notamment en définissant eux-mêmes leurs objectifs et moyens d'apprendre. La maladie, les complications et le risque en sont les objets principaux, et le choix des apprenants est limité, de manière libre ou imposée, à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. La démarche prégnante est encore celle de la résolution de problèmes, sur laquelle se fondent de nombreux systèmes d'enseignement et de pratiques de santé et de soins. L'éducateur est encore un expert, qui définit le champ d'intérêt, mais aussi un facilitateur, un animateur capable de s'adapter, dans les limites de son expertise, aux attentes et choix des apprenants. C'est le cas par exemple d'un programme de prévention du sida, qui, tout en restant centré sur le problème de santé, peut être orienté selon les intérêts du public sur les aspects liés à la transmission ou sur les risques, les possibilités de prévention, les représentations de la maladie...

Type 4 : apprentissage de savoirs de santé physique, mentale et sociale

L'éducation pour la santé revêt ici sa forme la plus ouverte, puisque fondée à la fois sur une vision globale de la santé et de la maladie et sur une logique éducative de type « apprentissage ». Elle permet aux personnes concernées de se centrer sur les questions de prévention des risques, si elles le jugent utile, et de prendre le cas échéant du recul pour considérer « leur » santé dans ses dimensions subjective et globale. La participation occupe une place majeure dans ce type d'éducation pour la santé. Elle se définit à la fois comme la possibilité de négocier les sujets de santé, les contenus et les méthodes, et comme la possibilité, pour le public concerné, de décider du sujet, même et souvent en dehors du champ et des questions apportés par l'éducateur. Ce dernier a un rôle de personne ressource, de facilitateur, parfois de révélateur (prise de conscience), et en tout cas d'aide à l'*empowerment* du public.

Acteurs de l'éducation pour la santé

Il paraît évident que tous les intervenants auprès des enfants et adolescents sont concernés par leur éducation sanitaire : d'une part les parents, les enseignants, les éducateurs, les membres des mouvements de jeunesse, d'autre part les intervenants du champ de la santé, médecins de famille, pédiatres, paramédicaux, médecins et infirmiers scolaires. Entre les deux se situent les professionnels de l'éducation pour la santé, concernés à la fois par chacun des domaines et par leur intersection. À ces intervenants directs s'ajoutent d'autres, non spécialistes, ou en contact indirect avec les jeunes : organismes de santé et de prévention, associations de patients et de consommateurs et autres émetteurs de messages de santé.

À ces quatre groupes d'acteurs correspondent des enjeux différents et des possibilités d'actions variées. Lorsque les professionnels de santé et de soins sont responsables de l'éducation pour la santé, ils tendent à développer des démarches préventives, centrées sur les risques détectés ; lorsque les éducateurs et pédagogues s'en préoccupent, ils l'intègrent plutôt à l'éducation en général, et y associent les jeunes concernés.

Dans le milieu scolaire, les difficultés de collaboration entre les acteurs habituels du système éducatif et ceux de la médecine scolaire sont des indices de ces divergences de vues. Au niveau des services de l'État, la faiblesse de la concertation entre ministères de l'Éducation et de la Santé est aussi liée à ce phénomène. Au niveau académique, les approches promues dans les départements d'éducation pour la santé diffèrent sensiblement selon qu'ils sont rattachés à des facultés de médecine, de santé publique ou de sciences de l'éducation. Enfin, au niveau de l'activité d'évaluation ou de recherche, l'appartenance disciplinaire détermine le type, l'objet et les méthodes de recherche et d'évaluation : selon que les acteurs et chercheurs sont épidémiologistes, psychologues, sociologues ou pédagogues, l'orientation sera différente.

Ce problème est celui de la définition des responsabilités, des rôles, et des territoires. Indjeagopian et Vigarello (1996) analysent la nouvelle place qu'occupent de plus en plus les médecins scolaires dans les projets éducatifs. Ils appellent à une redéfinition des rôles et des collaborations dans le champ scolaire entre enseignants, personnels de santé et parents. Toutefois, un risque réel de « sanitocentrisme », de médicalisation outrancière de la vie et de l'éducation existe chez les professionnels de la santé, auquel correspond chez les enseignants et pédagogues un risque de dilution des problèmes et des questions de santé biophysique, des urgences épidémiologiques. En outre, les personnels de santé ont une tâche (soigner), socialement et pénalement définie, dont ils sont seuls dépositaires et dont ils peuvent avoir à rendre compte des résultats ; leurs pratiques, même préventives, prennent place dans un cadre légal.

Les « éducateurs pour la santé » constituent également une catégorie d'acteurs particulièrement utiles. Ils se définissent par leur formation, leur expérience et surtout par leur capacité à dépasser les clivages professionnels et disciplinaires, ayant des compétences interdisciplinaires, à la fois dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la communication, de la psychologie et de la sociologie. Ils forment un groupe à l'interface entre les autres groupes d'intervenants.

Le rôle et la place des parents et de l'entourage familial sont à nouveau mis en exergue. Les parents devraient être perçus non seulement comme un public potentiel de l'éducation pour la santé, secondaire puisque les enfants constituent le principal, mais aussi comme co-intervenants, acteurs à part entière, et même dans certains cas les acteurs principaux de l'éducation pour la santé de leurs enfants. Livingood (1996) cite deux expériences dans lesquelles les problèmes de santé des enfants ont été prévenus ou résolus grâce à des actions impliquant les parents seuls. Levie (1999) fait le même constat et parvient aux mêmes conclusions, dans le cadre d'activités de médecine scolaire avec des populations défavorisées.

Quant aux acteurs principaux, à la fois public-cible et intervenants dans leur santé, les enfants d'âge scolaire, leur nature hétérogène soulève deux remarques :

- Même si le lieu de prédilection de ce public est le milieu scolaire, d'une part les enfants scolarisés sont loin d'être confinés à l'école, d'autre part certains échappent à l'obligation scolaire et donc aux actions d'éducation pour la santé conçues pour l'école.
- La proportion d'enfants déjà touchés par des problèmes de santé, maladies aiguës ou chroniques, handicaps et séquelles d'accidents, n'est pas négligeable, et une part des préoccupations et des efforts d'éducation pour la santé (et d'éducation du patient) doit leur être consacrée. Le principe de « discrimination positive » devrait être appliqué ici aussi, la prévalence d'un problème, d'un risque ou d'une préoccupation n'étant pas le seul critère de détermination des priorités. La question est de concevoir des actions dans les autres milieux où se trouvent ces jeunes-là et qui sont très différents (hôpital, lieux de réadaptation, rue...).

Éducation pour la santé en milieu scolaire

Un article sur la problématique de l'éducation pour la santé à l'école publié en 1983 par Governali reste très actuel. L'auteur écrit en réaction à un mouvement, puissant à l'époque dans le système éducatif américain, appelé « retour à l'essentiel », c'est-à-dire aux « trois Rs » : *Reading* - *wRiting* - *'Rythmetic* (lecture-écriture-calcul), qui avait comme conséquence de limiter tout le reste, dont le développement de l'enfant, en arguant que ceci relevait de la famille. Cet auteur formule quelques recommandations pour les éducateurs pour la santé à l'école dont la première est de « connaître » le système éducatif : quel est le rôle et la fonction de l'éducation pour la santé en milieu

scolaire ? Quels sont les buts et les fondements de l'éducation pour la santé ? Qu'est-ce que ceci implique pour l'école et comment cela s'articule-t-il avec le système scolaire, l'éducation générale et l'institution particulière ? Il rappelle une remarque de Green et coll. (1980) à propos du piège pour les éducateurs pour la santé de tomber dans la technicité et de remplacer les objectifs par les activités. Il souligne aussi l'importance d'obtenir le soutien actif des parents et de la communauté.

Sur la base de l'expérience de l'État de l'Arkansas, Elders (1993) propose plusieurs séries de conseils pratiques pour développer des services de santé scolaires avec une approche globale de la santé que l'on retrouve dans l'analyse de Wynder et Prue (1985). Ces auteurs, dans un numéro spécial du *Journal of School Health* consacré à l'éducation à la santé à l'école, soulignaient l'importance d'être en phase avec les préoccupations des élèves, d'utiliser tous les acteurs de l'entreprise scolaire et de déborder de l'école pour impliquer la communauté.

Ceci a été réaffirmé par le Comité français d'éducation pour la santé (Sandrin-Berthon, 1994) : « ...les éducateurs pour la santé s'imposent actuellement deux règles :

- ne jamais considérer la santé comme un but en soi, comme une valeur suprême au-dessus de toute autre, mais uniquement comme un moyen « d'accéder à » ;
- développer à tous niveaux une démarche participative qui associe l'ensemble de la communauté (élèves, enseignants, parents...) au processus d'éducation pour la santé ».

En France le ministre de l'Éducation nationale a défini ses orientations pour l'éducation à la santé à l'école et aux collèges (MEN, 1998) de la manière suivante : ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, l'éducation à la santé a pour objectif le développement de compétences reposant à la fois sur l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir ; la maîtrise de méthodes de pensée et d'action, le développement d'attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité.

Recherche en éducation pour la santé

L'éducation pour la santé étant une discipline à orientation pratique, dont la « matière » est l'être humain vivant, la recherche y est de type appliqué : recherche de développement, recherche évaluative et recherche-action en sont les principales tendances.

Si la recherche évaluative a comme objet les processus et les effets (et l'efficacité) des actions éducatives, les deux autres touchent à la fois l'analyse des besoins et l'implantation des actions et des programmes. Dès le début des années quatre-vingt, la nécessité de travailler tant sur l'« établissement d'états

des lieux » (*assessment research*) que sur la mise en pratique (*experimentation research*) de programmes était mise en évidence (Gallagher et Bruess, 1983). Livingood (1996) suggère que la recherche en éducation pour la santé développe des approches spécifiques à ce domaine, c'est-à-dire à son objet et à son aspect interdisciplinaire, un corpus théorique, des modèles et des méthodes adéquats.

Malgré l'interdisciplinarité inhérente à l'éducation pour la santé, les premiers programmes ayant été d'abord conçus à partir d'une perspective épidémiologique et médicale, les méthodes quantitative et quasi expérimentale ont été les plus utilisées ; par la suite, la sociologie, la pédagogie et la psychologie ont apporté leurs méthodes et leurs outils. Depuis 1995, une remise en question des dispositifs et méthodes de ce type a été effectuée (Davies et MacDonald, 1998) en raison de leur inadéquation possible, notamment pour les « essais randomisés contrôlés » souvent valorisés comme la méthode la plus acceptable. L'objectivation à outrance des objets de recherche et d'évaluation est apparue comme de plus en plus en décalage avec le concept même de santé globale (c'est-à-dire biopsychosociale, et simultanément subjective et objective). Les tentatives d'objectiver même des concepts aussi subjectifs que le bien-être ou la qualité de vie ont montré les difficultés de telles démarches. Plusieurs auteurs ont proposé que des méthodes qualitatives, psychosociologiques, ethnographiques, soient plus souvent utilisées, seules ou associées à des méthodes quantitatives.

Le concept de promotion de la santé contient les notions de « potentiel santé » ou « capital santé » à développer individuellement et collectivement. L'évaluation des actions basées sur cette approche implique que puissent être utilisés des indicateurs des différents niveaux de capacité (d'action, d'utilisation de ressources... vis-à-vis de la santé) qui doivent être créés, comme ont été créés des indicateurs des différents niveaux d'incapacité.

Par ailleurs, l'évaluation et la recherche évaluative ont longtemps été centrées sur les changements de savoirs, les résultats sanitaires et épidémiologiques, et les aspects économiques (coûts et bénéfices), en ignorant le rôle de l'ensemble des facteurs, des processus, des aspects organisationnels dans la qualité et l'efficacité de l'éducation pour la santé. Cook et coll. (1993) considèrent au terme d'une analyse de trois évaluations de grands programmes américains que les questions qui restent sans réponses convaincantes sont les suivantes : Jusqu'à quel point les conclusions sur l'efficacité d'un programme sont-elles justifiées ? Quelle est la nature des activités du programme qui sont réellement mises en œuvre ? Pour quelles raisons certains effets du programme se produisent ou pas ?

Pour Steckler et coll. (1995), la recherche doit s'orienter sur les aspects suivants :

- l'efficacité des combinaisons d'intervention différentes et/ou répétées ;
- l'efficacité à long terme ;
- les groupes marginalisés ;

- les effets des politiques et/ou des changements « passifs » ;
- l'influence des caractéristiques individuelles des éducateurs pour la santé.

Parmi les aspects les plus négligés par la recherche, Aggleton (1997) mentionne la communication avec les groupes marginaux, la recherche sur les politiques de santé, celle sur la cohérence ou les contradictions entre les différents programmes de santé publique dans une même communauté, la discrimination et/ou la stigmatisation des personnes vulnérables.

Enfin l'écart entre la production de savoirs nouveaux et sa dissémination effective, c'est-à-dire les changements consécutifs des pratiques professionnelles, reste considérable et en même temps très peu de recherches sur les mécanismes impliqués sont entreprises. Oldenburg et coll. (1999) et Haines et Jones (1994) insistent sur trois aspects des buts de cette problématique : favoriser l'adoption rapide de ce qui marche, retarder celle de ce qui est douteux et empêcher celle de ce qui ne marche pas.

La recherche en éducation pour la santé doit donc être interdisciplinaire, articulée avec le corpus existant de savoirs en éducation pour la santé et contribuer à l'élaboration d'un corpus théorique. Elle doit permettre de constituer un savoir scientifique sur les facteurs de comportement et autres indicateurs des connaissances, attitudes, représentations et pouvoir sur leur santé, chez les jeunes. Elle doit allier les approches quantitatives et qualitatives et prendre en compte tant le subjectif que l'objectif. Elle doit se préoccuper de santé autant que de maladie et de risque. La recherche évaluative doit se donner pour objet les besoins éducatifs, les programmes d'action et leurs effets. Elle doit dépasser l'évaluation des savoirs, des résultats épidémiologiques et de l'impact économique et s'intéresser aux effets sociaux des processus de mise en place des programmes à l'échelle des communautés et leur influence sur la promotion de la santé.

Dans le domaine de la recherche internationale, si la santé publique est le parent pauvre de la médecine, l'éducation pour la santé est celui de la santé publique. De la même manière, en France la recherche est peu financée. De plus, et contrairement à la situation de la majorité des pays du Nord (Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni) et du sud de l'Europe (Espagne, Italie), du Canada, des États-Unis ou de l'Australie, il n'existe pas en France de tradition universitaire développée en éducation pour la santé, ni de chaire spécialisée. Pourtant, si la prévention n'obtient que 0,4 % des moyens réservés à la santé en France, ce pourcentage tombe à 0,1 % en Belgique francophone (De Bock, 1999), dont quatre des six centres universitaires disposent d'unités d'éducation pour la santé, rattachées aux facultés de médecine.

BIBLIOGRAPHIE

AGGLETON P. Behavior change communication strategies. *AIDS Educ Prev* 1997, 9 : 111-123

- ANTONOVSKY A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996, **11** : 11-18
- ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Éditions CFES 1998 : 328 p
- AUBEL J. Le développement participatif exige une conception participative de la communication. *Promot Educ* 1996, **3** : 28-31
- BAIERLE JL. Santé scolaire : pour une nouvelle politique de la santé à l'école. *Sox Préventivmed* 1997, **42** : 332-341
- BANDURA A. *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey 1986 : 617p
- BRESLOW L. From disease prevention to health promotion. *JAMA* 1999, **281** : 1030-1033
- BURSTROM B, HAGLUND BJ, TILGREN P, BERG L, WALLIN E et coll. Health promotion in schools : policies and practices in Stockholm county, 1990. *Scand J Soc Med* 1995, **23** : 39-46
- BURY JA. *L'éducation pour la santé, la promotion de la santé et la prévention*. Collection savoir et santé, De Boeck-Wesmael éd, Bruxelles 1988 : 231 p
- CAPET C. Il y a « patient » et « patient » : différentes manières de prendre sa santé en charge. *Les cahiers du GERM* 1985, n° 193/194
- COOK TD, ANSON AR, WALCHLI S. From causal description to causal explanation : improving three already good evaluations of adolescent health programmes. In : *Promoting the health of adolescents : new directions for the twenty-first century*. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO, eds. Oxford University Press, New York 1993 : 339-374
- DAVIES JK, MACDONALD G (eds). *Quality, evidence and effectiveness in Health Promotion : striving for certainties*. Routledge Publishers, London 1998 : 225 p
- DE BOCK C. Allocution introductive à la X^e Journée d'éducation pour la santé, université catholique de Louvain, Bruxelles 1999
- DE KETELE JM. Cours de méthodologie générale de l'éducation. Notes de cours. Université catholique de Louvain, EDUS, Bruxelles 1987
- DE LEEUW E. Concepts in health promotion : the notion of relativism. *Soc Sci Med* 1989, **29** : 1281-1288
- DECCACHE A. *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale*. Thèse de doctorat en santé publique, UCL, Bruxelles, mai 1994 : 407 p
- DECCACHE A, MEREMANS P. L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In : *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Sandrin-Berthon B, éd. Collection Éducation et Formation, PUF, Paris 2000 : 147-167
- DESCHAMPS JP, FERRON C, BON N. Santé et adolescence : prendre soin de la jeunesse. *Prévenir* (Paris) 1992, **23** : 115-121
- DESCHAMPS JP. La santé des enfants... en l'an 2001. Éditorial. *Rev Epidémiol Santé Publique* 1999, **47** : 3-5

DRAPER P, GRIFFITHS J, DENNIS J, POPAY J. Three types of health education. *BMJ* 1980, **281** : 493-495

DUBOS R. *Torch of the life*. Trident Press, Simon & Schuster, New York 1962

ELDERS MJ. Schools and health : a natural partnership. *J Sch Health* 1993, **63** : 312-315

FISHBEIN M, AJZEN I. *Belief, attitude, intention and behavior : an introduction to theory and research*. Addison-Wesley, Reading, Mass. 1975 : 477 p

GALICHET F, MANDERSCHIED JC. L'éducation à la santé et la construction de l'identité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 7-17

GALLAGHER NE, BRUESS CE. A special feature : research in health education. *Health Educ* 1983, **14** : 3

GODIN G. L'éducation pour la Santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé* 1991, **IX** : 67-93

GOVERNALI JE. Health education and the « back to basics » movement. *J Sch Health* 1983, **53** : 564-567

GREEN L, KREUTER M., DEEDS S, PARTRIDGE K. *Health education planning : a diagnostic approach*. Mayfield publishing, Palo Alto, CA 1980

GREEN LW, KREUTER MW. *Health promotion planning : an educational and environmental approach*. Mayfield publishing, Mountain View, CA 1991

HAINES A, JONES R. Implementing findings in research. *BMJ*, **308**, 1994 : 1488-1492

INDJEAGOPIAN MN, VIGARELLO G. Les médecins nouveaux acteurs de l'école. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 19-27

LEVENTHAL H, CAMERON L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns* 1987, **10** : 117-138

LEVIE K. *Programme de promotion de la santé dans un quartier défavorisé*. Mémoire de licence en éducation pour la santé, Unité d'éducation pour la santé, RESO-UCL, Bruxelles, septembre 1999 : 150 p

LIVINGOOD WC. Becoming a health education profession : key to societal influence 1995 SOPHE presidential address. *Health Educ Q* 1996, **23** : 421-430

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998, **45**

MEREMANS P. *L'éducation affective et sexuelle des adolescents dans le contexte de l'épidémie du sida*. Thèse de santé publique, spécialité éducation pour la santé, UCL, Bruxelles 1997

MULLEN PD, EVANS D, FORSTER J, GOTTLIEB NH, KREUTER M et coll. Settings as an important dimension in health education/promotion. *Health Educ Q* 1995, **22** : 329-345

NUTBEAM D. Creating health-promoting environments : overcoming barriers to action *Aust N Z J Public Health* 1997, **21** : 355-359

OLDENBURG BF, SALLIS JF, FRENCH ML, OWEN M. Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Educ Res* 1999, **14** : 121-130

OMS (Organisation mondiale de la santé). Constitution du 22 juillet 1946

OMS (Organisation mondiale de la santé). Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 12 septembre 1978

OMS (Organisation mondiale de la santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, Ontario, Canada, 21 novembre 1986

OMS-Europe. Promotion de la santé, une base de discussion sur le concept et les principes. Rapport du Groupe de travail organisé à Copenhague par l'OMS-Europe, septembre 1984

PENDER NJ. *Health promotion in nursing practice*. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Conn. 1982

PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In : *Progress in behavior modification*. Herson M, Eisler RM, Miller PM eds. Sycamore, Homewood, Ill. 1992 : 184-206

ROTTER JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966, **80** : whole n° 609

SANDRIN-BERTHON B, LESTAGE A, BAUDIER F, MONNOT A. 1,2,3... Santé. *Éducation pour la santé en milieu scolaire*. Éditions CFES, Paris 1994 : 218 p

SANDRIN-BERTHON B. L'éducation pour la santé à l'école. *Santé Publique* 1998, **10** : 459-471

STECKLER A, ALLEGGRANTE JP, ALTMAN D, BROWN R, BURDINE JN et coll. Health education intervention strategies : recommendations for future research. *Health Educ Q* 1995, **22** : 307-328

TONES K. The importance of horizontal programmes in health education. *Health Educ Res* 1993, **8** : 455-459

TRIANDIS HC. *Interpersonal behavior*. Brookd/Cole, Monterey, CA 1977

TURSZ A, ROMANO MC. La santé des enfants, la santé scolaire. Une réponse et un dispositif appropriés ? *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997, **21** : 2-7

WALLSTON BS, WALLSTON KA, KAPLAN GD, MAIDES SA. Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* 1976, **44** : 580-585

WALSH JME, MC PHEE SJ. A systems model of clinical preventive care : an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q* 1992, **19** : 157-175

WYNDER EL, PRUE DM. Reshaping the future of health education. *J Sch Health* 1985, **55** : 214

3

Mise en œuvre de l'éducation à la santé dans le système scolaire

Durant les dernières décennies, s'est produite une évolution des problématiques sanitaires. Cette évolution est marquée par l'augmentation des maladies liées à des styles de vie, ou à des comportements, et par la saturation des coûts sanitaires. Cette situation a provoqué une demande croissante à l'égard du système éducatif, prié de s'associer à la prévention de la morbidité et de la mortalité précoce évitable et de contribuer à l'éducation pour la santé des jeunes scolarisés.

L'ensemble des travaux analysés montre les avancées progressives de la prise en considération de l'éducation pour la santé par le système éducatif. Tous ces travaux témoignent également d'une approche élargie de l'éducation pour la santé et de la prise en considération croissante des dimensions environnementales, dans leurs aspects sociaux et relationnels. Cependant, les attentes et les valeurs qui sous-tendent les différentes approches diffèrent considérablement. Certains privilégient la dimension physique de la santé et les effets, en termes de résultats attendus, de changements de comportements censés alléger le poids financier des systèmes de santé. D'autres tentent de favoriser le processus d'*empowerment*, la réduction des inégalités, le bien-être et les dimensions sociales et psychologiques de la santé. On observe également des conceptions et un équilibre diversifié des partenariats, entre le secteur de la santé publique et celui du système éducatif, qui ne sont pas sans effets sur les orientations adoptées.

Constats sur les conditions favorables à la mise en œuvre des programmes

L'analyse de la littérature relative à l'éducation pour la santé permet de dégager certains consensus sur les éléments favorisant la mise en œuvre et la qualité des programmes.

- L'école est un lieu privilégié (mais non unique) d'éducation et de promotion de la santé en raison des interactions importantes entre la santé, la réussite scolaire et l'éducation et aussi parce qu'elle permet d'atteindre la quasi-totalité d'une classe d'âge.

- L'éducation pour la santé demande un investissement substantiel en temps et en ressources pour organiser ou planifier les programmes.
- La formation des adultes, et particulièrement des enseignants, et des équipes est un aspect d'importance déterminante (Denman, 1994 ; St Leger, 1999b ; Kealey et coll. 2000) qui avait déjà été souligné à la conférence de Dublin par Williams (1990), pour qui il s'agissait même d'une priorité.
- De même, il est primordial de constituer des ressources et des outils pédagogiques adaptés et de les mettre à la disposition des enseignants.
- L'allocation de temps doit être suffisante. La durée des programmes représente un aspect important (Denman, 1999). En outre, on observe une diminution des effets des programmes avec le temps (Green et coll., 1996). Il s'avère donc nécessaire d'envisager des programmes progressifs, en spirale (Williams, 1990), qui reprennent les différents éléments tout au long de la scolarité en les adaptant à l'expérience et au niveau d'intelligence des enfants et en les coordonnant avec les programmes scolaires.
- Les méthodes doivent être diversifiées et solliciter la participation active et interactive des élèves, pour les impliquer dans leurs apprentissages (Green et coll., 1996 ; Allensworth, 1997 ; Denman, 1999 ; St Leger, 1999a).
- La clarification des valeurs et des attitudes ainsi que le développement de l'estime de soi (Denman, 1994) constituent des facteurs éthiques mais aussi des facteurs d'efficacité.
- L'information ne suffit pas (Denman, 1994).
- Les connaissances sont plus faciles et plus rapides à faire évoluer que les attitudes et les comportements ; l'amélioration des connaissances ne conduit pas nécessairement à des changements de comportements (Green et coll., 1996).

Le développement social et l'enrichissement des compétences psychosociales (telles que la conscience de soi, l'empathie, la capacité à résoudre des problèmes et à prendre des décisions, la pensée créatrice et critique, la capacité à faire face (*coping*, de l'expression *to cope with*), à gérer son stress et ses émotions, les relations interpersonnelles et la communication, (OMS, 1993 ; Arwidson, 1997) sont des éléments importants de l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé.

Des facteurs d'« inefficacité » sont également mentionnés (St Leger, 1999b), notamment quand les programmes sont développés en réponse à une crise, surtout s'ils visent à faire peur ou se limitent à des « prêches », quand ils sont non coordonnés et discontinus, quand ils sont largement basés sur des ressources externes avec peu d'implication des équipes éducatives, ou encore quand ils ne comportent que peu d'investissement dans la formation des enseignants et dans la mise à disposition de ressources.

L'éducation pour la santé ne suffit pas. Le « programme caché » (*hidden curriculum*) des établissements, c'est-à-dire les valeurs, le climat relationnel et les pratiques éducatives au quotidien, influent sur la construction de l'identité et sur les apprentissages (Young, 1994). De plus, l'école ne peut agir seule, sans

coordination avec les divers environnements sociaux qui exercent des influences majeures sur les enfants. De fait, la prise en compte du contexte, l'implication des parents (Denman, 1999) et des communautés locales améliorent l'efficacité des programmes (St Leger, 1999b). Les écoles ne peuvent pas non plus être considérées comme les seules instances aptes à résoudre les problèmes sociaux et sanitaires en l'absence d'autres formes d'action de santé publique.

Programmes de promotion de la santé

La prise de conscience progressive des différentes dimensions qui ont une influence majeure sur la santé a conduit au développement du concept de promotion de la santé (Deschamps, 1998). L'éducation pour la santé ne peut être dissociée du paradigme de promotion de la santé dont elle constitue un des aspects. Dans ce paradigme, la santé est envisagée non comme une fin en soi, mais comme une ressource.

Les politiques nationales définissant les orientations des systèmes scolaires dans ce domaine relient maintenant étroitement l'éducation pour la santé à la promotion de la santé. Pour les établissements scolaires, cette approche repose sur une combinaison de mesures et de responsabilités dans différents registres :

- le curriculum (les contenus d'enseignement) ;
- l'environnement (physique, organisationnel et psychosocial, intégrant les valeurs et les aspects relationnels) ;
- les services de santé ;
- les partenariats (avec les parents, les communautés, le secteur de santé) ;
- le fonctionnement de l'école.

Dans une revue des programmes de promotion de la santé réalisés dans l'enseignement primaire, St Leger (1999a) recense la diversité des problématiques ciblées qui relèvent pour l'essentiel des champs thématiques de la prévention dentaire et cardiovasculaire (tabac, nutrition, activité physique).

Un des programmes s'intéresse aux aspects relationnels et à la santé mentale et s'adresse aux enfants ayant des difficultés scolaires. Un autre, de moindre ampleur puisqu'il ne concerne qu'une seule classe, s'inscrit dans une démarche d'*empowerment* et de lien avec la communauté : il laisse aux enfants le choix du problème à traiter, et ceux-ci ont choisi d'œuvrer pour faire diminuer la vente de drogue dans l'environnement de leur école. Un seul programme est réellement multidimensionnel et tente d'associer des aspects thématiques (tabac, nutrition, drogues), le développement des compétences des enfants (résolution de problèmes, capacité à faire face) ainsi que des aspects relationnels. L'analyse de ces différents programmes conduit l'auteur aux constats suivants :

- l'amélioration de la santé augmente les capacités d'apprentissages des enfants et la réussite scolaire ;

- l'environnement physique a un impact sur la santé, le bien-être et la capacité à apprécier la vie ;
- l'environnement scolaire social, bien que difficile à mesurer, a des répercussions sur la santé et sur les conduites à risque durant l'adolescence et les apprentissages scolaires ;
- les méthodes actives et interactives d'éducation pour la santé, ainsi que le développement des compétences psychosociales, apparaissent efficaces.

Les facteurs d'efficacité sont la formation des enseignants, l'existence de partenariats avec les parents et les communautés locales ainsi que la mise à disposition d'outils qui impliquent les élèves dans des activités de pensée et d'action indépendantes. La collaboration intersectorielle facilite l'aspect global et multidimensionnel des programmes et en améliore les gains. Un constat voisin est effectué par Kann et coll. (1995) qui note, à propos de la réduction des comportements à risque, que l'efficacité est fonction de la formation des enseignants, de la fidélité au programme enseigné, de l'allocation de temps, de la qualité des outils pédagogiques, de l'implication des familles, du soutien de la communauté et de l'administration, de la coordination entre les différentes composantes du projet, de la globalité de l'approche et même de la qualité de l'évaluation.

La recension effectuée par St Leger (1999a) montre l'importance de l'amélioration des compétences psychosociales et de l'environnement social. Elle souligne les interactions entre les apprentissages scolaires et la démarche de promotion de la santé, qui représentent un aspect susceptible d'intéresser les acteurs du système éducatif. Les programmes centrés sur la promotion de la santé mentale semblent prometteurs (Hosman, 1999). Pour cet auteur, ils ont montré des effets en termes de bien-être mental, de meilleur ajustement psychologique et de diminution des difficultés d'apprentissages scolaires, des problèmes de comportements et des agressions. Dans cette perspective, l'accent est mis sur la personne et ses environnements sociaux et sur le développement des facteurs psychologiques et sociaux de la santé. Les facteurs psychologiques comprennent les facteurs de santé émotionnelle (estime de soi, conscience de soi, attention à soi, liens affectifs précoces positifs, sentiment de sécurité, développement émotionnel) et les compétences psychologiques (résolution de problèmes, gestion du stress, capacité à faire face à l'adversité, adaptabilité, compétences sociales). Les facteurs sociaux favorables sont la qualité des relations interpersonnelles, les soutiens sociaux, l'appartenance à des réseaux, la participation sociale, la responsabilité, la tolérance, le degré et les possibilités d'autonomisation, l'intégration des minorités...

Modèles de promotion de la santé et mise en œuvre

44 Les visées, les théories sous-jacentes et les appartenances professionnelles ont produit différents modèles de promotion de la santé à l'école. Divers types de

programmes peuvent ainsi être distingués en fonction : du statut alloué à la visée de santé, de la prédominance accordée à la dimension physique, psychologique ou sociale de la santé, des modèles théoriques (avec en particulier l'utilisation importante des modèles comportementalistes aux États-Unis) et de la nature des partenariats entre les acteurs du système sanitaire et ceux du système éducatif. On observe également une tension forte entre le caractère normatif, prescriptif, des programmes et les démarches favorisant la participation, l'appropriation et l'autonomisation des acteurs (processus d'*empowerment*). Les approches varient aussi selon les théories et les modèles professionnels, on pourrait ainsi distinguer le modèle médical, le modèle comportementaliste, le modèle éducatif, le modèle centré sur la santé mentale, le modèle systémique...

Types d'approches

Nutbeam (1996) propose une typologie des pratiques de promotion de la santé et distingue trois types d'approches.

- L'approche planifiée, qui vise plutôt à établir des résultats systématiques. Elle est fondée sur l'application de la recherche. Il existe un lien fort entre la programmation et les résultats envisagés, appréhendés le plus souvent dans leurs aspects quantitatifs. Les besoins des populations sont pris en compte dans des limites définies. En général, le contrôle est externe et ce type de pratiques est dirigé par les concepteurs du projet. Le succès est envisagé en termes de réalisation des objectifs prédéterminés.
- L'approche de promotion de la santé centrée sur la réponse aux besoins, qui est probablement la plus fréquente dans les interventions communautaires. Elle privilégie le processus de développement de la communauté, plutôt que les résultats. Elle accorde de l'importance à l'implication de la communauté pour définir ses propres problèmes de santé et participer à leur résolution, dans la lignée de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). C'est l'implication communautaire qui apparaît l'élément déterminant pour soutenir et développer le programme de façon durable. Les succès sont souvent envisagés en termes de réponse aux besoins communautaires et de participation, de mobilisation communautaire. L'évaluation fait alors une large place aux aspects et aux méthodes qualitatives et l'adaptation des schémas traditionnels d'évaluation quantitative est plus délicate.
- L'approche réactive, qui est développée en réponse à un problème ou une crise. Ce sont plutôt des actions à court terme et conçues de façon centralisée, voire dans l'urgence. L'accent est souvent mis sur une diffusion large de messages vers les communautés ainsi que sur l'utilisation des médias (exemple : campagnes médiatiques de prévention). On peut également en rapprocher les réponses de type sécurisant lorsque, en réaction à des incidents de consommation survenus dans l'établissement, il est demandé une intervention thématique et ponctuelle de la gendarmerie ou de la police, généralement réduite à l'information et à une mise en garde (Lonfils, 1997).

Pour Nutbeam (1996), l'idéal serait de concilier les qualités des deux premières approches, en se fondant sur une démarche rigoureuse, tenant compte des acquis de la recherche, mais laissant une large place à l'expression des besoins et à l'adaptation des réponses.

Modèles de mise en œuvre

Concernant les modèles de mise en œuvre de l'éducation/promotion de la santé dans les établissements scolaires nous distinguerons ici deux niveaux : le premier niveau correspond aux programmes expérimentaux et concerne un ou plusieurs établissements. Ces programmes, dès lors qu'ils sont plutôt centrés sur la démonstration de leurs effets, empruntent des procédures d'évaluation calquées sur les modèles médicaux. Le second niveau correspond aux politiques nationales promues par les autorités éducatives afin d'implanter l'éducation/promotion de la santé dans la pratique des établissements scolaires. L'effectivité de la diffusion de ces pratiques et de l'appropriation de cette nouvelle mission par les établissements scolaires importe tout autant que la démonstration des résultats.

Programmes expérimentaux : du modèle biomédical préventif au modèle global

Les programmes élaborés et mis en œuvre localement dans un ou plusieurs établissements sont qualifiés d'expérimentaux, par opposition aux programmes définis dans la politique de santé des États.

Modèle préventif

Dans le modèle préventif (Green et coll., 1996), l'accent est mis sur la dimension physiologique de la santé ; l'objectif est la réduction des facteurs de risque et la finalité à long terme est la réduction de la morbidité et de la mortalité prématurée. Les interventions sur les facteurs de risques cardiovasculaires sont basées sur le modèle d'intervention communautaire de Karélie du Nord dont les résultats à long terme ont été probants, tant sur les facteurs de risque que sur la mortalité (Puska, 1999). Ce modèle, issu du milieu médical, a également été implanté en milieu scolaire dans une visée expérimentale, pour tester différentes hypothèses concernant des éléments du programme. Il cherche à répondre à un certain nombre de questions, à identifier l'efficacité de divers aspects du programme ou de leur intensité.

La réalisation du protocole est relativement lourde, voire rigide. Elle implique une organisation structurée de l'évaluation des effets avec, en particulier, l'existence de groupes témoins. L'évaluation examine les effets attendus mais néglige facilement d'interroger les processus adaptatifs, les dynamiques créées

et le « programme caché », au risque de ne pas envisager les conditions de leur transférabilité et de leur prolongement, au-delà de la phase d'expérimentation. Une telle démarche d'évaluation ne permet pas d'observer les aspects considérés comme annexes alors qu'il s'agit de démarches multiples et complexes. L'implication des parents est variable.

Ces protocoles sont essentiels pour établir un certain nombre de faits, cependant le reproche fondamental qui peut leur être fait est d'évacuer le sujet, instrumentalisé aux finalités de l'expérimentation. L'éviction des individus et des communautés constitue probablement le risque majeur des évaluations limitées à la seule dimension somative. Dans ces programmes réalisés en milieu scolaire, la finalité majeure consiste à modifier des constantes biologiques, qui vont manifester des effets du programme ; mais le ressenti des sujets (se sentent-ils mieux ?) n'est pas envisagé.

Ainsi Resnicow et coll. (1996) présentent les résultats de l'évaluation d'un programme scolaire nord-américain visant à réduire les facteurs de risque cardiovasculaire. Ce projet voulait introduire des modifications de la nutrition et de l'activité physique au niveau de la communauté scolaire (réduction des graisses servies à la restauration scolaire et augmentation de l'activité physique pendant les cours d'éducation physique) et au niveau individuel.

À terme, il a été observé une augmentation de l'intensité de l'activité physique demandée aux élèves pendant les cours et une diminution de la teneur en graisses des repas servis par les écoles. En ce qui concerne les élèves, les auteurs ont observé une amélioration des connaissances et des intentions diététiques, une diminution de la quantité de graisses absorbées mais aucune modification des constantes biologiques. Ces résultats sont imputés, d'une part à l'insuffisance de la formation et du temps consacré aux enseignements (15-20 heures réparties sur trois ans), et d'autre part à la faible implication des familles. La fidélité au programme a été vérifiée, mais les autres aspects qualitatifs de ce programme, les processus engagés ne sont pas envisagés.

Modèle global

Au programme précité, on pourrait opposer celui de Battle Creek Michigan (Vincent, 1990 ; Williams et Kubik, 1990) : orienté au départ vers la diminution de facteurs de risque, le projet a évolué vers un objectif plus positif de promotion de style de vie sain, de bien-être, de qualité de vie et de prévention. Réalisé à grande échelle, il a été initié pour compenser l'impact de réductions budgétaires concernant les services scolaires de santé.

Il s'agit d'un programme global, multidimensionnel qui s'intéresse au vécu de la personne. Il comporte différents volets, implique de nombreux acteurs sociaux (communautés locales, médias, établissements scolaires, familles) et prend en compte toute la communauté scolaire (les équipes éducatives – auxquelles était proposées, outre des formations, des mesures visant à l'amélioration de leur propre bien-être – et les élèves) ainsi que les parents.

L'évaluation semble prometteuse en ce qu'elle indique la restauration de liens sociaux (soutien des parents au programme et aux écoles, meilleure attention aux enfants, réduction de l'absentéisme des enseignants) et, sur le plan de la santé publique, une meilleure utilisation des ressources de santé. Malheureusement, l'évaluation est incomplète à l'heure où l'article a été écrit. On regrette aussi que l'évaluation ne soit pas à la hauteur des ambitions de ce projet : les élèves ne sont envisagés que par le biais de l'augmentation des conduites de consommations de substances psychoactives. Par ailleurs, l'absence de groupe témoin ou de comparaison ne permet pas de conclure sur les évolutions observées dans ce domaine, compte tenu, par exemple, des tendances séculaires. Pour un tel programme, impliquant 47 écoles, on aurait souhaité avoir davantage d'informations en termes de bien-être des élèves et d'insertion scolaire et sociale, ainsi que de leurs avatars, décrochage scolaire, échec scolaire, dépression, tentatives de suicide, accidents...

Ce programme constitue un modèle de programme global de promotion de la santé en milieu scolaire considérant l'ensemble des acteurs de la communauté scolaire. Si, dans le premier exemple présenté, le système scolaire est instrumentalisé par les promoteurs du projet, dans ce dernier, l'école, en lien avec ses partenaires, est au cœur du projet, dans une approche globale et positive de la santé, permettant l'interaction entre les missions spécifiques de l'école et la promotion de la santé.

Programmes définis dans la politique de santé des États

Les politiques, les programmes et les projets d'éducation pour la santé, de promotion de la santé au sein du système scolaire, de même que les conditions et l'effectivité de leur mise en œuvre, sont largement dépendants de l'organisation du système éducatif d'une part, et du système de santé d'autre part, ainsi que des cultures respectives des partenariats interinstitutionnels. L'étude de certains contextes spécifiques, nationaux ou internationaux, de mise en place de programmes permet de situer les options et les priorités définies par les autorités éducatives et/ou de santé publique.

Modèle américain du CDC : *Comprehensive School Health Education*

Le modèle de *Comprehensive School Health Education*, que l'on pourrait traduire par « approche globale de l'éducation pour la santé à l'école », a été développé aux États-Unis à la fin des années quatre-vingt et au début des années quatre-vingt-dix par une institution sanitaire fédérale, le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) afin d'unifier et d'articuler les objectifs fédéraux et ceux des différents États, dans un pays où la diversité locale est importante (DeFries et coll., 1990). L'objectif de ce modèle est l'amélioration de la santé ainsi que des attitudes, des pratiques et des compétences ayant un impact positif sur la santé (Seffrin, 1990).

L'*Institute of Medicine* (Allensworth et coll., 1995 cité par Kann et coll., 1995) conçoit les *Comprehensive School Health Education Programs* comme un ensemble diversifié de stratégies, d'activités et de services scolaires, planifiés et séquentiels, visant à promouvoir le développement physique, émotionnel et social des élèves, en liaison avec leur instruction. Le programme entend aussi impliquer et soutenir les familles et la communauté locale, en tenant compte de leurs besoins, de leurs ressources, de leurs critères et de leurs exigences... Il est coordonné par une équipe multidisciplinaire, responsable de sa qualité et de son efficacité. Cette définition met l'accent sur la notion de santé globale, sur ses interactions avec les apprentissages scolaires ainsi que sur les liens avec les parents et les communautés, dans un pays où ces dernières ont une tradition de forte implication dans le système scolaire.

Principes généraux

Les principes généraux de cette approche insistent sur la dimension comportementale et sur la coordination entre l'école et la communauté. Allensworth (1997) les décrit ainsi :

- priorité aux comportements qui affectent la santé et les apprentissages (tabac, habitudes alimentaires, abus d'alcool et de drogues, violences physiques inactivité physique, comportements sexuels à risque), dans la mesure où les problèmes de santé les plus importants sont attribués à des styles de vie et des décisions individuelles ;
- soutiens sociaux aux élèves (il s'agit de créer un environnement où chacun contribue à la participation active des élèves) ;
- programmes de santé multidimensionnels à l'école ;
- coordination de l'école et de la communauté (ce qui implique des instances de coordination à divers niveaux) ;
- interventions multiples, compte tenu des influences diverses qui affectent les apprentissages et les comportements ;
- participation active des élèves ;
- sollicitation des familles ;
- programmes de formations et d'échanges pour les équipes éducatives ;
- planification des programmes.

Contenu et organisation

Un tel programme global comprend huit composantes interactives (St Leger, 1999a ; Allensworth, 1997 ; Kann et coll., 1995 ; Kolbe et coll., 1995 ; DeFriese et coll., 1990 ; Resnicow et coll., 1996) dont cinq ont été ajoutées à la triade traditionnelle : éducation pour la santé, services scolaires de santé et environnement sain.

- L'éducation pour la santé est enseignée tout au long du cursus scolaire, du jardin d'enfants jusqu'à la fin de la scolarité. Elle vise à développer non seulement des connaissances mais aussi des compétences utiles au développement personnel et à la santé tout au long de la vie. Les programmes d'éducation pour la santé doivent aborder des aspects diversifiés de la santé, ses

dimensions physique, mentale, émotionnelle et sociale, c'est-à-dire : la croissance et le développement, la nutrition, l'exercice physique, les relations humaines, la santé familiale, la sécurité, la réduction du stress, la sexualité, la prévention des maladies, les risques liés à la consommation excessive de substances dont la toxicité est démontrée (tabac, alcool, drogues), les aspects environnementaux. Elle doit aussi chercher à développer des compétences variées : prise de décision (très souvent la première des compétences citées), affirmation de soi, communication, responsabilité, vision à long terme... afin d'inciter les jeunes à prendre soin d'eux-mêmes et à prendre en considération les conséquences à long terme de leurs actes.

- Les services de santé scolaire assurent des activités de dépistage, des soins de santé primaires, des soins d'urgence, facilitent l'accès aux autres soins et mènent des activités de conseil pour la promotion de la santé des élèves, de leurs familles et de la communauté.
- La promotion d'environnements sains inclut les facteurs physiques, (bâti-ments, environnements proches, température, bruit, lumière...) mais aussi les facteurs psychosociaux qui affectent le bien-être et la capacité de travail des élèves et des adultes (relations interpersonnelles, reconnaissance des individus et de leurs besoins, construction de l'estime de soi...).
- Les services de restauration scolaire doivent concourir à la santé et à l'éducation des élèves, en lien avec les programmes d'enseignement et les services communautaires concernés par la nutrition.
- Des programmes de promotion de la santé se préoccupent du bien-être et des besoins de santé des personnels scolaires, afin de les sensibiliser, de les motiver et de les impliquer au programme de promotion de la santé de l'établissement.
- L'établissement offre des services psychologiques et de *counseling* qui prennent en compte la santé mentale, émotionnelle et sociale des élèves au moyen d'interventions individuelles et collectives.
- L'éducation physique propose une variété d'activités planifiées qui concourent au développement physique, mental, émotionnel et social optimal de « chacun ». Elle promeut des activités qui plaisent aux élèves et qu'ils pourront pratiquer au cours de leur vie.
- L'implication des parents et des communautés est recherchée afin de coordonner les projets de l'école, des familles et de la communauté dans le cadre d'un partenariat actif visant à promouvoir la santé des élèves.

Selon Jackson (1994, cité par St Leger, 1999a) le paradigme des *Comprehensive School Health Education Programs* évolue progressivement vers une réelle approche de promotion de la santé ; cet auteur note le glissement de l'éducation pour la santé, conçue comme instruction formelle, vers une éducation dans la classe, basée sur les compétences génériques et adaptée aux besoins. La centration initiale sur l'information se déplace sur les attitudes et les valeurs. Il note également un élargissement à l'ensemble de l'école et de la communauté tendant vers une implication interdisciplinaire et interinstitutionnelle.

Dans les programmes développés par le CDC en milieu scolaire, l'accent est mis sur la prévention des maladies cardiovasculaires (la nutrition, les activités physiques et le tabac), des maladies sexuellement transmissibles et sur la problématique des substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites), plus rarement sur les violences scolaires ou d'autres aspects en relation avec la santé. Le CDC a financé, développé et soutenu différents programmes et produit des guides pour aider à la mise en œuvre de ces priorités. Il a contribué à l'élaboration d'une déclaration conjointe des ministères en charge de la Santé et de l'Éducation, promouvant la collaboration de ces deux secteurs.

Examen de l'extension des programmes

Une étude nationale a été réalisée par le CDC en 1994, pour mesurer l'extension de cette politique, et plus particulièrement le statut de l'éducation pour la santé au niveau des États, des districts, des écoles et des classes. Les deux premiers niveaux ont été interrogés par questionnaire et les deux suivants, par entretiens, ce, seulement pour l'enseignement secondaire (Errecart et coll., 1995 ; Kann et coll., 1995).

Au niveau des établissements, le responsable de la politique de santé est souvent le chef d'établissement, éventuellement assisté d'un adjoint ou d'une infirmière. Plus de la moitié des établissements secondaires disposent des services d'une infirmière scolaire. Ces dernières sont impliquées essentiellement dans des activités de dépistage visuel et auditif, dans la surveillance des vaccinations, les premiers soins d'urgence, le conseil individuel et dans la coordination de l'éducation pour la santé (Leavy Small et coll., 1995).

Les résultats concernant l'éducation pour la santé sont exprimés en ordre de grandeur. La plupart des États et des districts exigent que l'éducation pour la santé soit enseignée et beaucoup d'écoles secondaires donnent au moins un cycle de cours. Au niveau élémentaire, l'éducation pour la santé est plutôt enseignée sous forme de leçons intégrées au programme classique alors que dans le secondaire, les districts demandent que l'éducation pour la santé soit enseignée dans un cours spécifique, consacré presque entièrement à la santé. Dans la pratique, les établissements secondaires enseignent l'éducation pour la santé soit dans des cours spécifiques, soit dans le cadre de disciplines comme la biologie ou l'économie familiale. La plupart des écoles ont des instructions écrites sur les contenus et des manuels pour les élèves.

Les thèmes les plus fréquemment abordés dans le secondaire sont la prévention du sida, de l'usage d'alcool et des drogues, alors que les accidents, les violences ou la régulation des naissances sont moins souvent envisagés. Lorsque l'éducation pour la santé est enseignée dans le cadre d'un cursus spécifique, le temps consacré est plus important et les aspects développés plus nombreux. De nombreux professeurs d'éducation pour la santé enseignent des compétences, telles la communication et la prise de décision, et donnent aux élèves des occasions de mise en pratique (Kolbe et coll., 1995).

La plupart des États et beaucoup de districts proposent des sessions de formation continue sur l'éducation pour la santé. Les trois quarts environ des enseignants d'éducation pour la santé ont suivi une formation durant les deux dernières années. Les professeurs impliqués dans l'éducation pour la santé, en dehors des professeurs d'éducation physique, viennent de disciplines variées : religion, économie familiale, études sociales, sciences de la vie ou langues. On note que certains établissements ont un coordinateur de l'éducation pour la santé (ou une équipe), mais pas tous. En ce qui concerne l'éducation physique, les auteurs observent que les formations proposées aux enseignants sont plutôt axées sur les sports et la compétition, alors que la contribution de l'éducation physique à la santé consisterait plutôt à augmenter l'activité physique durant les cours et à adapter les enseignements pour améliorer la forme physique de chacun.

L'accompagnement de cette politique aux différents niveaux (fédéral, des États, des districts) est indispensable. Ceci implique des mesures incitatives et la prise en compte des besoins financiers et humains (formation initiale et continue et reconnaissance des besoins d'organisation, de coordination et d'évaluation). Les auteurs demandent aux autorités des aides à la définition des contenus qui seront ensuite adaptés aux situations locales. Ils soulignent l'importance de la formation et la responsabilité des États dans ce domaine, d'autant plus que bien souvent les enseignants d'éducation pour la santé ne sont pas des spécialistes. Resnicow et Allensworth (1996) insistent sur la nécessité de coordinateurs expérimentés, dans chaque établissement scolaire, pour coordonner les différents éléments du programme et organiser l'évaluation.

Les contenus d'enseignement ne sont pas analysés dans cette littérature scientifique. Comme l'observe Motta (1998), les publications ignorent les documents et les ressources professionnelles et, plus généralement, la question précise des contenus d'enseignement : « Les études sur l'intégration sont nombreuses et le plus souvent favorables, mais elles restent à un niveau de généralités qui ne permet pas d'appréhender avec la précision et la théorisation nécessaires les questions relatives au découpage, à la ventilation, à la séquentialisation des objets à enseigner et à intégrer, comme si ces questions ne se posaient pas ou relevaient de la présentation directe des innovations... Il semble que les chercheurs et les décideurs se désintéressent de la façon dont les praticiens s'accommodent de cette complexité dans les interventions et les enseignements et les considèrent comme allant de soi. »

Réseau européen des écoles promotrices de santé : une approche promotionnelle

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé constitue un processus de développement et de changement dans lequel les démarches ont toute leur importance pour conférer « aux populations un plus grand contrôle sur leur propre santé et pour améliorer celle-ci ». Il s'agit d'un concept politique interpellant les divers niveaux d'actions et de responsabilités. La santé est

appréhendée comme une ressource et l'accent est mis sur l'*empowerment*, la qualité de vie, le bien-être et sur l'ensemble des conditions favorables à la santé. La promotion de la santé est un concept holistique qui englobe l'éducation pour la santé.

Le concept des écoles promotrices de santé s'est fortement développé en Grande-Bretagne et a orienté l'approche européenne de l'éducation pour la santé vers un processus de promotion de la santé, conforme à l'esprit de l'OMS et à la Charte d'Ottawa. Il peut être envisagé selon trois aspects interdépendants (Green et coll., 1996) : les activités de classe, le milieu scolaire, les liens avec les familles et les communautés.

Le Réseau européen des écoles promotrices de santé a été créé en 1991. Après une première phase d'expérimentation, il s'est développé dans de nombreux pays d'Europe. Il s'agit d'un projet financé conjointement par le Conseil de l'Europe, le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS et la Commission européenne qui vise à promouvoir et à diffuser le plus largement possible cette approche.

L'accent est mis sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé, sur l'amélioration de l'estime de soi, des compétences et du bien-être des élèves mais également sur le bien-être des équipes éducatives et sur les liens entre l'école et la communauté. Initialement, le cadre de référence proposé aux écoles du Réseau comportait 12 critères (tableau 3.1).

Tableau 3.1 : Critères initialement proposés aux écoles du Réseau européen des écoles promotrices de santé pour un cadre de référence.

L'estime de soi des élèves
Les relations entre élèves et entre adultes et élèves
L'objectif social de l'école
Le rôle modélisant de l'équipe éducative
Les relations entre l'école, les familles et les communautés
La liaison entre les écoles primaires et secondaires
Les activités stimulantes
L'environnement sain
La nutrition et la cantine
Les services de santé scolaire
La promotion de la santé des équipes éducatives
La liaison avec les structures de promotion de la santé

Ces critères ont évolué depuis la première conférence du Réseau européen des écoles promotrices de santé tenue en 1997 à Thessalonique (Grèce). La « Déclaration de Thessalonique » insiste sur les valeurs inhérentes à ce modèle, telles que la démocratie, la santé, la culture et les valeurs morales (ENHPS, 1997). Le Réseau ne veut pas imposer un modèle uniforme mais souhaite

refléter les diversités locales, culturelles, organisationnelles et politiques, dans le cadre de valeurs et de principes communs :

- Holistique par nature, il tend à améliorer l'environnement social et physique dans la communauté scolaire et contribue au développement social et économique de la société dans son ensemble.
- Les enseignants font une large place aux démarches innovantes qui favorisent des apprentissages actifs.
- L'accent est mis sur la nécessité impérieuse d'un investissement important dans la formation initiale et continue, condition indispensable au succès de cette approche.
- Cette approche implique un partenariat actif avec les partenaires locaux, les jeunes et leurs parents, appelés à jouer un rôle significatif dans la définition des priorités.
- Une meilleure équité est à la fois l'objectif et la conséquence de la promotion de la santé.
- Les réseaux internationaux constituent le support des collaborations entre les écoles engagées dans ce projet.
- Les ministres en charge de la Santé et de l'Éducation sont invités à collaborer pour promouvoir le développement de ce modèle.

En 1997, 37 pays étaient impliqués dans le Réseau (St Leger, 1999a ; Piette et coll., 1999). Pour l'Union européenne, le nombre d'écoles appartenant au Réseau variait alors, selon les pays, de 2 (Pays-Bas) à 85 (Espagne).

Évaluation de l'extension du Réseau européen des écoles promotrices de santé

Une étude évaluative, menée récemment (Piette et coll., 1999), avait pour objectifs principaux d'analyser le développement du Réseau dans les différents pays de l'Union européenne et les conditions qui l'ont favorisé. Il s'agit d'une évaluation de processus destinée essentiellement aux autorités et aux coordinateurs, afin de les aider à promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être dans les écoles par la prise en compte de déterminants individuels, sociaux et environnementaux. Ce travail est centré sur les besoins des décideurs et il se situe au niveau des processus nationaux ; il ne s'agit donc pas d'une évaluation sur l'impact ou l'efficacité de la démarche au niveau des élèves.

Les auteurs observent que les regards et les besoins d'informations des décideurs des secteurs éducatifs et de santé ne coïncident pas : les premiers sont plutôt intéressés par des informations sur les méthodes et les contenus d'enseignements, alors que les seconds privilégient l'impact sur la santé. De même, le secteur éducatif envisage plus volontiers l'impact positif de l'ouverture des écoles aux communautés.

Concernant la dynamique du développement de la promotion de la santé dans les établissements scolaires, les auteurs notent des situations très contrastées.

Dans quelques pays (Belgique francophone, Norvège, Grèce) le réseau est bien défini et tend à s'étendre alors qu'il existe peu d'initiatives de promotion

de la santé (à l'école) en dehors du réseau. Pour ces pays, on peut penser que l'existence du réseau a initié le développement de cette approche.

Au Royaume-Uni au contraire, où le concept a pris naissance, il existe de nombreuses écoles promotrices de santé, affiliées ou non à des réseaux locaux ou régionaux, et dont un certain nombre avaient développé cette approche avant la création du Réseau européen. Il ne semble donc pas que celui-ci ait influencé le développement de l'approche dans cette nation. C'est aussi le cas de la Suède, où le concept d'école promotrice de santé est voisin de l'approche généralement adoptée par les établissements scolaires.

Dans un troisième groupe de pays, telle la Finlande, l'approche s'est développée parallèlement dans et hors le Réseau européen.

Enfin, le quatrième groupe, incluant la France, est constitué de pays dans lesquels le Réseau est petit, mal connu et reste isolé. Les auteurs signalent plusieurs difficultés spécifiquement françaises, dont un certain rejet du concept (ou de la formulation ?) de promotion de la santé par le système éducatif. Ils s'interrogent sur le désintérêt des autorités pour le projet et regrettent le manque d'autonomie des coordinateurs. Il semble d'ailleurs que la France ait maintenant abandonné sa participation officielle au Réseau.

Parmi les critères initiaux proposés comme cadre général, ceux qui ont été le plus généralement pris en compte dans les établissements sont les relations (entre élèves et entre élèves et adultes), les activités éducatives et la question de la nutrition, avec la cantine. Celui qui pose le plus souvent problème est relatif au rôle modélisateur des adultes. Entre ces extrêmes, se situent les liens avec les écoles primaires, la promotion de la santé des équipes éducatives ainsi que les services de santé scolaire.

Dans la majorité des pays, il existe des accords et des collaborations entre le secteur de santé et le secteur éducatif, en particulier au Royaume-Uni où existent des structures formalisées de promotion de la santé.

Ancrage de l'éducation à la santé dans la politique éducative et les programmes

Pour l'ensemble des pays interrogés par Piette et coll. (1999), l'éducation pour la santé et la promotion de la santé peuvent s'ancrer dans plusieurs disciplines et aussi s'intégrer au projet d'établissement.

En ce qui concerne les contenus d'enseignement, l'éducation pour la santé est abordée dans divers cadres :

- en tant que discipline spécifique ;
- de façon transdisciplinaire, à partir d'un thème transversal ;
- sous des aspects partiels, au sein de disciplines telles que la biologie, le français, les langues... ;
- dans des enseignements d'éducation personnelle, affective et sociale ou, selon les pays, dans les cours de religion, d'éthique, d'instruction civique qui traitent de la démocratie, de la tolérance ou de déterminants de la santé (telles la confiance en soi et la communication) ;

- dans des plages horaires souples, susceptibles d'être attribuées à diverses activités d'enseignement.

Dans l'enseignement secondaire, les thèmes les plus souvent abordés dans les enseignements spécifiques sont les drogues, le sida et la reproduction, alors que pour le primaire ce sont plutôt la nutrition et la prévention des blessures. Piette et coll. (1999) remarquent que, lorsque l'éducation pour la santé n'est pas obligatoire, elle entre souvent en compétition avec d'autres problématiques importantes (éducation civique, écologie...). Ces auteurs notent également que, s'il ne peut y avoir de programme européen unique, il existe un besoin de développement des contenus des programmes et d'activités éducatives non obligatoires.

Les effets positifs les plus fréquents ont été appréhendés en termes de compétences pour les enseignants, d'approche du problème de santé et de lien avec les communautés. Si cette étude n'avait pas pour objectif l'évaluation des résultats, qui devraient faire l'objet d'investigations ultérieures, elle a néanmoins identifié des indications d'effets sur la qualité des relations, l'absentéisme, la nutrition et le développement des contenus d'enseignement. Si la diminution de l'absentéisme peut sembler accessoire pour le secteur de la santé, les auteurs font remarquer qu'elle doit être prise en considération dans la mesure où l'amélioration des conditions de vie et d'apprentissage représente une caractéristique des écoles promotrices de santé : « Ce n'est pas seulement une question de philosophie ou de point de vue. C'est aussi une question d'équité et de stratégie. »

Les auteurs soulignent de nouveau l'importance de la formation des enseignants ainsi que la nécessité de comités de pilotage. Ils recommandent de renforcer les liens entre le secteur éducatif et celui de santé, d'élaborer (et de diffuser) des aides et des ressources diversifiées (guides d'action, d'évaluation...) et de favoriser les échanges sur les pratiques.

Le secteur éducatif a insisté sur la difficulté de concilier la promotion de la santé et les apprentissages fondamentaux, et le secteur de santé sur le manque de ressources. Ces deux secteurs ont souvent évoqué un défaut de coordination. Trois autres aspects ont également été soulevés : l'adaptation du rôle du coordinateur avec l'évolution du processus, le manque de matériel pédagogique congruent avec l'approche de promotion de la santé et la faible différenciation des concepts d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

Angleterre et Pays de Galles : des collaborations étroites entre le système de santé et le système éducatif

La situation de ce pays conjugue une double tradition de décentralisation et de partenariat des systèmes éducatifs et sanitaires, qui ont permis un travail conjoint pour développer l'éducation pour la santé puis la promotion de la santé dans le système scolaire.

Durant les années soixante-dix et quatre-vingt, de nombreux programmes décentralisés d'éducation pour la santé ont été implantés dans le cadre de collaborations entre le secteur sanitaire (les unités d'éducation pour la santé) et le secteur éducatif (*Local Education Authorities* – LEAs, 116 au total). Ceci a permis des avancées importantes dans ce domaine, dans une période d'intense débat d'idées sur l'éducation centrée sur le développement des individus. Parallèlement, des ressources (outils pédagogiques, formations) ont été mises en place pour soutenir ces programmes. Mais le développement de l'éducation pour la santé est resté inégal, faute de politique nationale incitative, cohérente et soutenue (Denman, 1994).

En 1988, la réforme du système éducatif (*Education Reform Act*) a renforcé le pouvoir central et a instauré des programmes nationaux diminuant l'autonomie des enseignants et des LEAs (Vaniscotte, 1996). Cette réforme marque le retour des enseignements traditionnels dans un climat social empreint de rationalité économique. Dans ces programmes nationaux, l'accent a alors été mis sur la réussite scolaire et sur les matières académiques (anglais, mathématiques, sciences) qui ont pris le statut de « matières principales ». La place de l'éducation pour la santé a été réduite, puis réintégrée sous des pressions diverses. L'éducation pour la santé a cependant été introduite dans les programmes en situation marginalisée, comme un des thèmes transversaux qui contribuent à l'éducation personnelle et sociale afin de ne pas créer de nouvelles matières. Parallèlement, le temps alloué, les ressources et les possibilités de formation ont diminué (Denman, 1994 et 1999). On note également qu'une loi de 1993 a retiré la question du sida du programme national ; et, bien que l'éducation sexuelle reste obligatoire dans les écoles secondaires, les parents ont le droit d'interdire à leurs enfants d'y assister (la biologie de la reproduction étant pour sa part enseignée en sciences).

Ces aléas ont introduit des inquiétudes sur le statut de l'éducation pour la santé et sur son devenir dans le système scolaire anglais, d'autant plus que la formation initiale des enseignants accorde peu de place à l'éducation pour la santé. Ce statut de thème transversal, théoriquement riche de potentialité, constitue à la fois un facteur d'innovation et d'interdisciplinarité, mais aussi de fragilisation, si le temps alloué à cet enseignement est faible, si le temps de coordination des équipes n'est pas reconnu, ou encore faute de formation. De manière similaire, on note qu'au Québec l'éducation pour la santé constituait, au milieu des années quatre-vingt, un des volets de la matière « formation personnelle et sociale », obligatoire du primaire à la fin du secondaire, à laquelle étaient consacrées 25 heures par an dans le secondaire. Les autres volets de cette matière étant l'éducation à la sexualité, l'éducation à la vie en société, l'éducation aux relations interpersonnelles et l'éducation à la consommation. Actuellement, le devenir de cette matière « formation personnelle et sociale » paraît fortement remis en cause (Gaudreau, 1998), les nouveaux programmes ayant intégré l'éducation à la santé à l'éducation physique.

Healthy Schools Award

Dans le même temps, il existe des initiatives nationales et locales visant à diffuser dans les écoles le concept et la démarche de promotion de la santé. Le programme cadre *Healthy Schools Award*, que l'on pourrait traduire par « prix des écoles en santé », a ainsi été initié au début des années quatre-vingt-dix afin de promouvoir et de démultiplier cette approche dans le pays.

Une étude a été réalisée par Rogers et coll. (1998) pour évaluer ce programme. Un questionnaire a été envoyé aux unités de promotion de la santé du service national de santé (NHS), considérées comme les principaux interlocuteurs des programmes locaux, afin de les évaluer. Les résultats majeurs de cette étude sont les suivants :

- Au moment de l'enquête, 68 programmes *Healthy Schools Award* étaient en cours de réalisation. Ils impliquaient 845 écoles au total dont 29 % pour le secondaire.
- L'initiative de ces programmes était due en général aux services de santé, conjointement avec les services éducatifs dans un peu plus de la moitié des cas.
- La plupart du temps, les programmes étaient coordonnés dans les écoles par un (ou souvent plusieurs) coordinateurs (le chef d'établissement dans près de la moitié des cas et plus rarement, dans 6 % des cas, par des infirmières scolaires).
- L'aide apportée aux écoles par les unités de promotion de la santé consistait le plus souvent en conseils (97 %), ressources (97 %), et formation (85 %).
- La moitié des répondants n'ont pas signalé de difficultés particulières. Pour les autres les difficultés rapportées étaient essentiellement dues aux changements de personnel, aux problèmes de financement ou au statut de l'éducation pour la santé.
- Les aspects privilégiés dans les programmes cadres étaient, par ordre de fréquence décroissante, la mise en œuvre des programmes d'éducation pour la santé (88 %), le tabagisme (88 %), les questions environnementales (88 %), et la nutrition (87 %). Venaient ensuite l'éducation sexuelle (79 %), l'exercice physique (76 %), la responsabilité à l'égard la santé (66 %), les drogues et l'alcool (65 %). Les auteurs s'étonnent de la moindre couverture de l'éducation sexuelle et de la question des drogues, qui pourtant sont obligatoires.
- Des aspects importants du paradigme de promotion de la santé, tels les liens avec la communauté ou la santé de l'équipe éducative, étaient plus rarement envisagés (respectivement 34 % et 21 %), de même que la santé mentale et la prévention des accidents (13 % et 6 %).

L'inspection pour établir la réalisation des objectifs et obtenir le label « *healthy school* » était menée le plus souvent par des coordinateurs du programme cadre ou par des conseillers du système éducatif, par entretiens, inspections des établissements, examen du projet d'établissement ou audits. Cette étude montre l'avancée du programme cadre « *Healthy School Award* » et la sensibilisation voire l'augmentation des consensus sur la valeur de la démarche

d'école promotrice de santé. Les auteurs plaident cependant pour un développement plus important des divers aspects essentiels de la démarche de promotion de la santé (notamment la santé des équipes ou la coordination communautaire) qui ne soit pas seulement axé sur les bonnes pratiques en éducation pour la santé.

Denman (1999) estime que les écoles tendent à privilégier l'éducation pour la santé au détriment des éléments non curriculaires de la promotion de la santé. Selon cet auteur, elles doivent impliquer plus largement les personnels non enseignants, les parents et la communauté scolaire élargie.

La question de l'évaluation est ensuite posée dans la même étude, l'auteur (Denman, 1999) soulignant notamment le besoin d'outils destinés à apprécier tant les changements structurels et les processus que les connaissances, attitudes et comportements des élèves et des adultes. Les principales conclusions de l'évaluation en termes d'impact du Réseau européen des écoles promotrices de santé en Angleterre sont, pour cet auteur, l'efficacité de cette approche pour améliorer l'estime de soi, diminuer la fréquence des brimades entre élèves (*bullying*) et l'usage (autorapporté) du tabac et de l'alcool. De même, le projet des « écoles-santé » du Wessex a montré la capacité de ce programme à diminuer l'usage rapporté des substances légales et illégales. Ce projet a eu un impact en termes de pratiques pédagogiques des enseignants, qui ont augmenté leur implication dans l'éducation pour la santé ainsi que le recours à des méthodes participatives.

National Healthy Schools Scheme

En octobre 1999, les autorités sanitaires et éducatives gouvernementales ont lancé un programme national des écoles en santé (*National Healthy Schools Scheme*). Actuellement environ 10 % des écoles prennent part à un programme et les autorités souhaitent impliquer tous les LEAs dans un partenariat avec les services de santé (*Local Health Authorities*) pour établir des programmes locaux. Un processus national d'accréditation des programmes locaux est instauré. À terme, le gouvernement veut impliquer tous les établissements scolaires dans cette démarche. Dans cette optique, il a publié des objectifs nationaux et des critères de qualité qui laissent des possibilités d'adaptation locales en fonction des besoins et des pratiques. Des critères nationaux minimums ont été établis pour les thèmes de l'éducation personnelle, sociale et de santé (PSHE) et de la citoyenneté afin d'en renforcer l'assise statutaire. Le lancement de ce programme a été accompagné par la diffusion d'outils. Les différents axes du programme sont le partenariat, l'implication de toute la communauté scolaire, l'éducation personnelle, sociale et de santé, la citoyenneté, la prévention des drogues, de l'alcool et du tabac, la santé émotionnelle et le bien-être (dont la prévention des brimades ou *bullying*), l'alimentation, l'activité physique, la sécurité, l'éducation relationnelle et sexuelle.

Suisse : diversité des dynamiques locales et des échanges, tentative de coordination fédérale

En Suisse, la constitution fédérale reconnaît aux cantons une compétence notamment en matière de santé publique alors que l'Office fédéral de santé publique (OFSP), créé en 1893, n'a qu'un pouvoir décisionnel limité, son rôle consistant surtout à assurer la coordination des différentes activités sanitaires cantonales, à promouvoir des projets cantonaux innovateurs ou à lancer de tels projets. Le régime, très décentralisé, impose cependant des instances de coordination comme, par exemple, la conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique ou des directeurs de santé publique.

Une véritable culture de santé publique, de santé communautaire et de promotion de la santé s'est forgée progressivement depuis une vingtaine d'années. Cette culture de la promotion de la santé a permis une évolution de l'approche vers une conception positive qui tend à développer les facteurs de protection et à mettre en valeur le potentiel des enfants : le goût de vivre, les moyens de résoudre les difficultés, la capacité à assumer les risques et à y faire face avec créativité (Prats, 1999).

De nombreux projets ont ainsi été développés sur la base d'initiatives foisonnantes, locales, cantonales ou fédérales. Certaines ont été initiées par des associations, des réseaux professionnels ou des fondations qui ont pris l'habitude de travailler ensemble, et de se fédérer autour de projets communs (Lehmann, 1994). Des innovations ont pu être développées sur une base locale ou cantonale, puis, dans un second temps, reprises et adaptées ailleurs. En milieu scolaire par exemple, le projet des médiateurs scolaires adultes, créé en tant que « médiateurs-drogue » dans le canton de Vaud, a ensuite été développé dans le Valais, où la problématique a été élargie à divers aspects de santé (Poindron, 1994) puis étendue à toute la Suisse romande sous l'impulsion de l'OFSP. De même, le programme de développement des compétences psychosociales « Objectif grandir », qui concerne les élèves âgés de six à douze ans, est toujours utilisé dans plusieurs cantons, sous des versions et des adaptations différentes, malgré les polémiques qu'il a suscitées (Abbet, 1999).

L'organisation confédérale permet des différences d'approches de l'éducation pour la santé d'un canton à l'autre. Ainsi, un seul canton, celui du Jura, a introduit le caractère disciplinaire de l'éducation pour la santé dans le cadre de l'éducation générale et sociale, discipline d'enseignement obligatoire, hebdomadaire, couvrant les neuf années de scolarité obligatoire. Le programme est fondé sur le caractère cyclique d'activités faisant une large part au domaine affectif et donnant aux élèves l'occasion d'expérimenter des situations éducatives en lien avec les événements qui jalonnent leur vie scolaire, familiale et sociale.

Dans le canton de Vaud, l'approche institutionnelle de l'éducation pour la santé a été différente (Boegli, 1996). À la fin des années soixante-dix, la prévention de la consommation de drogue a été initialement appréhendée par

l'instauration de « médiateurs-drogue », chargés d'accueillir et d'écouter les élèves et d'organiser, le cas échéant, les relais nécessaires. Rapidement, il s'est avéré que les jeunes s'adressaient aux médiateurs pour des problèmes liés à des difficultés familiales, scolaires ou personnelles et secondairement pour des problèmes de drogue. Ce constat a conduit les autorités à modifier l'appellation de « médiateur-drogue » et à lui préférer celle de « médiateur ».

Pour organiser une approche collective de l'éducation pour la santé, une commission a été créée. En raison des craintes du milieu enseignant concernant l'alourdissement des programmes, la commission a choisi d'imaginer une structure qui n'impliquerait « ni la production de moyens d'enseignement spécifique, ni la modification des programmes existants ». Un réseau d'animateurs de santé a été créé en 1986 pour couvrir le champ de la prévention primaire. L'animateur de santé est chargé de créer, animer et coordonner l'équipe de santé de l'établissement. L'animateur de santé, en collaboration avec l'équipe de santé, a pour mission de proposer et mettre en œuvre des projets d'éducation pour la santé. Deux principes régissent cette approche : la formation d'une équipe de santé intégrée à l'établissement, comprenant des enseignants et des professionnels de santé et, en second lieu, le respect de l'autonomie et des diversités locales : « penser globalement, agir localement ». Très vite, un besoin de formation a émergé et les équipes de santé ont souhaité une formation de base commune, complétée par des sessions spécifiques aux différentes spécialités. Enfin, il s'est avéré indispensable d'inclure le chef d'établissement dans les équipes de santé.

L'éducation pour la santé est conçue dans une approche promotionnelle de construction de l'identité (Fontana et Nicod, 1996). Dans ce processus de promotion de la santé, dans lequel les individus et les groupes deviennent acteurs de leur santé, la santé est envisagée dans son rapport au social. Ces auteurs remarquent que « l'interdisciplinarité et le travail communautaire constituent une base de changement permettant une ouverture à une conception plus globale de la santé, ainsi qu'une adaptation aux réalités locales ». Ils notent toutefois que cette approche ne s'intègre que progressivement dans les pratiques et qu'il existe bien souvent des ambiguïtés et des contradictions dans les discours, un décalage entre les objectifs promotionnels et les pratiques effectives.

Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique et la conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique ont pris la décision conjointe en 1995 de lancer un programme cadre intitulé « Écoles et santé », dont la finalité consiste à renforcer le rôle de l'école en tant que lieu d'apprentissage et de mise en pratique de comportements favorables à la santé (Basler et coll., 1999 ; OFSP, 1999). Ce programme tend à faire reconnaître, dans l'ensemble du pays, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé comme partie intégrante du mandat d'éducation et de formation confié à l'École et entend donner de l'impulsion à son développement.

Pour cela, il finance, par des procédures d'appel d'offre, des projets de développement de la promotion la santé dans le système scolaire. Les critères de sélection favorisent les projets de recherche-action ou ceux qui témoignent d'une approche novatrice, qui sont reliés à d'autres projets, intégrés dans un réseau supra-cantonal et qui tiennent compte des expériences déjà réalisées. L'appel d'offre privilégie ainsi les projets impliquant une mise en réseau et une interdisciplinarité et susceptibles d'avoir des prolongements durables, synergiques et de niveau d'implication cantonal ou régional. Ce programme se situe dans la complémentarité du dynamisme du « Réseau suisse d'école en santé » qui s'adresse aux unités écoles. Au-delà de la procédure d'appel d'offre, de « mise au concours », ce programme cadre veut assurer les échanges d'informations, garantir le suivi et l'évaluation, conférer une assise « politico-éducative » aux projets sélectionnés et œuvrer pour la mise en pratique de leurs résultats. En ce sens, le but poursuivi consiste à générer un processus de développement, inscrit dans la durée et impliquant les échelons administratifs.

La participation importante de la Suisse au Réseau européen des écoles promotrices de santé est notable. Du fait d'une approche dynamique et d'une politique incitative, 90 écoles faisaient partie du Réseau en mai 1999. Une trentaine d'autres écoles ont entamé une procédure d'adhésion au Réseau.

France : éducation à la santé à l'école, une démarche intégrée au projet éducatif de l'établissement

Les professionnels de la santé utilisent plutôt l'expression « éducation pour la santé », et ceux du système éducatif « éducation à la santé » par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement. Pour les acteurs du système éducatif, l'emploi de la préposition « à » met l'accent sur la dimension éducative de cette mission.

L'implication du système éducatif dans des préoccupations sanitaires n'est pas récente. Au-delà des approches les plus anciennes, hygiénistes, moralistes et prescriptives, a émergé progressivement, depuis une vingtaine d'années, une approche plus centrée sur les élèves, plus sensible au dialogue, à l'écoute, au respect des élèves, au repérage de ceux qui sont les plus en difficulté ou encore témoignant d'une préoccupation d'insertion des élèves porteurs de handicaps.

La loi d'orientation du ministère de l'Éducation nationale (MEN, 1989), qui place l'élève au cœur du système éducatif, a inscrit l'éducation pour la santé parmi les préoccupations de la communauté éducative.

Depuis une dizaine d'années, l'évolution vers une approche de promotion de la santé (bien que rarement nommée comme telle) apparaît plus nettement, avec en particulier la création des Comités d'environnement social (CES) puis des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). La mise en

place de ces dispositifs marque le souci d'établir à la fois une cohérence interne au sein des équipes et des partenariats externes avec les acteurs locaux susceptibles de concourir à l'éducation ou la promotion de la santé. On note cependant que ce concept, répandu dans les milieux de la santé publique, est rarement utilisé dans les textes officiels des autorités éducatives, en dehors de la dénomination du Service de promotion de la santé en faveur des élèves.

La politique du ministère de l'Éducation nationale en matière de santé est essentiellement encadrée par trois types d'instructions :

- les textes appréhendant une approche de la santé au niveau de l'établissement et de la vie scolaire, organisant les dispositifs et les activités éducatives au niveau de l'établissement (projet d'établissement, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté...);
- les programmes officiels régissant les enseignements obligatoires (contenus, apprentissages);
- les textes organisant les services de promotion de la santé en faveur des élèves que nous n'envisagerons pas ici.

Parallèlement, des directives ponctuent régulièrement l'année scolaire, dont certaines demandent aux établissements de s'associer à des événements récurrents, telles la journée du 1^{er} décembre pour le sida et la journée sans tabac, d'autres imposant des thématiques prioritaires annuelles comme la campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens pour l'année scolaire 1999-2000 (MEN, 1999b). Enfin le ministère a distribué aux établissements différents outils. Certains d'entre eux sont audiovisuels, comme la vidéocassette « Tempo Solo » diffusée en 1996 (De Peretti et Leselbaum, 1998), d'autres sous forme de guides comme les « Repères pour la prévention des conduites à risques » (MEN, 1999c).

Ces dernières années, le ministère de l'Éducation nationale a précisé les nouvelles orientations nationales relatives à l'éducation « à » la santé afin de renforcer le rôle de l'école dans ce domaine et pour en généraliser les pratiques. Il en a redéfini le cadre tout en l'inscrivant « dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté ». L'année 1998 en particulier a été marquée par la promulgation de plusieurs textes officiels marquant la volonté du ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie de relancer et développer l'éducation à la santé dans les établissements scolaires :

- conférence de presse du 13 mars : « Plan de relance pour la santé scolaire » (MEN, 1998a);
- circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet : « Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (MEN, 1998b);
- circulaire n° 98-234 du 19 novembre : « Éducation à la sexualité et prévention du sida » (MEN, 1998c);
- circulaire n° 98-237 du 24 novembre : « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège » (MEN, 1998d).

Ancrage de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement

Dans le cadre des programmes obligatoires, l'éducation pour la santé a longtemps été appréhendée dans sa dimension physiologique, de manière progressive, essentiellement dans le cadre des enseignements de biologie ou de sciences de la vie et de la terre. L'éducation physique et sportive constitue une autre discipline traditionnellement associée à la santé, de par l'activité physique générée et l'entraînement à l'endurance.

Concernant cette dernière, les objectifs disciplinaires ont été réaménagés en 1990. L'enseignement de cette discipline doit permettre aux élèves de développer leurs ressources physiques et motrices, d'accéder à la culture que représente la pratique des activités physiques et d'intégrer les connaissances et les savoirs permettant l'entretien de leurs potentialités et l'organisation de leur vie physique aux différents âges de l'existence (Cogérino et coll., 1998).

Conformément aux recommandations du Haut comité de la santé publique, qui souligne l'importance de l'éducation à la vie et la nécessaire précocité des actions d'éducation à la santé, et à celles du rapport Geveaux (1995) qui préconise de renforcer la responsabilité de l'école pour « aider et préparer les jeunes à prendre en charge leur santé », les circulaires de 1998 engagent « tous » les acteurs de l'école à s'impliquer dans l'éducation à la santé. Le ministère insiste sur la précocité de cette démarche éducative et aussi sur le principe de progressivité : « L'éducation à la santé se déroule tout au long de la scolarité. » Il demande la cohérence de l'éducation à la santé avec le projet d'école, ou le projet d'établissement, dans lequel elle doit trouver sa place, en liaison avec le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Les écoles maternelles et élémentaires sont invitées à participer au renforcement et au développement de l'éducation à la santé. Cependant, le cadre de l'éducation à la santé dans l'enseignement primaire est moins précisément défini que pour les collèges (notamment en ce qui concerne les horaires), comme l'observe le rapport « Alcool et santé » de la Commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée nationale (1998).

« À l'école maternelle et à l'école élémentaire, dans le cadre des projets d'école, et en lien avec les programmes, de nombreuses initiatives favorisent déjà l'éducation à la santé. Il faut souligner à cet égard le rôle majeur de l'école en matière de respect du corps et d'apprentissage de règles d'hygiène.

Il convient d'étendre de telles pratiques. Leur portée éducative repose sur la définition d'objectifs clairs, la prise en compte du milieu de vie, des habitudes culturelles, des intérêts et des préoccupations des enfants. Elle suppose la mise au point de projets mobilisant les divers membres de la communauté éducative, et d'abord des enseignants et des personnels de santé, selon leurs compétences respectives. L'implication des élèves, l'association des parents aux projets sont nécessaires » (circulaire n° 98-237).

La circulaire 98-237 décrit, pour chaque cycle et pour chaque discipline, les compétences qui constituent les objectifs de l'éducation à la santé dans les

domaines de la connaissance et de la maîtrise du corps, de la sexualité et de la reproduction, de l'environnement et enfin de la vie sociale. Parallèlement, elle indique aussi les compétences personnelles et relationnelles transversales, de l'ordre du savoir-être, qui doivent être développées tout au long de la scolarité : image de soi, autonomie et initiative personnelle, relations aux autres et solidarité, esprit critique, responsabilité. Cette circulaire explicite en annexe les objectifs visés par l'éducation à la santé dans le premier et le second degré. À l'école primaire comme au collège, les compétences qui doivent être développées concernent différents registres et impliquent plusieurs disciplines : découverte du monde, éducation physique et sportive, éducation civique, sciences et technologie, puis arts plastiques et lettres, dans une perspective transversale.

La nouveauté de cette directive est d'ancrer l'éducation pour la santé dans plusieurs disciplines (essentiellement, mais pas seulement, l'éducation civique, les sciences de la vie et de la terre et l'éducation physique et sportive), et non plus seulement la biologie. Elle instaure un lien fort entre l'éducation civique et l'éducation pour la santé et situe la place de celle-ci au sein des programmes. Elle met l'accent sur les objectifs définis en termes d'acquisition de compétences, de savoir-faire et de savoir-être. De plus, au-delà des programmes, elle demande aux collèges de programmer des activités éducatives sur la santé, inscrites dans le projet d'établissement, et donc pour une durée pluriannuelle.

En effet, la circulaire 98-237 élargit et structure le cadre de l'éducation à la santé dans les collèges en instaurant, « à côté des enseignements et en relation avec eux », des « rencontres éducatives sur la santé », dont l'horaire global doit être compris, en moyenne, entre 30 et 40 heures durant la scolarité au collège. Ces rencontres éducatives doivent comporter des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité, en plus des enseignements et des activités complémentaires (circulaire 98-234). L'organisation de ces rencontres est laissée à l'initiative de chaque collège, ainsi invité à programmer ces rencontres éducatives dans le projet d'établissement.

Progressivité des contenus dans les programmes

Du primaire au collège, la circulaire 98-237 organise pour chaque cycle la progressivité des apprentissages et des questions relatives à la santé, du niveau le plus simple et le plus concret vers des aspects de plus en plus précis et complexes. Certaines problématiques peuvent être envisagées sous divers angles.

Connaissance et maîtrise du corps

Dans le primaire, la connaissance du corps et de ses grandes fonctions s'intéresse surtout à la nutrition et à la motricité, avec des apprentissages relatifs à la connaissance de ses capacités physiques, de ses ressources et de ses limites, à la

gestion des efforts et à la reconnaissance et la gestion des risques. Les rythmes de vie et les règles d'hygiène doivent être abordés dès le cycle 1, puis de nouveau traités dans les cycles 2 et 3.

Au collège, les aspects relatifs à la motricité (en introduisant des notions d'ergonomie posturale) et à la nutrition (y compris les consommations nocives) sont de nouveau envisagés, en spirale, de même que leurs effets potentiels sur la santé. D'autres fonctions sont abordées, telles la respiration et les différentes modalités de défense contre les infections.

Sexualité et reproduction

La reproduction est envisagée essentiellement dans le cadre des enseignements de biologie (découverte du monde, sciences et technologie dans le primaire puis sciences de la vie et de la terre au collège). Cet aspect doit être abordé dès le cycle 1 du primaire comme une des grandes fonctions du monde vivant. La reproduction humaine et la sexualité sont de nouveau envisagées au cycle 3 du primaire puis en sixième dans le cadre d'une approche comparative des divers modes de reproduction animale.

La circulaire 98-234 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida, demande la mise en œuvre d'une éducation à la sexualité dans les collèges, en priorité pour les classes de quatrième et de troisième.

« L'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la/de leur sexualité dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. » En complément des enseignements relatifs à la reproduction, la transmission de la vie, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, il est institué des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité d'une durée annuelle minimale de 2 heures. Organisées de préférence en petits groupes, ces séquences envisagent les dimensions affectives, psychologiques et sociales de la sexualité. Elles sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire de personnes volontaires et formées. Cette circulaire a d'emblée été accompagnée par la constitution d'un réseau de formateurs au sein de chaque académie.

Environnement et santé

Dès le cycle 1, l'enseignement primaire appréhende la question du lien entre l'environnement, la sécurité et la santé en insistant en premier lieu sur la sécurité domestique et routière chez les plus petits (au cycle 1), puis sur les nuisances et les responsabilités personnelles et collectives à l'égard de l'environnement (cycle 3). Ce thème de l'environnement est de nouveau travaillé au collège sous divers aspects (protection de l'environnement, responsabilité humaine, incidence des pratiques d'élevage sur la santé, risques naturels et technologiques).

Vie sociale et santé

Dans le primaire, l'enseignement envisage les principes de la vie en société, des règles de vie dans la classe et l'école et les responsabilités individuelles et collectives à l'égard des droits de l'homme et de la santé. La question de la consommation est associée à cet apprentissage de la vie sociale et l'éveil de l'esprit critique face aux messages publicitaires est favorisé, de même qu'un premier niveau de réflexion sur les produits de consommation. Enfin, en cycle 3, un apprentissage de quelques postures fondamentales face à l'urgence doit avoir lieu : alerte et gestes de premier secours.

Au collège, certains thèmes sont approfondis, tels la sécurité, la prévention des accidents et de la violence, le système de solidarité, l'étude des messages médiatiques en matière de santé, alors que d'autres aspects plus spécifiques sont proposés aux élèves sous forme de discussions (protection contre les infections, dont les maladies sexuellement transmissibles, transfusion sanguine, greffes).

Le ministère a également fixé le cadre éthique dans lequel il entend situer l'éducation à la santé, appelant un cadre éducatif global soucieux de « l'amélioration des conditions de vie et de travail de chacun » et s'accompagnant « d'un esprit d'écoute, de respect et de disponibilité des adultes vis-à-vis des élèves... ». Il rappelle que « à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement... » (circulaire 98-108).

Pour les lycées, les instructions relatives aux contenus des programmes n'ont pas été modifiées par les circulaires de 1998. En lycée d'enseignement général et technologique, les questions relatives à la santé sont abordées dans les enseignements de sciences de la vie et de la terre, d'éducation physique et sportive et en sciences sanitaires et sociales, pour les filières des sciences médico-sociales. Les nouveaux programmes des lycées (rentrée 1999) introduisent en outre un nouvel enseignement : l'éducation civique, juridique et sociale ; cette matière entend favoriser l'apprentissage actif de la citoyenneté. La méthode pédagogique privilégiée est le débat argumenté fondé sur la réalisation de dossiers documentaires relatifs à diverses dimensions de la vie sociale. En lycée professionnel, il existe également un cadre disciplinaire favorable à l'éducation pour la santé dans la mesure où les élèves de CAP et BEP bénéficient d'un enseignement de vie sociale et professionnelle, à raison d'une heure hebdomadaire. Le projet d'établissement et le Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté organisent dans chaque établissement les activités éducatives relatives à la santé, en fonction des besoins locaux mais aussi des directives nationales. Ainsi, pour l'année scolaire 1999/2000, le ministère de l'Éducation nationale a lancé une campagne nationale de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées qui poursuit deux objectifs : « La santé des jeunes et l'amélioration des relations des élèves entre eux et avec les adultes. »

Cadre de la prévention : projet d'établissement et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

La circulaire de juillet 1998 (MEN, 1998b) redéfinit la politique de prévention que le ministère veut promouvoir au niveau des établissements. Cette circulaire établit les principes fondamentaux de la politique éducative des établissements en matière de prévention et instaure les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), dans le prolongement des anciens Comités d'environnement social (CES) mis en place en 1990 (MEN, 1990a, b) et renforcés en 1993 (MEN, 1993). L'évaluation des CES (Ballion, 1998) avait indiqué leur intérêt fonctionnel pour organiser de manière cohérente des actions de prévention qui auparavant étaient dispersées, pour mobiliser les adultes et les élèves, renforcer les partenariats et améliorer le climat et les relations entre adultes et élèves.

Responsabilité et politique du système éducatif en matière de prévention

D'après la circulaire de juillet 1998, les principes de la responsabilité du système éducatif en matière de prévention peuvent être énoncés en trois points.

- Les actions de prévention s'inscrivent dans un projet éducatif d'ensemble, cohérent, qui prend en compte la santé des élèves et le développement progressif de leur responsabilité citoyenne.
- Le ministère engage fortement la responsabilité de l'ensemble des personnels de l'Éducation nationale « dans ce devoir de prévention ». Il demande également que les parents soient informés des actions et associés à leur organisation.
- Le partenariat est un aspect nécessaire de cette mission, mais il est placé sous la responsabilité des établissements et ne doit pas être un prétexte pour désengager l'institution scolaire de ses responsabilités.

La politique de prévention dans les établissements scolaires s'appuie sur une démarche de projet, cohérente, globale et intégrée au projet d'établissement. La politique de prévention se fonde sur la cohérence de l'ensemble des discours, des actions et des comportements de chacun des acteurs de la communauté scolaire. Elle s'intègre dans une démarche éducative globale et du développement du sens des responsabilités des élèves. Elle se décline, enfin, à chaque étape du projet d'établissement.

La circulaire introduit timidement la notion de promotion de la santé comme démarche intégrée à la vie scolaire, prenant en compte l'ensemble des nombreux facteurs susceptibles d'influer sur la qualité de la vie des élèves et des adultes. Il est demandé aux adultes un esprit d'écoute, de respect et de disponibilité à l'égard des élèves, une attention aux signes pouvant traduire des difficultés et, le cas échéant, une collaboration avec les personnels concernés. Enfin, la circulaire met l'accent sur les aspects éducatifs, la valorisation des élèves ainsi que le développement de leur autonomie et de leur sens des responsabilités.

Évaluation des Comités d'environnement social - CES

L'évaluation des Comités d'environnement social, conduite en 1997 (Ballion, 1998), a montré l'intérêt de cette innovation organisationnelle pour enclencher une dynamique collective qui tend vers la prise en charge globale de l'élève. L'auteur a souligné l'intérêt de cette structure pour améliorer le service éducatif, en termes de climat relationnel, de statut accordé à l'élève et de développement de la vie scolaire et des activités socio-éducatives. Ceci est particulièrement vrai pour les établissements préoccupés de placer l'élève au centre du système éducatif. Il observe la diversité des niveaux d'action de ces dispositifs, des CES « en sommeil » aux CES devenus moteurs de proposition et d'organisation. Il distingue plusieurs modèles de CES, selon leur nature, leur champ de compétences prioritaires et leurs secteurs de fonctionnement. Selon la nature des CES, il différencie les CES conçus comme structure de regroupement d'acteurs s'intéressant aux jeunes (le plus fréquent), les dispositifs réactifs lors de difficultés et ceux qui ont opté pour un mode d'organisation de l'action éducatif et plus particulièrement de facilitation de l'expression des élèves.

Selon le champ de compétence prioritaire, il distingue trois possibilités, selon que les CES donnent la priorité à la prévention des conduites à risque, élargissent leur champ d'intervention à tous les problèmes de santé et sociaux des élèves, ou optent pour une extension maximum, concevant alors le CES comme une structure de prise en charge globale.

Selon les secteurs de fonctionnement, le CES représente tantôt une structure d'organisation des professionnels des questions sociales et de santé, tantôt un dispositif qui se saisit de tout ce qui concerne les élèves, à l'exception du pédagogique, ou encore une structure qui gère le face-à-face de l'établissement avec son environnement.

Parmi les actions éducatives collectives menées en direction des élèves, dans le cadre des CES, les actions de prévention par l'information, les expositions et les débats sont les plus fréquentes ; la toxicomanie, le sida et la violence représentent les problématiques abordées par la majorité des établissements. L'auteur distingue également les actions de formation (parmi lesquelles le secourisme est le plus prégnant), la mise en activité des élèves sous diverses formes (réalisations de textes, vidéo, affiches, enquêtes...) et enfin celles qui visent la mise en relation (fonctionnement d'un lieu d'écoute, d'échange de prise de parole, rencontres avec divers partenaires...).

Bachmann et Karsenti (1996) ont présenté la diversité des approches des CES, impliquant les adultes (communautés éducatives, parents) et/ou les élèves, et orientées, selon les cas, sur la santé, la citoyenneté ou sur l'amélioration de la vie scolaire.

Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté - CESC

Le CESC a succédé en 1998 au CES, créé dès 1990, qui avait initié une politique de prévention partenariale pour prévenir les conduites à risque, les violences, et assurer les suivis nécessaires. Les missions du CESC ont été élargies, elles se déclinent en six axes complémentaires qui organisent le projet de l'établissement pour la santé, la citoyenneté et la lutte contre l'exclusion (tableau 3.II).

Tableau 3.II : Missions du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.
Organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.
Assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école (relais internes et externes).
Venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être.
Renforcer les liens avec la famille.
Apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés.

Le CESC est l'instance de l'établissement scolaire qui organise la prévention des conduites à risque, dans une démarche de projet. Les CESC concernent surtout le second degré, mais ils peuvent aussi impliquer le primaire. La perspective est éducative et relie l'éducation pour la santé et l'éducation à la citoyenneté. Il est présidé par le chef d'établissement et peut fonctionner en assemblée plénière et/ou en commission restreinte. La participation, accompagnée, des élèves est encouragée et l'accent est mis sur une approche positive, valorisant les capacités des élèves.

Partant d'une logique centrée sur l'établissement, le CESC s'inscrit comme une des instances du maillage public de prévention, en concertation, en particulier, avec les structures de la politique de la ville impliquées dans la lutte contre l'exclusion. Les recteurs et les inspecteurs d'académie sont sollicités pour mettre en œuvre une politique visant à généraliser ce dispositif, en priorité dans les zones d'éducation prioritaires et dans les sites les plus exposés à la violence.

Difficultés

Certaines difficultés d'ordre à la fois théorique et organisationnel freinent encore la pratique de l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

Mise en œuvre des programmes

Il subsiste des tensions entre les visions informative et promotionnelle de la prévention, entre les approches normatives et participatives de l'éducation

à/pour la santé, qui apparaissent y compris dans les textes officiels, en raison, nous semble-t-il, de la sensibilité à cette mission des rédacteurs impliqués dans l'élaboration des différents textes. Ainsi, les documents de consultation des programmes de l'école élémentaire (MEN, 1999a) témoignent d'une approche bien prescriptive de l'éducation pour la santé, sous forme d'informations relatives, pour l'essentiel, à des règles d'hygiène et aux principes simples de secourisme. Cogérino et coll. (1998) ont montré les écarts, les tensions, entre les discours et les pratiques : « Pour les enseignants d'éducation physique et sportive, la dimension physiologique de la santé occulte particulièrement la dimension psychologique ; le rôle préventif de l'activité physique est restreint, réduit à la seule pratique des courses de longue durée ; pour les enseignants des sciences de la vie et de la terre interrogés, la dimension physiologique est aussi dominante ; la transmission de connaissances scientifiques est privilégiée, sans prise en compte des attentes des élèves. » Pour les auteurs, ces résistances peuvent être imputées aux représentations des enseignants de leur légitimité disciplinaire, à la mise à distance d'aspects intimes ou à la difficulté de développer des démarches pédagogiques moins sécurisantes pour les enseignants. C'est dire l'opportunité que représente le cadre des rencontres éducatives sur la santé, instaurées en 1998.

Rôle des établissements scolaires

La couverture des CES/CESC, y compris en secteur sensible, est encore imparfaite. Ce dispositif repose sur l'établissement scolaire, ce qui représente un facteur d'adaptation et de souplesse mais aussi de fragilité. Ballion (1998) souligne les besoins des acteurs qui souhaitent l'investissement des autorités, aux différents niveaux, pour soutenir, épauler et guider les comités qui existent, mais aussi pour aider les établissements qui n'en possèdent pas à en créer. Les attentes des établissements concernent essentiellement la définition claire des priorités et des critères d'évaluation de la pertinence des actions engagées. Les équipes souhaitent également avoir des possibilités d'échanges sur leurs expériences respectives.

Ballion (1998) souligne également le manque fréquent de communication interne aboutissant à un manque de visibilité du dispositif. Il observe que les élèves ne sont pas systématiquement impliqués dans les CES. Il note que les CES engendrent, outre la mutation des pratiques, un accroissement des tâches, qui incombe le plus souvent aux chefs d'établissement.

Les inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'administration de l'éducation nationale (IGAEN) (Lagardère et coll., 1999) ont observé que les initiatives des établissements scolaires, quoique riches et foisonnantes, sont souvent fragiles, ponctuelles et fugaces, car trop liées à l'engagement personnel de quelques acteurs. Les inspecteurs regrettent qu'elles ne soient que rarement évaluées et qu'elles ne donnent pas lieu à des échanges d'expérience. Ils recommandent que « chaque projet d'établissement comporte explicitement une composante sanitaire et sociale qui définit les objectifs à atteindre,

qui précise le contenu et les modalités des actions et qui identifie les acteurs ». Enfin, l'examen des manuels scolaires n'a « pas totalement emporté la conviction des enquêteurs », certains manuels du premier degré étant insuffisamment adaptés aux besoins des enfants alors que ceux du second degré ne traitent souvent que le point de vue scientifique : « Tout se passe comme si le corps humain se désincarnait pour devenir un objet d'étude distant, toute familiarité avec des situations connues étant écartée. »

Partenariat

Le recours au partenariat est fréquent dans le domaine de l'éducation/promotion de la santé tant au niveau des établissements scolaires (Leselbaum, communication personnelle) que des Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) (Berger et coll., 2000). Il s'agit là d'une dimension importante de l'éducation/promotion de la santé, mais qui suppose une culture réelle du partenariat, tel que Merini (1999) le définit : « Le minimum d'action négocié visant la résolution d'un problème commun en complémentarité. » Cette définition met en exergue la communauté des objectifs des partenaires et les négociations nécessaires pour clarifier les processus de collaboration. Les partenariats sont sollicités tant à l'interne, pour constituer et faire vivre le CESC qu'à l'externe, avec les partenaires de l'Éducation nationale. Le partenariat abouti est facteur de changement et donc probablement de risque, surtout si les attentes ou les modes de régulation n'ont pas été préalablement négociés. On a vu l'inertie fréquente (la crainte ?) face à la nécessité proclamée d'associer effectivement à ces démarches les élèves et aussi les parents.

Par ailleurs, le partenariat avec le milieu de la santé publique implique une reconnaissance réciproque. On remarque que l'appel à projets régionalisés de 1996 destiné à financer des études et actions de communications et de promotion de la santé, notamment dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, n'a financé qu'une structure dépendant du ministère de l'Éducation nationale, un rectorat (Schapman, 1997). On peut se demander si l'appel d'offre a été diffusé dans les milieux de l'Éducation nationale (IUFM, universités...).

En conclusion, les autorités éducatives françaises ont fait le choix d'un modèle qui recherche la cohérence entre le projet éducatif des établissements et leur projet de santé et qui associe divers aspects de la prise en considération de la personne de l'élève et de sa santé. Privilégier cette option signifie favoriser la synergie entre la mission éducative des établissements scolaires et la mission de promotion de la santé, compte tenu des interactions importantes entre santé/scolarisation/éducation/insertion sociale. Bien des avancées ont eu lieu au cours des dernières années. Le cadre institutionnel de l'éducation à la santé a été nettement défini et amélioré. Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté et les rencontres éducatives imposent une démarche de projet qui envisage différentes dimensions, la classe, l'établissement et l'environnement (avec, en

premier lieu, les familles). Différents niveaux de soutien et de guidance sont maintenant nécessaires au développement et à l'animation de ce cadre : les établissements ont besoin d'aides diversifiées pour les aider à remplir leurs nouvelles missions (cohérences des diverses directives, incitations, formations, échanges de pratiques, aides méthodologiques à l'action et à l'évaluation, outils...). Des supports ont été développés, mais beaucoup reste à faire.

De nombreuses difficultés et questions persistent. La volonté durable et manifeste des pouvoirs publics de promouvoir cette mission dans le système éducatif est indispensable pour soutenir son développement. On a vu au Royaume-Uni la fragilité du statut accordé à l'éducation pour la santé, dès lors que s'opère un retour aux missions princeps de l'École. En outre, bien que de nombreux acteurs de l'éducation pour la santé souhaitent privilégier une approche positive de la santé, la tension est forte qui pousse vers une approche thématique normative ou purement informative des seules dimensions physiques de ce paradigme. Les identités et les logiques professionnelles tendent à réduire la prise en compte de la santé. De même, il n'est pas toujours facile de prendre en considération les dimensions fonctionnelles et relationnelles des communautés scolaires.

La formation initiale et continue des différentes catégories d'acteurs impliquées dans l'éducation/promotion de la santé représente un enjeu majeur de son développement. Deschamps (1998) insiste sur l'intérêt de l'interdisciplinarité de ces formations pour une meilleure compréhension réciproque des identités professionnelles et pour favoriser une approche convergente. À notre sens, l'ensemble des professionnels devrait être considéré pour renforcer et stabiliser l'assise de cette mission dans le système éducatif : décideurs, chefs d'établissement, conseillers pédagogiques et inspecteurs de l'Éducation nationale qui ont un rôle moteur dans le primaire, chefs d'établissement, enseignants, médecins, infirmières et assistantes sociales de l'Éducation nationale...

Les partenariats interne et externe aux établissements scolaires représentent une dimension importante de l'éducation/promotion de la santé, à condition que la communauté des objectifs soit définie et les processus de collaboration clarifiés.

Enfin la problématique de l'évaluation des programmes nécessite une réflexion et un investissement approfondis. Sans envisager la question de l'évaluation des effets qui sera traitée dans le chapitre 5 du présent ouvrage, nous voudrions plaider pour une approche ouverte, pluridisciplinaire, multiple et non exclusive qui contribue au diagnostic, à la régulation et au jugement et introduise de la réflexion et de la communication (Berger, 1988). Il s'agit donc d'articuler différents regards, différentes approches quantitatives et qualitatives, internes et externes, des processus et des effets (qu'ils soient attendus ou non) pour aider à élucider le sens des dynamiques créées dans un domaine complexe, l'éducation et la promotion de la santé, où il n'y a pas d'étalon standard.

BIBLIOGRAPHIE

ABBET JP. Éducation et prévention en milieu scolaire. Compléments au rapport de base sur l'évaluation des pratiques de la méthode « Objectif grandir » dans le canton de Vaud, URSP (Unité de recherche en système de pilotage) 1999 : 148 p

ALLENSWORTH D. Improving the health of youth through a coordinated school health programme. *Promot Educ* 1997, **4** : 42-47

ALLENSWORTH D, WYCHE J, LAWSON E, NICHOLSON L. *Defining a comprehensive school health program : an interim statement*. National Academic Press, Washington DC 1995 : 2

ARWIDSON P. Le développement des compétences psychosociales. In : *Apprendre la santé à l'école*. Sandrin-Berthon B, ESF édts, 1997 : 73-83

ASSEMBLEE NATIONALE. Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales présenté par Mme Hélène Mignon. Rapport d'information n° 983, Paris 1998 : 81 p

BACHMANN C, KARSENTI M. *Prévention des toxicomanies en milieu scolaire*. Dossier thématique du Centre Alain Savary. Éditions INRP, Paris 1996 : 144 p

BALLION R. Les Comités d'environnement social. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques EHESS-CNRS pour OFDT, 1998 : 130 p

BASLER A, HESS B, OERTLE BURKI C. École et santé. Rapport intermédiaire du groupe de travail « Éducation et promotion de la santé », OFSP (Office fédéral de la santé publique) – CDIP (Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique) 1999 : 138 p

BERGER D, COGERINO G, JOURDAN D, MARZIN P, MOTTA D et coll. Éducation à la santé - État des lieux des formations proposées par les Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). Communication aux XXII^{es} journées internationales sur la communication, l'éducation et la culture scientifiques et industrielles, Chamonix, mars 2000

BERGER G. Conclusion. In : *L'évaluation en travail social*. Presses Universitaires de Nancy 1988 : 213 p

BOEGLI JD. *Ecole en santé - Quelques clefs*. LEP - Éducation 2000 - CFES, 1996 : 168 p

COGERINO G, MARZIN P, MECHIN N. Prévention santé : Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 9-28

DE PERETTI C, LESELBAUM N. Évaluation de l'accueil de la cassette « Tempo Solo » - Premières réactions des équipes éducatives. Rapport d'étude non publié, INRP – Paris X-Nanterre, 1998 : 54 p

DEFRIESE GH, CROSSLAND CL, MACPHAIL-WILCOX B, SOWERS JG. Implementing comprehensive school health programs : prospects for change in American schools. *J Sch Health* 1990, **60** : 182-187

DENMAN S. Do schools provide an opportunity for meeting The Health of the Nation targets ? *J Public Health Med* 1994, **16** : 219-224

DENMAN S. Health promoting schools in England – a way forward in development. *J Public Health Med* 1999, **21** : 215-220

- DESCHAMPS JP. Entretien. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 102-112
- ENHPS (European Network of Health Promoting Schools). Conference report of the First conference of the ENHPS « The health promoting school – An investment in education, health and democracy ». Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997
- ERRECART MT, ROSS JG, ROBB W, WARREN CW, KANN L et coll. Methodology. *J Sch Health* 1995, **65** : 295-301
- FONTANA E, NICOD PA. *Prévention et santé dans les écoles vaudoises : travail en réseau et interdisciplinarité*. Éditions Réalités Sociales, Lausanne, 1996 : 178 p
- GAUDREAU L. Entretien. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 124-130
- GEVEAUX JM. L'éducation pour la santé des jeunes. Rapport au Premier Ministre, 1995 : 73 p
- GREEN J, TONES K, MANDERSCHIED JC. Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 103-120
- HOSMAN C. Political challenges 2 : Mental health. In : *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe – Part two : evidence book*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999 : 29-41
- JACKSON SA. Comprehensive school health education programs : innovative practices and issues in standard setting. *Journal of School Health*, 1994, **64** : 177-179
- KANN L, COLLINS JL, PATEMAN BC, SMALL ML, ROSS JG, KOLBE LJ. The School Health Policies and Programs Study (SHPPS) : rationale for a nation wide status report on school health programs. *J Sch Health* 1995, **65** : 291-294
- KEALEY KA, PETERSON AV Jr, GAUL M, DINH KT. Teacher training as a behavior change process : principles and results from a longitudinal study. *Health Educ Behav* 2000, **27** : 64-81
- KOLBE LJ, KANN L, COLLINS JL, SMALL ML, PATEMAN BC, WARREN CW. The School Health Policies and Programs Study (SHPPS) : context, methods, general findings, and future efforts. *J Sch Health* 1995, **65** : 339-343
- LAGARDERE ML, DIDIER-COURBIN P, LAGARRIGUE C, SALZBERG L, AUERBACH A et coll. Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves. Inspections générales des affaires sociales et de l'administration de l'Éducation nationale, rapport n° 1999025, 1999 : 138p
- LEAVY SMALL M, SMITH MAJER L, ALLENSWORTH DD, FARQUHAR BK, KANN L et coll. School health services. *J Sch Health* 1995, **65** : 319-326
- LEHMANN P. Un terreau favorable à une culture d'éducation sanitaire (Entretien). *Espace Social Européen* 1994, 25 mars : 28-29
- LESELBAUM N. Évaluation des interventions de prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Étude commanditée par l'OFDT en cours d'analyse
- LONFILS R. La prévention des toxicomanies : une occasion pour l'école ? In : Dossier « École et prévention » Tome 2. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 1997, **2** : 27-30
- MEN (ministère de l'Éducation nationale). Loi d'orientation de l'Éducation nationale du 10 juillet 1989. *Bull Off Educ Nat* 1989, **Spécial 4**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social. Lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990a, **42**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des toxicomanies et des conduites à risque. Lettre du 22 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990b, **42**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Développement des Comités d'environnement social. Lettre 25 février 1993 et circulaire n° 93-137 du 25 février 93. *Bull Off Educ Nat* 1993, **10**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Plan de relance pour la santé scolaire. Conférence de presse de Madame la Ministre déléguée, chargée de l'enseignement scolaire, 11 mars 1998a

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998b, **28**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Éducation à la sexualité et prévention du sida. Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998c, **46**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998d, **45**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Documents d'application des programmes de l'école élémentaire. *Bull Off Educ Nat* 1999a, **Spécial 7**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens – année 1999-2000. Circulaire n° 99-135 du 20 septembre 1999. *Bull Off Educ Nat* 1999b, **33**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Repères pour la prévention des conduites à risques. *Bull Off Educ Nat* 1999c, **HS 9**

MERINI C. *La formation en partenariat, de la modélisation à une application*. L'Harmattan éd., Paris 1999 : 223 p

MOTTA D. Éducation à la santé et disciplines scolaires. Réflexions sur les expériences anglo-saxonnes. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 79-95

NUTBEAM D. Improving the fit between research and practice in health promotion : overcoming structural barriers. *Can J Public Health* 1996, **87** : S18-S23

OFSP (Office fédéral de santé publique). Prévention et promotion de la santé chez les jeunes. OFSP, Berne 1999 : 25 p

OMS (Organisation mondiale de la santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada

OMS (Organisation mondiale de la santé). Life skills education in schools. Genève 1993 : 47 p

PIETTE D, ROBERTS C, PREVOST M, TUDOR-SMITH C, TORT I, BARDOLET J. Tracking down the ENHPS successes for sustainable development and dissemination. The EVA2 project – Final report. ULB, Bruxelles, 1999 : 65 p

- POINDRON PY. Promotion de la santé. Les expériences suisses. *Espace Social Européen* 1994, 25 mars : 26-31
- PRATS V. Des politiques de prévention en Europe : la Suisse. Intervention au Colloque « Les jeunes et l'alcool en Europe », Toulouse, 2 et 3 décembre 1999
- PUSKA P. Health challenges 1 : Heart disease. In : *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe - Part two : evidence book. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*, 1999 : 55-68
- RESNICOW K, ALLENSWORTH D. Conducting a comprehensive school health program. *J Sch Health* 1996, **66** : 59-63
- RESNICOW K, ROBINSON TN, FRANK E. Advances and future directions for school-based health promotion research : commentary on the CATCH intervention trial. *Prev Med* 1996, **25** : 378-383
- ROGERS E, MOON AM, MULLEE MA, SPELLER VM, RODERICK PJ. Developing the « health-promoting school » - A national survey of healthy schools awards. *Public Health* 1998, **112** : 37-40
- SCHAPMAN S. Fonds d'intervention en santé publique. Appel à projets régionalisé 1996. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997, **21** : 8-12
- SEFFRIN JR. The comprehensive school health curriculum : closing the gap between state-of-the-art and state-of-the-practice. *J Sch Health* 1990, **60** : 151-156
- ST LEGER LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - A review of the claims and evidence. *Health Educ Res* 1999a, **14** : 51-69
- ST LEGER L. Health promotion in schools. In : *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe - Part two : evidence book. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*, 1999b : 110-133
- VANISCOTTE F. *Les écoles de l'Europe, systèmes éducatifs et dimension européenne*. INRP – IUFM de Toulouse, 1996 : 351 p
- VINCENT M. Additional considerations in the development of comprehensive school health programs. *J Sch Health* 1990, **60** : 149-150
- WILLIAMS P, KUBIK J. The Battle Creek (Michigan) schools healthy lifestyles program. *J Sch Health* 1990, **60** : 142-146
- WILLIAMS T. L'éducation pour la santé et la prévention des cancers dans les établissements d'enseignement de la communauté européenne : une analyse critique. Actes de la conférences « L'éducation à la santé et la prévention des cancers dans les écoles, l'Europe contre le cancer », Dublin, 7-9 février 1990 : 4.1.1-4.1.4
- YOUNG I. *Promouvoir la santé des jeunes en Europe. Éducation à la santé dans les écoles*. Manuel de formation pour les enseignants et autres personnels travaillant avec des jeunes. Commission des communautés européennes – OMS – Conseil de l'Europe, 1994 : 213 p

4

À propos des démarches participatives en éducation pour la santé et de quelques supports

L'éducation pour la santé nécessite une stratégie multiple d'interventions inscrites dans un projet global (Beauchesne, 1997), et de nombreux auteurs s'accordent pour dire que les méthodes elles-mêmes doivent être diversifiées et solliciter la participation active et interactive des élèves, pour les impliquer dans leurs apprentissages (Green et coll., 1996 ; Allensworth, 1997 ; Denman, 1999 ; St Leger, 1999). L'outil théâtral mettant en scène les relations interpersonnelles est de plus en plus exploité dans la prévention des comportements à risque. Les supports audiovisuels suscitant le débat et les outils informatiques interactifs sont souvent mentionnés comme matériel pédagogique intégré à une démarche participative. Parmi les démarches qui ont tenté de renforcer la position des élèves en tant qu'acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé, les approches par les pairs ont fait l'objet d'une grande vogue ces deux dernières décennies.

Exemples d'outils utilisés dans la démarche participative

Pour répondre à la multiplicité des facteurs liés à la santé et aux objectifs éducatifs de la promotion de la santé, il y a lieu de combiner des démarches pédagogiques complémentaires s'appuyant éventuellement sur des outils, dont chacune permet d'aborder des aspects distincts (qu'ils soient d'ordre affectif ou cognitif, voire psychomoteur...); cependant aucune méthode et *a fortiori* aucun outil ne sont suffisants pour couvrir tous les aspects.

Théâtre interactif

Le théâtre interactif (ou théâtre-forum) représente un outil actuellement fort à la mode dans le domaine de l'éducation pour la santé. Il apporte un temps culturel et indéniablement attractif, souvent humoristique, qui plait fortement tant aux jeunes qu'aux adultes. Le théâtre interactif met en scène un éventail de situations, dans lesquelles interviennent des facteurs irrationnels

de décision telles les interactions sociales, les pressions diverses ou des émotions. Il permet la prise de conscience d'une situation et suscite la réflexion, tendant de ce fait à faciliter la prise de décision ou au moins à donner envie aux jeunes d'en savoir plus.

En général les interventions de théâtre interactif se déroulent en trois temps : un temps initial de représentation théâtrale, un temps de « jeux de rôles », c'est-à-dire d'improvisations où il est demandé à l'assistance de venir sur scène pour proposer (et jouer) les différentes réponses ou réactions possibles, et enfin un temps de discussion ou de synthèse avec l'assistance.

Un programme américain a utilisé cette approche dans le cadre d'un projet ciblé sur la prévention des abus de substances psychoactives et destiné à des lycéens considérés comme particulièrement à risque (quartier, milieu familial à fortes consommations). L'écriture du spectacle a été longuement préparée par des entretiens et des observations pour réaliser une représentation qui corresponde autant que possible à leur expérience. L'intérêt de cette démarche intitulée « théâtre interactif » ne réside pas seulement dans la représentation et les jeux de rôle, utilisés comme accroche pour intéresser, révéler des émotions et donner aux jeunes l'envie d'approfondir ce questionnement, mais aussi très largement dans le prolongement de cette séquence par une discussion animée par des professionnels, en l'occurrence des psychologues formés à ce programme. Ce troisième temps a permis d'établir un dialogue avec les lycéens qui ont pu parler d'eux-mêmes et de leurs préoccupations, dans des conditions sécurisantes. Ils ont ainsi pu révéler un besoin de soutien, qui ne s'était pas exprimé auparavant, et identifier des aides et des ressources possibles. Pour les auteurs, c'est la « combinaison » du théâtre, des jeux de rôle et de la discussion qui a permis de lever les barrières qui empêchaient jusqu'alors la communication entre adultes et adolescents et qui a suscité ce besoin de dialogue (Harding et coll., 1996).

Dans le cadre de la prévention des infections à VIH, le CRIPS (Centre régional d'information et de prévention du sida) a entrepris une démarche de prévention utilisant le théâtre interactif pour mettre en scène la problématique de la demande d'utilisation des préservatifs au sein des jeunes couples. Cette approche apparaît davantage centrée sur la partie théâtrale, c'est-à-dire sur la représentation proprement dite et les improvisations d'élèves, qui leur donnent l'occasion de confronter différents points de vue sur la situation. Une synthèse est ensuite effectuée, mais la discussion n'est pas au cœur de cette démarche, ce qu'ont regretté certains élèves (particulièrement ceux de l'enseignement professionnel). Cependant, là aussi, l'évaluation réalisée auprès des élèves a montré que cette intervention a induit des discussions ultérieures sur la sexualité et le sida, y compris pour ceux qui n'avaient pas pour habitude de parler de ces sujets (Rudelic-Fernandez, 1998). Les auteurs notent un impact différencié de leurs interventions sur le contenu des discussions, observant en particulier que les plus jeunes s'intéressent davantage aux contenus alors que les plus âgés accordent plus d'importance aux aspects formels du spectacle. Ils

envisagent d'adapter ces interventions aux différents publics scolaires (âge, sexe, filière d'enseignement).

L'expérience menée par l'association départementale d'éducation pour la santé du Rhône entre 1991 et 1994 (ORS Rhone-Alpes, 1995) s'est inscrite dans une démarche communautaire associant divers partenaires. Le théâtre a été exploité dans une commune comme un outil au service d'un projet multifocal visant à instaurer du lien social et une dynamique partenariale locale durable. Des activités diversifiées ont été organisées autour du théâtre-forum en des lieux divers (Maison des jeunes et de la culture, consultation de planification et d'éducation familiale, milieu scolaire, centre social...). Des jeunes ont été impliqués dans le comité de pilotage et d'autres, dans des ateliers d'expression et des stages de théâtre qui ont été organisés pour ancrer la démarche participative. À partir de discussions avec des groupes de jeunes, les professionnels ont écrit plusieurs scénarios abordant un éventail de situations problématiques auxquelles les jeunes sont confrontés dans leur vie quotidienne ; ces scénarios leur ont ensuite été soumis avant d'être mis en scène. L'essentiel n'est donc pas tant le théâtre-forum, dont les représentations ne durent qu'un temps, que l'ensemble de la démarche participative qui a utilisé le théâtre pour initier plusieurs microprojets visant à favoriser le développement de partenariats entre les acteurs sociaux, faciliter l'accès des jeunes aux services et développer une plus grande proximité culturelle. Concernant les représentations du théâtre-forum, les auteurs de l'évaluation se demandent si son caractère attractif n'est pas préjudiciable dans la mesure où les professionnels médico-sociaux tendent à leur accorder plus d'importance qu'à la définition précise d'un projet global d'éducation pour la santé et à l'organisation pédagogique du prolongement du spectacle.

Ces exemples présentent une diversité du cadre d'utilisation du théâtre interactif en éducation pour la santé. On peut également citer la recherche-action analysée par Kerr et MacDonald (1997) qui utilise le théâtre interactif pour introduire une séquence de travail très structurée. Après une brève représentation, des ateliers sont organisés en petits groupes pour que les lycéens analysent la situation exposée et expriment leurs propres réactions avant de réaliser des exercices visant à développer leur assertivité. Ensuite, de retour dans le groupe initial, les jeunes proposent les différentes possibilités d'inflexion du déroulement des interactions et de l'issue de la pièce.

Il est indéniable que le théâtre interactif représente un outil attractif d'éducation pour la santé qui plait, frappe les esprits et constitue un temps fort d'éducation pour la santé dont on se souvient avec plaisir, voire émotion. En ce sens, il représente un mode d'approche positif de l'éducation pour la santé qui séduit les professionnels comme les jeunes. Il facilite la prise de conscience des facteurs susceptibles d'influer sur les relations sociales et représente un moyen efficace de déclencher le dialogue sur ces aspects. Il peut ainsi être exploité à différentes fins, comme on l'a vu, en fonction des objectifs du projet

dans lequel il est inscrit. C'est cependant une approche exigeante, relativement coûteuse et qui surtout ne se suffit pas ; elle doit être intégrée dans un projet plus global.

Pour les jeunes élèves de l'enseignement élémentaire, on peut en rapprocher l'utilisation de marionnettes qui permet également d'aborder de façon attractive et interactive de nombreuses dimensions de la santé. Synovitz (1999) plaide pour l'exploration de cette approche en éducation pour la santé.

Vidéocassettes

Les vidéocassettes sont nombreuses et fréquemment utilisées en éducation pour la santé pour créer un climat, aborder un thème ou amorcer un débat. Elles constituent un vaste ensemble de ressources dont l'utilisation « doit toujours s'inscrire dans le cadre d'un projet global, réfléchi, structuré, évalué », comme le souligne Vandersteenen (1997). La vidéo représente un outil attractif d'information ou de sensibilisation qui permet une approche globale, systémique, des situations. Cependant le réalisme des images tend à diminuer toute distance critique ; l'audiovisuel est construit pour illustrer une idée ou une prise de position et provoquer une identification. La seule projection passive d'un vidéogramme avec un groupe n'est pas suffisante pour réaliser un programme éducatif, elle doit être insérée dans une séance d'animation et s'inscrire dans un projet éducatif plus global (Anonymous, 1992).

L'efficacité d'une séance audiovisuelle est liée à sa capacité de rendre le spectateur actif, de l'amener à se poser des questions et à adopter une attitude critique. L'utilisation de la vidéo doit permettre une verbalisation des réactions et la circulation de la parole. Elle demande également une réflexion critique et une analyse personnelle de ce qui est dit et montré.

Comme pour le théâtre interactif, les propos des auteurs de vidéos sont divers et vont de la simple information à l'intention de bousculer les idées reçues, de susciter des identifications (ou contre-identifications) ou de faire participer l'assistance. De même, l'organisation pédagogique de ces séances se révèle variée, parfois réduite à la seule projection, plus souvent accompagnée d'une discussion ou encore intégrée à des projets plus structurés avec des temps de préparation, le séquençage des différents moments de la vidéo ou le prolongement avec approfondissement de différents aspects par des activités pédagogiques complémentaires. À l'extrême, des projets d'éducation à la santé impliquent les élèves durablement dans l'écriture et la création d'audiovisuels qui donnent alors aux jeunes cinéastes l'occasion de prendre un véritable recul sur les sujets abordés (Toussaint, 1997).

Une étude récente (De Peretti et Leselbaum, 1998) a mis en évidence la diversité des attentes et des utilisations des professionnels à l'égard d'un même outil vidéo, « Tempo Solo », diffusé à l'ensemble des collègues français. Elle a également montré une confusion fréquente entre le jugement personnel des

adultes sur le produit audiovisuel et leur regard professionnel sur l'outil (destiné aux collégiens) et son utilisation en éducation pour la santé. Un enseignant différencie ainsi ces deux aspects : « Au départ, la cassette n'a pas été jugée très intéressante par les adultes, beaucoup de questions restant évacuées. Mais les élèves de troisièmes ont tous accroché au côté « sitcom » et ont pu ensuite poser toutes les questions dépassant largement celles du film : cassette (à utiliser) comme point d'ancrage au débat. »

Pour Vandersteenen (1997), aucune conclusion générale ne peut être tirée quant à leur efficacité qui dépend des caractéristiques propres de la vidéo, de l'attente des spectateurs, des objectifs de l'animateur, du contexte, des activités de préparation et d'exploitation et de la dynamique du groupe. Pour lui, aucune vidéo n'est de manière absolue supérieure à une autre, son efficacité est le résultat d'une interaction entre le média lui-même, la situation pédagogique et le public. Il importe donc de rechercher une adéquation optimale entre les objectifs poursuivis et le travail mental provoqué chez le spectateur, entre la vidéo et les caractéristiques du public cible, entre les besoins du formateur et ses possibilités pratiques.

Outils informatiques

L'informatique fournit également à l'éducation pour la santé des outils que les professionnels de l'éducation pour la santé ne peuvent ignorer, ne serait-ce que parce qu'ils leur donne des possibilités de collaborations jusqu'ici inégalées (Fulop et Varzandeh, 1996 ; Weiler, 1996 ; Taub, 1997). Les technologies interactives ouvrent des opportunités nouvelles de créer des outils d'éducation pour la santé. L'enseignement assisté par ordinateur appliqué à la prévention chez les adolescents, en plus de son aspect attractif, est perçu comme préservant l'anonymat ; il peut s'adapter à l'individu et être mis en libre service, donc *a priori* devrait permettre une approche plus individualisée complémentaire des approches en groupe (Lezin et Thouin, 2000). Les jeux vidéo, les CD-ROM et les sites Internet sur l'éducation pour la santé offrent aux jeunes la possibilité d'explorer et de faire évoluer leurs connaissances ou leurs attitudes sous une forme attractive (Dorman, 1997 ; Lieberman, 1997 ; Duncan et coll., 2000) en les sensibilisant aux conséquences sanitaires de leur choix et en leur permettant de rechercher de façon autonome, en fonction de leurs besoins, des réponses aux questions qu'ils se posent. Les Conseils de la jeunesse mis en place par le ministère de la Jeunesse et des Sports ont un site web qui offre ce type d'outil interactif de communication entre les instances et les jeunes qui peuvent poser des questions et trouver des réponses. Certains sites organisent un dialogue sur des sujets de santé entre des jeunes de tous pays, dans le cadre de forums qui, dans l'expérience développée par Skinner et coll. (1997), apparaissent largement fréquentés. Cependant les CD-ROM et les différents outils informatiques sont de développement récent et leur contribution à l'éducation pour la santé est encore peu évaluée à ce jour (Dorman, 1997 ; Duncan et coll., 2000).

Approches par les pairs : les élèves acteurs de l'éducation/promotion de la santé

Initialement utilisées pour la prévention primaire, ces méthodes tendent à se développer à des fins de prévention secondaire ou de réduction des risques, dans des groupes particuliers. Il convient de souligner d'emblée que ces approches ne constituent qu'une stratégie complémentaire possible et ne doivent pas se substituer aux services professionnels existant, ni dédouaner les adultes de leurs responsabilités. Elles n'ont de sens « que si nous ne comptons pas sur elles pour venir remplacer les autres éléments de notre système de soutien à la jeunesse » (Perreault, *in* Baudier et coll., 1996).

Définitions

Le terme d'éducation par les pairs a été initialement utilisé pour décrire « l'éducation des jeunes par les jeunes ». Cette définition, en apparence simple, recouvre une diversité d'approches selon la définition que l'on donne des pairs et la nature de leur implication, les objectifs, les milieux et les méthodes d'intervention (Shiner, 1999). Par exemple, Shiner estime que la classe d'âge n'est pas un critère suffisant pour définir les pairs, dans la mesure où coexistent différents critères d'appartenance (affinités, groupes socioculturels, styles de vie, sous-cultures...) qui représentent également une source importante de construction d'identité.

Une définition plus ouverte de Sciacca (1987) est citée par Milburn (1995) : « L'éducation pour la santé par les pairs est un enseignement ou un échange d'informations, de valeurs et de comportements relatifs à la santé par des membres de même âge ou groupe. » Pour Gould et Lomax (1993), en revanche, la notion d'échange apparaît unilatérale et l'éducation par les pairs est définie comme « instruction ou guidance par des égaux ».

Ainsi, comme pour les modèles présentés précédemment, cette unité terminologique recouvre une pluralité de conceptions de l'éducation et de la promotion de la santé, que l'on pourrait également situer sur un axe dont la première extrémité correspond à une perception plutôt comportementaliste de l'éducation pour la santé (essentiellement considérée dans sa dimension physiologique), alors que l'autre attache de l'importance aux dimensions psychologiques et sociales de la santé, à l'*empowerment* et aux processus multidimensionnels de promotion de la santé.

Pour les tenants des approches et des objectifs comportementalistes, le recours à l'éducation par les pairs est plutôt invoqué pour des arguments d'efficacité, en termes de changements de comportements. Les pairs sont alors appréhendés comme des pseudo-professionnels, les « pairs éducateurs », messagers des adultes auprès des jeunes sur des thématiques bien délimitées. L'accent est mis sur les résultats attendus et les changements quantitatifs. Ces approches ont

été utilisées plutôt dans des perspectives de prévention thématiques (sida, grossesses non désirées, substances psychoactives).

Dans la seconde optique, l'approche par les pairs constitue une des modalités stratégiques concourant au processus de promotion de la santé. Les pairs sont appelés plutôt à se situer dans une perspective qualitative d'entraide, de soutien de leurs camarades ou comme relais de leurs camarades auprès des adultes. « L'objectif visé se situe davantage dans le registre du développement personnel et des relations sociales. L'accent est mis sur le processus plutôt que sur les résultats » (Sandrin-Berthon, *in* Baudier et coll., 1996).

Rationalités

Ces approches par les pairs ont fait l'objet de nombreuses publications durant les dernières décennies. Elles se fondent sur la constatation de l'impact des groupes de pairs sur l'acquisition de normes et plus généralement sur la socialisation, dès l'enfance, mais plus particulièrement à l'adolescence, où l'influence des pairs prend une importance croissante. Les échanges entre pairs sont nombreux (Bonnin, *in* Baudier et coll., 1996 ; van Beest et Baerveldt, 1999) et les pairs représentent une importante source d'information, de soutien, d'identification..., alors que la communication avec les adultes est souvent plus difficile (Conant Sloane et Zimmer, 1993). La conformité au groupe de pairs est d'autant plus grande que le milieu familial est fragilisé (Kern-Scheffeldt, 1997).

Les théories de l'apprentissage social, qui insistent sur le rôle central de l'imitation (Vallerand, 1994) ont contribué à l'utilisation de ces approches dans le champ de l'éducation pour la santé. Souvent considérées comme des méthodes choisies pour des raisons de moindre coût et d'optimisation de la crédibilité des programmes, et donc de leur efficacité, elles ont donné lieu à de nombreux développements, en particulier aux États-Unis. Pour les théories comportementalistes, l'approche par les pairs permet en outre de présenter des modèles positifs attractifs pour modifier les normes sociales et contribuer à diminuer les effets non désirés dus à la pression des pairs. Les théories cognitives privilégient plutôt une approche informative qui se veut plus neutre.

Ainsi, les arguments théoriques généralement avancés pour établir l'intérêt de ces approches sont les suivants (Drellishak, 1997 ; Turner et Sheperd, 1999) :

- coût moindre,
- utilisation des moyens existants,
- démultiplication,
- intérêt pour les populations difficiles à atteindre,
- acceptabilité meilleure par les jeunes,
- crédibilité des pairs comme source d'information,
- efficacité améliorée en raison des processus d'identification,
- modèles positifs,
- renforcement par contacts continus,
- bénéfique et *empowerment* pour les pairs.

Dans l'ensemble, ces arguments ont plutôt été utilisés à propos des approches par les « pairs éducateurs ». Ils sont susceptibles de correspondre, dans des combinaisons variables, à de nombreux modèles théoriques de prévention issus de la *social learning theory*.

Un certain nombre de critiques ont été émises. Lindsey (1997) remarque que ces programmes sont coûteux en temps de formation et de supervision des pairs. En conséquence, leur mise en œuvre peut se faire au détriment des contacts directs entre les autres jeunes et les professionnels. Il arrive en effet que la disponibilité des professionnels accordée aux pairs dans le cadre de cette approche diminue *ipso facto* les séances d'éducation pour la santé plus classiques. Il souligne également qu'il n'est pas établi que les jeunes préfèrent toujours en référer à leurs pairs ou qu'ils leur accordent plus de crédibilité qu'aux professionnels.

Différentes fonctions assignées aux pairs

Dans la littérature, les pairs ont été impliqués dans différentes fonctions, qui ne sont d'ailleurs pas forcément exclusives (Conant Sloane et Zimmer, 1993 ; Turner et Sheperd, 1999) :

- interventions formalisées au sein de groupes (information, entraînement aux compétences sociales),
- conseil individuel informel (*counseling*),
- support,
- médiation,
- relais entre les jeunes et les services spécialisés,
- implication dans des programmes pour faciliter les liens avec le terrain, en particulier pour des populations difficiles à atteindre (Podschun, 1993),
- remontées des besoins du terrain auprès des décideurs,
- participation à l'élaboration des projets de prévention,
- participation à des services divers,
- animation auprès des populations ciblées, implication dans des productions diverses,
- tutorat (de fait, il ne s'agit plus de pairs, « d'égaux », mais en général de jeunes plus âgés).

À l'extrême, apparaissent des dispositifs spontanés, voire militants, tels que les groupes d'utilisateurs d'ecstasy dans les *rave-parties* (Anonymous, 1998) qui se mobilisent dans une perspective de réduction des risques.

Les conséquences de cette hétérogénéité en termes d'évaluation et de comparaison des programmes est facile à entrevoir. À ce propos, Shiner (1999) demande que l'on explicite et différencie les approches selon la définition que l'on donne des pairs, les objectifs et les méthodes d'intervention ainsi que la nature de l'implication des pairs.

Classification des approches

Différentes classifications ont été proposées comme analyseurs de la diversité des approches par les pairs. Dayton (1987, cité par Shiner, 1999) distingue ainsi quatre modalités principales d'implication des jeunes :

- les programmes visant à influencer les pratiques,
- les programmes d'enseignement,
- les programmes de *counseling*,
- les programmes centrés sur la participation des pairs aux côtés des adultes.

Baudier et coll. (1996 et 1997) retiennent essentiellement deux grandes catégories, les « pairs multiplicateurs » et les « pairs entraidents », ce qui semble plus opérationnel, au moins dans une première approche. Pour cet auteur, les pairs multiplicateurs « sont chargés de diffuser dans leur milieu de vie un certain nombre d'informations et de recommandations sur un thème donné ». L'approche par les « pairs entraidents », qui a fait l'objet de nombreux programmes en particulier au Canada (Perreault, *in* Baudier et coll., 1996), a pour objectif de former des pairs à l'écoute de leurs camarades pour les rendre susceptibles de jouer un rôle de repérage (pour les jeunes présentant des problèmes) ou de relais entre ces jeunes et les personnes ou structures spécialisées.

Constats

Dans l'ensemble, les comparaisons s'avèrent délicates du fait de la diversité des objectifs, des modalités d'intervention, de la qualité des formations, des publics concernés (milieux scolaire et universitaire, milieux particuliers) ainsi que des méthodes et critères d'évaluation (Fennell, 1993 ; Milburn, 1995).

Formation - supervision

Quels que soient les objectifs de l'approche par les pairs, tous les auteurs s'accordent pour noter qu'il s'agit d'une démarche exigeante. Le cadre, l'adhésion institutionnelle, les objectifs et les limites du mandat des jeunes doivent être précisément négociés et définis avec les jeunes, mais aussi avec les équipes éducatives.

Cette approche suppose non seulement une formation initiale mais aussi une supervision effective pendant toute la durée du processus, de manière à éviter les dérapages des pairs ou leur mise en difficulté (Walker et Avis, 1999). Plusieurs auteurs ont en effet observé que des pairs pouvaient faire l'objet de rejet de la part de leurs camarades (Minervini et coll., 1993 ; Michaud, *in* Baudier et coll., 1996).

Ces négociations, ainsi que la formation continue (ou la supervision) des pairs, apparaissent indispensables. Elles le sont parfois aussi pour les adultes à qui des ajustements importants sont demandés dès qu'il est question d'accorder aux élèves des responsabilités accrues. Plusieurs auteurs soulignent l'intérêt d'un observateur externe pour aider à analyser la situation.

Choix des pairs

La question du choix des pairs n'est pas sans importance et est soulevée à maintes reprises. Dans les programmes de type « pairs éducateurs », les organisateurs souhaiteraient impliquer plutôt des jeunes leaders, ayant des facilités de communication et susceptibles de représenter des modèles positifs.

Mais, le plus souvent, les pairs sont sélectionnés sur une base de volontariat, après entretien avec l'équipe éducative. Parfois il s'agit de sections lycéennes particulièrement concernées par la santé (sections médico-sociales), voire d'étudiants (élèves infirmier(e)s, étudiants en médecine...) qui ne peuvent être considérés *stricto sensu* comme des pairs, des égaux... Parfois aussi, ils sont désignés par leurs camarades, tels les délégués de classe. Dans un établissement scolaire français, les délégués, sollicités tant par leurs camarades que par leurs enseignants, ont été tout naturellement considérés comme des pairs entraînants. L'équipe éducative a constaté qu'ils occupent une fonction de « passeurs » entre l'univers des adultes et celui de leurs camarades, mais sans préparation ni recours lorsqu'une situation complexe se présente. Un groupe de discussion a alors été mis en place avec un consultant extérieur afin d'aider les délégués à assurer leur rôle dans de meilleures conditions, en leur permettant d'exprimer leurs préoccupations liées à cette fonction et de chercher des solutions (Colle et coll., 1998). Dans plusieurs programmes canadiens, les élèves sont invités à remplir un sociogramme qui permet de connaître ceux qui, de leur point de vue, présentent les qualités sociales requises. Enfin, dans quelques cas, ce sont les adultes qui désignent des jeunes susceptibles de correspondre au profil attendu.

Michaud (*in* Baudier et coll., 1996) remarque que les qualités attendues des pairs peuvent varier en fonction des objectifs assignés aux programmes. Pour cet auteur, les programmes de type « pairs entraînants » peuvent bénéficier du volontariat de jeunes pairs cherchant ce faisant à résoudre aussi leurs propres difficultés : « Le fait qu'ils aient eux-mêmes traversé des moments difficiles leur donne probablement des compétences que d'autres jeunes « leaders » n'auraient pas nécessairement. » Concernant les « pairs multiplicateurs » Bantuelle et coll. (*in* Baudier et coll., 1996) observent que ce sont souvent des jeunes orientés vers les autres, capables de mettre à distance leurs difficultés et dont l'avenir est tourné vers les métiers des sciences humaines et de la santé.

Évaluations

La recension des différents articles ne fournit pas de démonstration univoque sur l'efficacité des pairs multiplicateurs en termes d'« influence ». On perçoit d'emblée les précautions éthiques qu'implique ce type d'approche où les pairs sont censés influencer les comportements ou les conduites à risque de leurs camarades. Cependant, il apparaît plus nettement que les approches par les pairs sont susceptibles d'induire des effets fructueux en termes de processus et de meilleure reconnaissance mutuelle entre adultes et jeunes.

En outre, si les effets sur l'ensemble des jeunes sont éminemment variables, la quasi-totalité des études relatent un bénéfice important des pairs investis, en termes d'enrichissement personnel. Ce résultat majeur soulève la question éthique de l'utilisation de cette approche en faveur des jeunes les plus à risque, pour que les pairs, formés, investis, objets d'attention et premiers bénéficiaires, soient en priorité des jeunes qui en ont le plus besoin, plutôt que des jeunes initialement compétents qui, en s'impliquant dans cette démarche, améliorent encore leur confiance en eux et leurs capacités à communiquer.

Examen des processus

En termes de processus, et quelle que soit la fonction dévolue aux pairs, les auteurs observent que ces approches sont une source de nombreux échanges. Les relations ainsi établies avec les pairs durant la formation et la supervision leur apportent une meilleure connaissance, reconnaissance, des jeunes, de leurs besoins et de leurs capacités (Haines, Wessel, *in* Anonymous, 1993 ; Lamblin, *in* Sandrin-Berthon, 1997). La prise en considération du point de vue des jeunes pairs permet de mieux adapter les programmes ou projets et les « productions » diverses à l'ensemble du public ciblé (Fennell, 1993 ; Wessel, *in* Anonymous, 1993).

Quand cette approche se pérennise, elle est susceptible d'infléchir une culture d'établissement marquée par la communication et l'implication active des élèves dans la vie et l'animation de l'établissement (Lamblin, *in* Sandrin-Berthon, 1997). Ballion (2000) observe également un effet positif sur l'image et l'attractivité de l'établissement lorsque cette politique est inscrite dans le fonctionnement de l'établissement : l'amélioration des relations entre adultes et élèves et de l'investissement de ces derniers dans l'animation de l'établissement ont également des retombées en termes de qualité de vie, de réussite scolaire et de diminution des comportements déviants tels l'absentéisme et les actes de violence.

Cette démarche contribue également à rapprocher les élèves des services professionnels spécialisés, en améliorant la connaissance et les recours à ces services (Fennell, 1993 ; Garrigue, Bantuelle et coll., *in* Baudier et coll., 1996).

En ce qui concerne les adultes, il a été constaté à plusieurs reprises que cette démarche a pu les conduire à demander des formations pour eux-mêmes et à infléchir leurs pratiques dans le sens de la constitution d'équipes ou de réseaux (Lüthi, Bantuelle et coll. *in* Baudier et coll., 1996b). Des auteurs notent cependant, que l'*empowerment* des élèves a pu provoquer des résistances au niveau des adultes (Dusso et Minervini, *in* Baudier et coll., 1996). Ceci montre l'importance de la préparation de ce type d'approche et de la prise en considération des adultes (Wren et coll., 1997), de la nécessité de prendre le temps de préparer l'équipe à cette démarche, d'en négocier le cadre et les limites...

Dans quelques cas, il s'est avéré qu'un enjeu important à moyen terme consistait à créer un réseau de jeunes-relais disséminés dans le territoire, afin par exemple de démultiplier et relayer localement la politique promotionnelle de santé de la reproduction mise en œuvre au niveau du pays (Diawara, *in* Baudier et coll., 1996).

Un enjeu fondamental, en particulier pour les praticiens du milieu scolaire, consiste en la pérennité de tels processus. Au-delà des aspects expérimentaux, nécessaires pour établir un certain nombre de résultats, la question de la transférabilité dans le quotidien des établissements doit être posée. À quelles conditions cette démarche peut-elle s'intégrer durablement dans le projet et la culture de l'établissement ? Cet aspect est très peu étudié dans la littérature analysée, plutôt focalisée sur la question de l'« efficacité ». En pratique, seuls quelques articles témoignent explicitement d'une inscription dans la durée de l'approche par les pairs. De ce fait, seules quelques hypothèses peuvent être avancées.

En milieu scolaire, Lamblin (*in* Sandrin-Berthon, 1997) montre que la reconnaissance des pairs par les équipes éducatives et le soutien de cette approche n'ont pas été immédiats et se sont progressivement améliorés au fil du temps. La démarche, qui semble être portée principalement par un noyau de personnes, a cependant bénéficié aussi de soutiens externes, d'aides financières (limitées) et même de reconnaissance officielle. Par ailleurs, la question du renouvellement des pairs est systématiquement envisagée en début d'année avec l'implication des anciens pairs, qui présentent alors le projet à l'ensemble des lycéens.

La démarche de « pairs-entraidants » présentée par Ferland (*in* Baudier et coll., 1996) illustre également la conjonction de différents facteurs : l'implication durable du coordinateur, le soutien de la direction de l'établissement « et » de l'équipe éducative qui en reconnaît le bien-fondé, un financement, l'existence de soutien et de reconnaissance externe ainsi que le renouvellement annuel des pairs. Cet auteur plaide pour l'allègement, la simplification du programme de formation, comme facteur de durabilité, avec une concentration sur l'entraide informelle. Il évoque également l'adaptation à des moyens financiers limités, tendant même vers l'autofinancement, afin d'éviter que de tels programmes ne soient trop dépendants d'aides extérieures. Pour Ballion (2000), les facteurs de réussite et de pérennité sont l'inscription de cette démarche participative dans la politique globale de l'établissement ainsi que l'existence d'une équipe multicatégorielle fermement soutenue par le chef d'établissement. Pour cet auteur, les pairs sont essentiellement mandatés comme participants actifs, animateurs ou organisateurs d'actions collectives, la fonction de pair-entraidant étant appréhendée dans une acception informelle, qui consiste à orienter ceux qui se confient.

En dehors du milieu scolaire, la durabilité du projet présenté par Wright et coll. (1998) pourrait provenir de son approche globale plutôt que thématique, et de sa centration sur la pluridisciplinarité et la constitution de réseaux.

L'amélioration progressive de l'adaptation des conditions et des ressources du milieu importerait davantage que les changements immédiats des comportements des personnes que le projet entend aider.

Effets sur les pairs investis

Les effets sur les pairs investis sont massivement reconnus. Il existe un consensus pour constater que ce sont eux les principaux bénéficiaires de cette démarche.

Les bénéfices observés pour les pairs eux-mêmes relèvent essentiellement du sentiment de développement personnel, de compétences générales et d'*empowerment* (Haines et Kelley, *in* Anonymous, 1993 ; Minervini et coll., 1993 ; McLean, 1994 ; Milburn, 1995 ; Baudier et coll., 1996) ; Komro et coll., 1996 ; Nokes, 1996 ; O'Hara et coll., 1996 ; Haignere et coll., 1997 ; Reeder et coll., 1997 ; Wassef et coll., 1998 ; Wright et coll., 1998 ; Backett-Milburn et Wilson, 2000).

Minervini et coll. (1993) ont ainsi observé que les pairs ont fonctionné initialement comme groupes d'entraide pour eux-mêmes, avant d'être à même de s'engager dans la communauté scolaire. Haines (*in* Anonymous, 1993) et Turner (1999) soulignent l'intérêt de considérer les groupes de pairs comme groupes d'entraide réciproque (*reciprocal peer support*), susceptibles d'améliorer leur bien-être psychologique.

L'amélioration de l'estime de soi des pairs est relevée à plusieurs reprises (McLean, 1994 ; Sawyer et coll., 1997 ; Whright et coll., 1998). Sawyer et coll. notent que l'amélioration du sentiment d'estime de soi constitue l'apport personnel le plus souvent évoqué par les pairs en question ouverte ; cependant l'utilisation de l'échelle d'estime de soi (*Rosenberg self-esteem scale*) ne la fait pas apparaître de façon significative. Cette difficulté des échelles à objectiver l'amélioration du sentiment d'estime de soi a également été soulevée par Ferland (*in* Baudier et coll., 1996). Ce sentiment de développement personnel des pairs se traduit, selon les auteurs, en termes de confiance en soi, d'affirmation de soi ou d'efficacité personnelle (Haines, *in* Anonymous, 1993 ; Ferland, *in* Baudier et coll., 1996 ; Haignere et coll., 1997 ; Sawyer et coll., 1997 ; Turner, 1999).

Pour plusieurs auteurs, cet effet s'accompagne d'une internalisation du *locus of control* et d'un sentiment accru en ses possibilités personnelles d'agir sur son bien-être (Cordonier et Tamarcaz, *in* Baudier et coll., 1996 ; Black et coll., 1998 ; Turner, 1999). Haignere et coll. (1997) observent une augmentation significative de la capacité des jeunes ainsi formés à résister à la pression de leurs camarades. D'autres auteurs soulignent une meilleure capacité des pairs à faire face à leurs émotions (Nokes, 1996 ; Turner, 1999) ou plus généralement à leurs difficultés (Wassef et coll., 1998).

Dans le cadre des aptitudes spécifiques acquises par les jeunes pairs formés et encadrés, les auteurs relèvent en premier lieu des compétences relationnelles.

Celles-ci se traduisent par une amélioration des relations interpersonnelles (Wassef et coll., 1998) et des capacités à communiquer avec les élèves et aussi avec les adultes (Ferland, in Baudier et coll., 1996 ; Tardy, 1996). Les jeunes pairs se sentent plus ouverts aux autres (Sawyer et coll., 1997) et à leurs différences (Nokes, 1996). Plusieurs auteurs évoquent également des gains de compétences en termes d'écoute empathique ou de *counseling*, (Ferland, in Baudier et coll., 1996 ; Turner, 1999). D'autres relèvent des aptitudes de communication collective telle la capacité à animer des sessions éducatives et à conduire des débats, plus particulièrement dans les approches impliquant les jeunes comme « pairs éducateurs » (O'hara et coll., 1996 ; Sawyer et coll. 1997 ; Cordonier et Tamarcaz, in Baudier et coll., 1996).

En ce qui concerne les aspects thématiques des programmes, quelques auteurs relèvent également des bénéfices sur les connaissances (Cordonier et Tamarcaz, in Baudier et coll. 1996 ; Wright et coll. 1998 ; Haignere et coll. 1997 ; Sawyer et coll. 1997), les attitudes et les comportements des pairs. L'étude réalisée par Komro et coll. (1996) montre une diminution de la consommation d'alcool des jeunes pairs impliqués, comparativement à leurs camarades, et ce d'autant plus qu'ils étaient initialement consommateurs. Concernant le sida, si de toute évidence les comportements sexuels à risque ne sont pas radicalement abandonnés par les jeunes pairs, les auteurs observent cependant une tendance à la diminution des prises de risque. Whright et coll. (1998) observent que les jeunes déclarent essayer de se protéger davantage qu'auparavant : ils y arrivent à certaines périodes mais pas toujours. Pour McLean (1994) et Sawyer et coll. (1997), la prise de risques sexuels est diminuée pour 30 %, alors que 44 % des jeunes pairs se sentent plus aptes à discuter avec leurs partenaires de *safer sex*.

Ainsi le développement personnel des pairs est beaucoup plus prégnant dans la littérature que l'impact qu'ils sont censés avoir sur les modifications comportementales de leurs camarades, du moins pour les programmes de type « pairs éducateurs ».

Effets sur les modifications comportementales des publics

Plusieurs auteurs soulignent le manque d'évaluations quantitatives formalisées et rigoureuses permettant d'éclairer cet aspect de la question. Milburn (1995) insiste surtout sur la diversité importante tant des programmes impliquant les pairs que de leurs résultats. On peut également souligner la variété des protocoles d'évaluation (que compare-t-on et à quoi ?) qui rend bien délicate la confrontation des données présentées.

Black et coll. (1998) analysent la recension, effectuée par Tobler et Stratton (1997), de 120 programmes relatifs à la prévention de la consommation de substances psychoactives, dont la plupart concernent des collégiens. Ceux-ci concluent à une efficacité augmentée des programmes qui mettent l'accent sur la participation et les « interactions entre pairs » (particulièrement en utilisant des jeux de rôles) pour enseigner des compétences interpersonnelles,

comme la capacité à refuser les produits offerts. Les programmes d'enseignement plus passifs, où les interactions prédominantes se produisent entre élèves et enseignants, apparaissent moins efficaces. L'analyse de l'influence du statut des animateurs montre que les bénéfices obtenus par les pairs et les adultes sont équivalents. Ce qui importe, c'est surtout la nature du projet conjuguant le caractère interactif des sessions et la qualité de la formation des intervenants, en particulier en matière d'animation des groupes.

Dans le registre de la prévention du sida en milieu universitaire, Reeder et coll. (1997) ont également étudié les effets de différentes modalités d'intervention des pairs éducateurs : mise en activité des étudiants *versus* information passive, et similarité des pairs *versus* différence affichée. Il a observé les modifications survenues un mois après les sessions. L'amélioration des connaissances sur le sida est observée dans tous les groupes ayant assisté à une séance animée par des pairs, comparativement au groupe contrôle. Les intentions d'utiliser des préservatifs avec de nouveaux partenaires ont été augmentées dans le groupe de similarité ; cet effet est attribué à la capacité des pairs éducateurs « similaires » de modifier la perception des normes sociales. L'influence de l'intervention des pairs sur la modification des normes est également évoquée par O'hara et coll. (1996). La mise en activité des étudiants représente également un facteur important d'efficacité : l'utilisation de préservatifs au cours du mois suivant la séance est maximale dans le groupe qui a bénéficié d'une implication active dans diverses activités de communication et de manipulation de préservatifs.

L'analyse de la littérature ne fournit cependant pas de preuve de la « supériorité » des programmes animés par des pairs éducateurs par rapport aux interventions menées par des adultes. Dans certaines conditions, dont la première est l'exigence de la formation et de la supervision, il semble bien cependant qu'elles puissent être tout aussi efficaces. L'approche par les pairs représente ainsi une ressource potentielle qui peut être envisagée en complémentarité, mais certainement pas en substitution, des programmes et des responsabilités des adultes. Une question primordiale consiste alors à définir précisément le rôle attribué aux jeunes et aussi ses limites.

En conclusion, les diverses approches par les pairs représentent des modalités complémentaires d'intervention d'éducation et de promotion de la santé susceptibles de renforcer l'implication des élèves dans les processus éducatifs dont ils sont la cible. Elles permettent d'insuffler une culture participative et d'augmenter les échanges entre les adultes et les jeunes, dont les apports pour adapter les projets, programmes, démarches, outils... sont généralement reconnus et appréciés.

Parmi les diverses fonctions assignées aux pairs, on peut distinguer essentiellement les « pairs multiplicateurs » ou « pairs éducateurs », les « pairs entraînants » et les acteurs de prévention, selon le modèle illustré par Ballion (2000). Quelles que soient ces fonctions, il convient de souligner d'emblée

qu'il s'agit d'une démarche exigeante, qui implique la mobilisation d'une équipe pour former et superviser les jeunes impliqués pendant toute la durée du processus. Il semble également important de prendre en considération les positions des adultes, en particulier en milieu scolaire où il leur est demandé de s'adapter aux modifications du statut des élèves, à leur *empowerment*.

Les expériences menées avec les « pairs éducateurs » ne montrent pas une supériorité absolue de l'intervention des pairs en termes d'efficacité sur la réduction des comportements à risque (réduction des consommations, protection contre le sida). Cependant ces interventions peuvent s'avérer aussi « efficaces » que celles menées par des adultes, surtout quand les pairs suscitent des activités interactives entre les jeunes. Par ailleurs, les pairs sont susceptibles de mieux faire connaître les ressources existantes (services professionnels) et de contribuer à augmenter leur utilisation par les jeunes. Cet effet nous paraît important à exploiter, en particulier pour les populations difficiles à contacter directement (jeunes déscolarisés par exemple).

Mais les principaux bénéficiaires de ces approches sont les pairs impliqués eux-mêmes. Leurs acquis sont importants et dépassent largement la question des conduites à risque. Leur investissement dans la démarche et la formation a des répercussions en termes de développement personnel, d'estime de soi et d'*empowerment*. Cette expérience leur donne aussi très souvent l'occasion d'acquérir des compétences relationnelles, sur le versant de l'écoute et de l'ouverture aux autres et/ou sur celui de la communication.

Ces résultats majeurs pour les pairs eux-mêmes nous conduisent à nous interroger sur l'intérêt potentiel de ces démarches pour les jeunes les plus à risque, dans une visée de réduction des inégalités en matière de santé. Jusqu'à maintenant ces approches ont plutôt été développées dans la perspective d'induire des changements dans la communauté des jeunes, et les pairs ont été choisis bien souvent pour leurs compétences relationnelles initiales élevées. Dans la mesure où les principaux bénéficiaires de l'approche sont les pairs eux-mêmes, on peut se demander s'il n'est pas opportun d'en reconsidérer les objectifs pour les orienter plutôt en faveur des jeunes fragilisés, pour les former dans un cadre qui fonctionne bien souvent comme un groupe de « support ».

BIBLIOGRAPHIE

ALLENSWORTH D. Improving the health of youth through a coordinated school health programme. *Promot Educ* 1997, 4 : 42-47

ANONYMOUS. Place de l'audiovisuel en éducation pour la santé – Guide des audiovisuels. Festival de la Commission des communautés européennes : L'éducation à la santé par l'audiovisuel, Royan, 7-9 octobre 1992 : 23-25

ANONYMOUS. Professionals' experiences of peer education. *J Am Coll Health* 1993, 41 : 300-301

- ANONYMOUS. Drogues de synthèse : un nouveau défi pour la prévention ? *Peddro* 1998, **1-2** : 3-25
- BALLION R. Les élèves acteurs de prévention. Convention d'étude MENRT – CADIS, rapport d'étude non publié, 2000 : 77 p
- BACKETT-MILBURN K, WILSON S. Understanding peer education : insights from a process evaluation. *Health Educ Res* 2000, **15** : 85-96
- BAUDIER F, BONNIN F, MICHAUD C, MINERVINI MJ. *Approche par les pairs et santé des adolescents*. Séminaire international francophone. Fondation de France, CFES. Éditions CFES, Paris 1996 : 221 p
- BAUDIER F, BONNIN F, MICHAUD C. Les groupes de pairs et la promotion de la santé. In : *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*. Michaud PA, Alvin P, Deschamps JP, Frappier JY, Marcelli D, Tursz A. Payot, Doin, Université de Montréal, éd. Lausanne, Paris et Montréal, 1997 : 585-593
- BEAUCHESNE L. Les programmes de prévention d'abus des drogues en milieu scolaire. In Dossier « École et prévention » Tome 2. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 1997, **2** : 23-26
- BLACK DR, TOBLER NS, SCIACCA JP. Peer helping/involvement : an efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth ? *J Sch Health* 1998, **68** : 87-93
- COLLE FX, LEONHARDT J, ROGER-AUBRY L. Les conduites à risque en milieu scolaire, le lycée professionnel « La Source » entre formation et utilisation du contexte. *Généralisations*, 1998, **14** : 19-26
- CONANT SLOANE B, ZIMMER CG. The power of peer health education. *J Am Coll Health* 1993, **41** : 241-245
- DAYTON M. Peer programmes in prevention. *Drug Educ J Aust* 1987, **1** : 2
- DE PERETTI C, LESELBAUM N. Évaluation de l'accueil de la cassette « Tempo Solo » - Premières réactions des équipes éducatives. Rapport d'étude non publié, INRP – Paris X-Nanterre, 1998 : 54 p
- DENMAN S. Health promoting schools in England – a way forward in development. *J Public Health Med* 1999, **21** : 215-220
- DORMAN SM. Video and computer games : effect on children and implications for health education. *J Sch Health* 1997, **67** : 133-138
- DUNCAN TE, DUNCAN SC, BEAUCHAMP N, WELLS J, ARY DV. Development and evaluation of an interactive CD-ROM refusal skills program to prevent youth substance use : « Refuse to Use ». *J Behavior Med* 2000, **23** : 59-72
- DRELLISHAK R. The merits of peer education programs. *J Am Coll Health* 1997, **45** : 218
- FENNELL R. A review of evaluations of peer education programs. *J Am Coll Health* 1993, **41** : 251-253
- FULOP MP, VARZANDEH NN. The role of computer-based resources in health promotion and disease prevention : implications for college health. *J Am Coll Health* 1996, **45** : 11-17

GOULD JM, LOMAX AR. The evolution of peer education : where do we go from here ?
J Am Coll Health 1993, **41** : 235-240

GREEN J, TONES K, MANDERSCHIED JC. Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 103-120

HAGNERE CS, FREUDENBERG N, SILVER DR, MASLANKA H, KELLEY JT. One method for assessing HIV/AIDS peer-education programs. *J Adolesc Health* 1997, **21** : 76-79

HARDING CG, SAFER LA, KAVANAGH J, BANIA R, CARTY H et coll. Using live theatre combined with role playing and discussion to examine what at-risk adolescents think about substance abuse, its consequences, and prevention. *Adolescence* 1996, **31** : 783-796

KERN-SCHEFFELDT W. Éducation par les pairs. Pour la prévention primaire, quelles sont les méthodes efficaces ? Les facteurs de protections contre la toxicomanie. *Projet Euro Peers* 1997 : 13 p

KERR MM, MACDONALD TH. Project 2000 student nurses' creative approach to peer education. *Nurse Educ Today* 1997, **17** : 247-254

KOMRO KA, PERRY CL, MURRAY DM, VELEN-MORTENSON S, WILLIAMS CL, ANSTINE PS. Peer-planned social activities for preventing alcohol use among young adolescents. *J Sch Health* 1996, **66** : 328-334

LEZIN B, THOUIN A. L'enseignement assisté par ordinateur appliqué à la prévention chez les adolescents : analyse bibliographique et perspectives. *Santé Publique*, 2000, **12** : 363-377

LIEBERMAN DA. Interactive video games for health promotion : effects on knowledge, self-efficacy, social support, and health. In : *Health promotion and interactive technology. Theoretical applications and future directions*. Street RL Jr, Gold WR, Manning T, eds. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah New Jersey and London 1997 : 103-120

LINDSEY BJ. Peer education : a viewpoint and critique. *J Am Coll Health* 1997, **45** : 187-189

MCLEAN DA. A model for HIV risk reduction and prevention among African American college students. *J Am Coll Health* 1994, **42** : 220-223

MILBURN K. A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Educ Res* 1995, **10** : 407-420

MINERVINI MJ, BAUDIER F, DUSSO B, AUGE A, FERRY JP, MICHAUD C. Promotion de la santé et éducation par les pairs : l'expérience pilote des jeunes-relais dans certains lycées de l'académie du Doubs. Reflexions sur l'implantation d'un programme. *Santé Publique* 1993, **5** : 63-70

NOKES KM. Intervention to promote safer sexual behaviors and educate peers about HIV/AIDS. *J Nurs Educ* 1996, **35** : 227-229

O'HARA P, MESSICK BJ, FICHTNER RR, PARRIS D. A peer-led AIDS prevention program for students in an alternative school. *J Sch Health* 1996, **66** : 176-182

ORS Rhône-Alpes (Observatoire régional de santé). Évaluation du théâtre forum – À propos d'une expérience d'éducation pour la santé auprès des jeunes réalisée par l'Association départementale d'éducation pour la santé du Rhône. 1995 : 27 p

- PODSCHUN GD. Teen Peer Outreach-Street Work Project : HIV prevention education for runaway and homeless youth. *Public Health Rep* 1993, **108** : 150-155
- REEDER GD, PRYOR JB, HARSH L. Activity and similarity on safe sex workshops led by peer educators. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : S77-S89
- RUDELIC-FERNANDEZ D. Le Théâtre-forum comme outil préventif : évaluation des interventions théâtrales de prévention VIH dans les lycées et les CFA d'Ile-de-France – Volume 1 : Rapport de synthèse. CRIPS 1998 : 55 p
- SANDRIN-BERTHON B. *Apprendre la santé à l'école*. ESF édts, Paris 1997 : 128 p
- SAWYER RG, PINCIARO P, BEDWELL D. How peer education changed peer sexuality educators' self-esteem, personal development, and sexual behavior. *J Am Coll Health* 1997, **45** : 211-217
- SCIACCA JP. Student peer health education : a powerful yet inexpensive helping strategie. *Peer Facilitator Q* 1987, **5** : 4-6
- SHINER M. Defining peer education. *J Adolesc* 1999, **22** : 555-566
- SKINNER H, MORRISON M, BERCOVITZ K, HAANS D, JENNINGS MJ et coll. Using the Internet to engage youth in health promotion. *Promot Educ* 1997, **4** : 23-25
- ST LEGER LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – A review of the claims and evidence. *Health Educ Res* 1999, **14** : 51-69
- SYNOVITZ LB. Using puppetry in a coordinated school health program. *J Sch Health* 1999, **69** : 145-147
- TARDY L. *Pour une approche éthique de la prévention du sida. Évaluation de la formation par les pairs*. Recherche Action Région Bourgogne 1992-1995. Mutualite Française, Editions FNMF, Paris 1996 : 165 p
- TAUB A. Using Computer technology for health education. *Promot Educ* 1997, **IV** : 5-7
- TOBLER N, STRATTON H. Effectiveness of school-based drug prevention programs : a meta-analysis of the research. *J Primary Prev* 1997, **18** : 71-128
- TOUSSAINT S. Cheminement et balises : une expérience d'action communautaire aux abords d'une école. In : Dossier « Ecole et prévention », Tome 2. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 1997, **2** : 15-18
- TURNER G. Peer support and young people's health. *J Adolesc* 1999, **22** : 567-572
- TURNER G, SHEPERD J. A method in search of a theory : peer education and health promotion. *Health Educ Res* 1999, **14** : 235-247
- VALLERAND J. *Les fondements de la psychologie sociale*. Gaëtan Morin éditeur, Québec 1994 : 888 p
- VAN BEEST M, BAERVELDT C. The relationship between adolescents' social support from parents and from peers. *Adolescence* 1999, **34** : 193-201
- VANDERSTEENEN E. L'audiovisuel et la promotion de la santé. La collection Éducation pour la santé de la Médiathèque : un outil au service des éducateurs 1997. In Dossier « Ecole et prévention » Tome 2. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 1997, **2** : 3-10
- WALKER SA, AVIS M. Common reasons why peer education fails. *J Adolesc* 1999, **22** : 573-577

WASSEF A, MASON G, COLLINS ML, VANHAALEN J, INGHAM D. Effectiveness of one-year participation in school-based volunteer-facilitated peer support groups. *Adolescence* 1998, **33** : 91-97

WEILER RM. Creating a virtual materials and resources index for health education using the worldwide web. *J Sch Health* 1996, **66** : 205-209

WREN PA, JANZ NK, CAROVANO K, ZIMMERMAN MA, WASHIENKO KM. Preventing the spread of AIDS in youth : principles of practice from 11 diverse projects. *J Adolesc Health* 1997, **21** : 309-317

WRIGHT ER, GONZALEZ C, WERNER JN, LAUGHNER ST, WALLACE M. Indiana Youth Access Project : a model for responding to the HIV risk behaviors of gay, lesbian, and bisexual youth in the Heartland. *J Adolesc Health* 1998, **23** : S83-S95

5

Évaluation des programmes d'éducation pour la santé

Il est possible de distinguer deux formes d'éducation pour la santé. La première, que l'on peut qualifier de « profane », est permanente et s'inscrit dans les gestes quotidiens. Elle est le fait de toute personne ayant à un moment une responsabilité d'éducateur, comme par exemple des parents qui installent le rituel du lavage des dents chez un enfant. L'efficacité de cette forme d'éducation pour la santé n'est pas quantifiable. Cependant, compte tenu de la multiplicité des situations éducatives et des intervenants, on s'accorde à penser que son impact est prépondérant (Journal officiel, 7 octobre 1982). La seconde forme d'éducation pour la santé, dite « savante », repose sur un corpus de théories explicatives. Elle est le fait de professionnels et est censée utiliser un répertoire d'interventions dont les effets ont fait l'objet d'une évaluation. Dans les deux cas il s'agit de favoriser l'adoption d'attitudes et de comportements conduisant à une meilleure santé pour l'individu ou la population, à court ou à long terme.

Au cours des deux dernières décennies, la morbidité et les coûts sociaux de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres produits psychoactifs, et ceux liés à l'épidémie de sida, ont justifié le financement de nombreux programmes de recherche dans le domaine de la prévention des comportements à risque chez les jeunes.

La littérature présentant les résultats des programmes d'éducation pour la santé est abondante et hétérogène. De nombreuses études ne montrent aucun effet des programmes, en particulier en termes de changement de comportements. Cet échec à obtenir l'effet souhaité par des programmes a conduit certains théoriciens à conclure qu'il fallait élargir le cadre de réflexion de l'éducation pour la santé considéré comme trop étroit et donc inefficace, à celui de la « promotion de la santé » qui replace le comportement de santé de l'individu dans son contexte social et politique. C'est ainsi que des programmes ont été conçus à l'échelle de l'école, du quartier, de la ville ou de la région (Puska et coll., 1995). Jonathan Mann, impliqué au niveau international dans la lutte contre le sida a estimé que seule pouvait être efficace la lutte pour les droits de l'Homme. Par exemple, la lutte pour le droit des femmes était pour lui une meilleure voie de prévention du sida qu'une « réductrice et naïve » promotion du préservatif (Mann, 1994).

Dans l'analyse de l'échec de nombreux programmes à obtenir un changement on peut également considérer que l'approche éducative et/ou son évaluation étaient mal conçues. En effet, les approches éducatives initiales étaient souvent naïves, et reposaient sur des modèles explicatifs des comportements assez frustes, voire erronés, non renseignés par les théories existantes. Ainsi, la théorie du déficit d'information comme raison du comportement à risque a été le seul fondement des premiers programmes. Quant aux méthodes d'évaluation, elles étaient inadaptées et la puissance statistique souvent insuffisante pour détecter des changements. Or, il ne faut pas confondre la conclusion « aucune différence n'a pu être observé entre ceux qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié » avec « le programme n'est pas efficace ».

L'amélioration des méthodes d'intervention éducative et des techniques d'évaluation a surtout été le fait d'équipes de recherche nord-américaines, scandinaves ou hollandaises. Ceci est probablement lié aux contextes nationaux de l'organisation des structures scientifiques. Dans ces pays, il existe en général des pôles universitaires de psychologie sociale cognitive faisant suite à l'école de psychologie comportementale et des pôles universitaires de santé publique intéressés par les comportements de santé. On constate que la présence dans un pays d'une école de sciences sociales essentiellement pragmatique favorise le développement d'une recherche en éducation pour la santé.

Modes d'évaluations : quantitatif/qualitatif

Deux concepts coexistent en matière d'évaluation des interventions en éducation pour la santé qui se justifient chacun par le type d'approche utilisé dans les programmes (tableau 5.1).

Les tenants d'une première école se référant à l'approche « épidémiologiste » mesurent l'atteinte d'objectifs préalablement fixés pour une population donnée (augmenter le taux de non-fumeurs dans un public scolaire par exemple). Ceux d'une deuxième école, se référant aux approches « communautaires », souhaitent que les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre, voire les méthodes d'évaluation, soient déterminés par la population elle-même, empêchant *ipso facto* tout protocole d'intervention ou d'évaluation préalablement défini.

La première école d'évaluateurs utilise la méthode expérimentale qui consiste à comparer l'évolution d'une population ayant bénéficié d'un programme éducatif à celle d'une population n'en ayant pas bénéficié ou ayant bénéficié d'un programme alternatif. La seconde école d'évaluateurs propose de mettre l'accent sur l'évaluation de processus, c'est-à-dire du pilotage fin des actions réalisées, en particulier par des évaluations qualitatives permettant non pas de

Tableau 5.1 : Principaux traits des évaluations en fonction du type de programme mis en œuvre.

	Approche dominante des programmes	
	Traditionnelle positiviste : éducation pour la santé	Postmoderne : promotion de la santé
Actions/interventions		
Définition des objectifs	par les expérimentateurs	par la population concernée par le programme
Types d'objectifs	inciter et aider à adopter des comportements favorables à la santé	provoquer des changements organisationnels (mouvement social et/ou citoyen) et environnementaux favorables à la santé
Conception	par les experts/expérimentateurs à partir de théories explicatives	par la population concernée par le programme
Évaluations		
Objectifs	mesure des effets du programme : amélioration des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements de santé	examen du processus de déroulement du programme : suivi et vécu des étapes
Approche dominante	quantitative : mesure d'indicateurs	qualitative : analyse des phénomènes et des ressentis vécus par la population
Méthodologie	protocole expérimental : groupe(s) de comparaison et tirage au sort (situation idéale)	interviews individuelles et réunions de groupe avec les intervenants et la population
Point de vue épistémologique	approche expérimentale : efficacité scientifiquement déterminée	approche développementale : efficacité démocratiquement déterminée (Tones, 2000)
Positions éthiques	acceptation de l'idée de l'expérimentation dans le domaine des sciences sociales et éducatives à la condition que les individus y consentent après avoir été informés	refus d'utiliser les individus et les groupes sociaux comme des objets d'expérimentation dans le domaine des sciences sociales et éducatives

appliqué, compris, vécu, accepté. Pour Tones (2000), la première école défendrait donc une efficacité scientifiquement déterminée à partir d'indicateurs quantitatifs, et la seconde une efficacité démocratiquement déterminée, c'est-à-dire par un jury comprenant financeurs, population, intervenants et experts.

Cette situation génère deux types de littérature. Dans un cas, les auteurs décrivent les effets de programmes spécifiques d'éducation pour la santé en adoptant les critères traditionnels de la littérature scientifique expérimentale, en particulier le plan introduction, méthodes, résultats et discussion (IMRAD

en anglais et IMRED en français) (Arwidson et Lavielle, 1998). Dans l'autre cas, les comptes-rendus d'actions sont extrêmement rares, entre autres parce que les intervenants impliqués dans les très nombreuses microactions faites dans cette philosophie ne sont pas formés ou motivés à publier. Il s'agit davantage d'une littérature de débat ou de recommandations générales pour agir ou évaluer. Les auteurs y rapportent également leur réflexion et leur analyse des problèmes techniques et éthiques liés à l'approche expérimentale (FCHP et ECHP, 2000 ; Tones, 2000). Les reproches techniques sont les suivants : chaque situation éducative étant singulière, les interventions éducatives sont peu codifiables ; le tirage au sort des groupes est difficile à faire accepter pratiquement ; l'approche qui inclut la participation de la population à la mise en place du programme (choix collectif des objectifs, des interventions, de l'évaluation) rend très complexe la conception préalable d'un protocole expérimental. Les reproches éthiques concernent l'expérimentation de protocoles éducatifs sur une population captive qui serait réduite à son insu à l'état d'objet d'expérience. Des approches alternatives sont évoquées mais n'ont pas encore fait l'objet de descriptions concrètes dans les revues traditionnelles. Ceci pourrait être dû soit à la jeunesse du champ, soit à un biais de publication. Un exemple est donné par la rédactrice en chef de *Qualitative Health Research* qui se plaint dans un éditorial (Morse, 1998) que sa revue soit refusée par la principale base de données des sciences médicales Medline. La validité des méthodes qualitatives est en effet encore l'objet de nombreux débats et ajustements (Hamberg et coll., 1994 ; Hudelson, 1994 ; Lincoln, 1995 ; Mays et Pope, 1995 et 2000 ; Meyer, 2000), de même que l'analyse des données qu'elles génèrent (Pope et coll., 2000).

Au-delà de cette opposition entre « écoles », des champs de recouvrement existent dans les pratiques et se retrouvent dans la littérature. Tout d'abord, l'utilisation d'essais randomisés et contrôlés au cours de la phase expérimentale ne s'impose pas au-delà des programmes de recherche. Quand une approche éducative a apporté des résultats, le problème devient la diffusion de cette innovation pédagogique et son application dans de bonnes conditions (critères de qualité). Les personnes participant aux programmes expérimentaux le font souvent dans le cadre d'un consentement éclairé et les approches éducatives peuvent être vues non pas comme un contrôle social déguisé, mais comme une formation ou un service dont on choisit de bénéficier. De plus en plus, la dimension sociale des comportements de santé ou la notion de situation ou contexte dans lesquels ces comportements s'inscrivent est largement prise en compte. Les programmes sont souvent à multiples facettes et associent le volet éducatif à un travail sur l'environnement familial des jeunes et sur l'organisation scolaire. Quant aux interventions éducatives, celles qui donnent les meilleurs résultats sont justement fondées sur la dimension à la fois personnelle et sociale des comportements, c'est-à-dire les contextes dans lesquels ils s'inscrivent, l'analyse des influences diverses, et l'apprentissage des stratégies d'autonomisation. La conception des programmes ne se fait plus sans consultation préalable et/ou prétest auprès de la population destinataire

par des méthodes qualitatives. Aucun programme n'est plus appliqué sans un suivi précis de son application réelle, c'est-à-dire sans évaluation du processus.

Du point de vue des interactions professionnelles, il est intéressant de constater que les tenants des deux écoles d'évaluateurs se rejoignent actuellement sur différents points. D'une part, il a été demandé à ceux qui défendent une approche ouverte de la promotion de la santé, plutôt vue comme un mouvement social que comme une pratique professionnelle, de faire la preuve de leur utilité et de leur efficacité (OMS, 1997 ; IUHPE, 1999) ; ils se tournent donc vers les équipes universitaires qui ont continué à défendre les protocoles expérimentaux et les méthodes quantitatives comme *gold standard* de l'évaluation. D'autre part, les équipes de recherche impliquées dans l'évaluation quantitative de l'éducation pour la santé ont généralement conçu et vérifié l'adéquation et la pertinence de leurs programmes par des études qualitatives faites auprès de la population ; elles ont ajouté des volets d'intervention incluant l'environnement familial, social et organisationnel de la population impliquée dans les programmes, rejoignant en cela le cadre de la promotion de la santé ; elles ont également augmenté l'exigence éthique de leurs protocoles en introduisant, par exemple, la notion de consentement éclairé des jeunes participants et de leurs parents.

Indicateurs utilisés dans les études évaluatives

Bien que tout changement favorable à la santé, prise dans son sens large, puisse être crédité au bénéfice des actions d'éducation pour la santé, leur efficacité propre est jugée *in fine* sur leur capacité à modifier un comportement.

Cinq catégories de mesures de changement sont trouvées dans les études évaluatives en éducation pour la santé :

- l'acquisition de connaissances, par exemple sur les modes de transmission de l'infection par le VIH ;
- la variation d'attitudes, comme celle d'être favorable ou non à l'usage du préservatif (avec gradation des réponses) ;
- la modification déclarée de comportement (avec ou sans contrôle biologique), comme l'usage du tabac (avec ou sans mesure de cotinine salivaire) ;
- l'acquisition d'aptitudes à réagir face à une situation (par exemple : analyse du répertoire et de la qualité des réactions au cours d'une négociation de préservatif ou du refus d'essayer ce qu'un groupe vous propose grâce à des simulations simples comme la présentation d'un court scénario écrit ou parfois plus complexes avec simulation ou jeu de rôles) ;
- la modification d'un certain nombre de caractéristiques personnelles comme l'intention d'adopter un comportement, le sentiment d'efficacité à réagir face à une situation, l'estime de soi, quantifiables à partir d'échelles psychométriques validées.

Essais randomisés et contrôlés (RCT) en éducation pour la santé

L'efficacité d'une intervention basée sur un protocole expérimental, est évaluée par la comparaison d'une population ayant bénéficié de cette intervention à une population n'en ayant pas bénéficié. Ces deux populations doivent être similaires au départ, ce qui impose la répartition au hasard des individus/groupes qui vont bénéficier de l'intervention et des individus/groupes témoins. Le tirage au sort ou randomisation évite les biais d'attribution du « traitement », et favorise la comparabilité des groupes avant l'intervention. Il est également essentiel de contrôler les effets ou événements collatéraux qui ont pu agir en plus ou à côté de l'intervention, et donc entrer en compétition avec l'intervention.

La mesure à partir d'un questionnaire précédant l'intervention, ou prétest, permet d'une part de vérifier la similitude des groupes constitués par tirage au sort, et d'autre part d'avoir un état initial des groupes et des individus les composant, à l'aune duquel on mesurera la variation attendue. La mesure après l'intervention, ou posttest, permet d'évaluer le différentiel de changement et la comparaison entre les groupes par analyse statistique.

Cet idéal expérimental (*gold standard*) est simple à atteindre quand l'intervention est brève, facilement codifiable, répétable à l'identique et quand les individus sont sélectionnés un par un. Elle est beaucoup plus difficile à atteindre dans le cas d'interventions éducatives prolongées (donc rarement strictement identiques dans le temps et l'espace), et quand elle s'adresse à des groupes sociaux naturels comme les écoles.

Difficultés du tirage au sort

En milieu scolaire, on rencontre des problèmes de motivation des responsables éducatifs, à la fois dans le sens de l'acceptation à participer à la recherche mais aussi dans le refus de n'être que témoin alors que motivé. Ceci a conduit de nombreuses équipes de recherche à réaliser des essais contrôlés mais non randomisés, avec le risque que les expériences nouvelles se fassent dans des écoles plus innovantes ou spécialement motivées, donc non comparables avec les écoles témoins. Une des solutions parfois adoptées est que les écoles témoins acceptent d'être dans le groupe témoin en échange d'une intervention éducative différée.

Taille des échantillons et problème de l'unité de randomisation

Deux contraintes statistiques s'imposent à l'évaluateur. Tout d'abord il doit disposer d'une population de taille suffisante pour garantir la puissance statistique du test. Sinon, il prend un risque important de déclarer l'intervention inefficace alors qu'elle l'était en réalité (risque statistique de deuxième espèce). Ensuite, s'il répartit les individus par tirage au sort entre groupe pilote et

groupe témoin, il doit effectuer des comparaisons par des mesures au niveau individuel (un individu = une mesure). En revanche, s'il répartit des groupes par tirage au sort entre pilote et témoin, il doit comparer les groupes (un groupe = une mesure). Ces deux contraintes ont rarement été respectées dans la pratique de l'évaluation de l'éducation pour la santé, surtout au début de son histoire. Les évaluations les plus anciennes concernaient de petits échantillons insuffisants pour apprécier correctement les faibles variations. Et souvent les écoles étaient réparties entre pilote et témoin, alors que les élèves étaient suivis et comparés en tant qu'individus et non pas en tant que groupe.

Les solutions progressivement apportées ont été l'augmentation du nombre d'écoles réparties entre témoins et pilotes d'une part, et la mise en œuvre de méthodes statistiques aptes à corriger la violation de l'unité de randomisation d'autre part.

Durée de l'intervention et « perdus de vue »

Plus l'intervention éducative se prolonge dans le temps, plus le nombre d'élèves quittant les établissements scolaires augmente. Il est également fréquemment évoqué que les élèves quittant les protocoles expérimentaux sont ceux qui sont le plus à risque pour les comportements mesurés (en raison de difficultés personnelles ou sociales). Pour éviter des résultats artificiels pour les programmes à long terme, les évaluateurs doivent prendre certaines précautions : comparer le taux et les caractéristiques des perdus de vue entre le groupe témoin et le groupe pilote ; rechercher le plus possible les personnes qui sortent des protocoles expérimentaux pour les interroger. Certains évaluateurs attribuent arbitrairement une valeur au posttest pour les perdus de vue, par exemple la dernière donnée connue. Une alternative plus radicale serait l'attribution aux perdus de vue de la valeur représentant l'« échec du programme », par exemple, un fumeur au prétest reste fumeur au posttest s'il est perdu de vue.

Qualité d'application du programme

L'adaptation du programme éducatif à la fois aux élèves et aux intervenants est essentielle et doit être assurée par des tests préalables et des formations adéquates. Mais, une fois ce préalable établi, l'absentéisme scolaire et la variabilité normale des intervenants font que, *in fine*, tout le monde ne reçoit pas la même intervention. Ceci a imposé aux évaluateurs de réaliser une évaluation de processus, ou contrôle de qualité, permettant de savoir si le programme a été bien appliqué d'une part, et de quantifier le volume du programme suivi par chaque élève d'autre part. Ainsi, les évaluateurs ont pu parfois constater l'inadaptation du programme, ou sa mauvaise application. De plus, ils ont pu calculer des « effets/dose », et comparer les élèves ayant peu participé au programme à ceux y ayant beaucoup participé.

Exemples de RCT réalisés à grande échelle

À titre d'exemples, quelques études évaluatives réalisées à grande échelle sont présentées ci-après. Elles ont été choisies sur les critères suivants : être effectivement un essai randomisé et contrôlé, réalisé en milieu scolaire, portant sur une cohorte d'au moins 1 500 élèves, et publié depuis 1989 (tableaux 5.II et 5. III). Certaines études ne répondant pas tout à fait à ces critères sont évoquées en raison de leur intérêt particulier.

Les résultats observés sont exprimés en termes de modifications des indicateurs de connaissances (score), d'attitudes (score ou pourcentage dans l'échantillon), de comportement (pourcentage dans l'échantillon) : la taille de l'effet du programme est définie comme la différence de moyenne entre le groupe expérimental et le groupe témoin ou de comparaison. La taille de l'effet est souvent exprimée en unités de déviation standard. Cette expression étant difficile à appréhender, les auteurs la complètent parfois par une estimation de la variation relative en pourcentage.

Programmes éducatifs pour la prévention de l'usage des substances psychoactives

L'histoire de l'évaluation des programmes d'éducation pour la santé dans le domaine du tabac et des drogues est plus ancienne que celle des programmes dans le domaine de la sexualité. Elle a émergé dans les années soixante-dix, d'une part quand les conséquences sanitaires du tabagisme ont été connues du corps social et d'autre part afin de faire face à l'augmentation de la consommation de drogues illicites par la jeunesse. Ces deux inquiétudes majeures ont favorisé l'attribution d'importants crédits de recherche, en particulier aux États-Unis.

Certains programmes abordent l'ensemble des consommations de substances psychoactives, d'autres concernent uniquement l'usage du tabac. Il est également fréquent de voir la consommation de substances, telles que l'alcool et la marijuana, abordée dans les programmes de prévention du sida et des autres MST, leur consommation étant considérée comme un facteur de prise de risque sexuel.

Walter (1989) rapporte les résultats du suivi d'une cohorte de 3 388 élèves de huitième (*grade 4*) dans 37 écoles de deux districts de la région de New York ayant des caractéristiques démographiques et socio-économiques distinctes (le Bronx et le Westchester County) et ayant participé au programme KYB (*Know Your Body*) mis en place pour la prévention des maladies cardiovasculaires et de certains cancers. Les objectifs de ce programme sont d'agir sur les facteurs de risque tels que l'hypercholestérolémie, l'hypertension, l'exposition à la fumée de cigarette, l'obésité et la sédentarité, en ciblant essentiellement trois comportements : l'alimentation, la pratique de l'exercice physique et l'usage du tabac. La conception du programme s'inspire du modèle théorique PRECEDE

(*Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) décrit dans le chapitre 2 du présent ouvrage. Les éléments majeurs du programme sont les interventions éducatives par les enseignants, l'éducation des parents et la mesure à l'école des niveaux de facteurs de risque des enfants. Après cinq ans d'intervention : les taux plasmatiques de cholestérol total ont baissé significativement dans les groupes pilotes (– 5,1 % *versus* groupe témoin dans le Westchester et – 2,9 % dans le Bronx) ; l'accroissement différentiel des connaissances entre groupe pilote et groupe témoin est de 22,6 % dans le Westchester et de 18,8 % dans le Bronx. Dans le Westchester, après six ans, 3,5 % des élèves du groupe pilote sont « biochimiquement » classés comme fumeur *versus* 13,1 % dans le groupe témoin. Les auteurs soulignent le manque de données intermédiaires relatives aux processus eux-mêmes qui auraient pu leur permettre d'identifier les composantes les plus déterminantes de l'efficacité du programme.

Le programme de prévention de l'usage de drogues le plus répandu des États-Unis, intitulé DARE (*Drug Abuse Resistance Education*), a été créé par la police de Los Angeles en 1983 conjointement avec l'ensemble des écoles de cette ville. Ce programme consiste en 17 leçons de 45 à 60 minutes (une par semaine) données par des officiers de police en uniforme ayant reçu une formation approfondie de 80 heures. Son contenu est fondé sur la reconnaissance de la pression à consommer de la drogue et donne les compétences pour y résister. Ennett et coll. (1994) ont réalisé une métaanalyse de huit études évaluatives de DARE ayant utilisé une méthodologie rigoureuse (sur 18 études repérées). Les huit études analysées représentent en tout 9 317 élèves dans 214 écoles. Pour les paramètres mesurés, les auteurs calculent un effet moyen pondéré d'après les résultats à court terme (posttest immédiat). Les effets sont significatifs pour les gains de connaissance, et l'amélioration des compétences sociales, non significatifs pour l'usage déclaré de drogue (regroupant alcool, tabac et marijuana), mais significatifs pour l'usage du tabac traité séparément. En référence à l'étude de Tobler (1986 et 1992), les effets du programme DARE mesurés par cette métaanalyse sont inférieurs à ceux des programmes classés « interactifs ». Une étude de Hansen et McNeal (1997) sur les effets du programme DARE conclut que celui-ci ne cible pas les vrais déterminants de l'usage de substances.

Aux États-Unis dans l'État de New York, Botvin et coll. (1995) ont mis en place et évalué le programme de prévention de l'usage du tabac, de l'alcool et de la marijuana intitulé LST (*Life Skills Training*), basé essentiellement sur l'enseignement de compétences personnelles et sociales génériques (résolution de problèmes, prise de décision, gestion de l'anxiété) et spécifiques (savoir résister à la pression à consommer, savoir décrypter une publicité sur le tabac ou l'alcool). L'étude évaluative porte sur une cohorte de départ de 5 954 élèves de cinquième dans 56 écoles (dont 22 témoins), que les auteurs ont suivis jusqu'en terminale (cohorte finale à six ans : 3 597 élèves). Trois modalités d'intervention ont été réalisées :

- 30 séances réparties en trois ans (15 séances en cinquième, 10 séances de rappel en quatrième, 5 séances de rappel en troisième), avec formation d'une journée des intervenants et vérification de la fidélité au programme ;
- même nombre de séances mais avec vidéo d'autoformation envoyée aux intervenants et pas de suivi de la fidélité au programme ;
- programme scolaire conventionnel.

Ces auteurs ont constaté une baisse de la consommation déclarée de tabac, d'alcool et de marijuana dans les groupes ayant bénéficié d'une intervention, maximale pour les groupes qui ont le plus participé au programme. Ils ont trouvé 21 % de consommateurs d'alcool et de tabac dans le groupe pilote par rapport à 29 % dans le groupe témoin. À six ans, parmi les élèves ayant suivi au moins 60 % du programme (groupe « haute fidélité »), 2 % seulement avaient consommé à la fois de l'alcool, du tabac et de la marijuana dans la semaine précédente, contre 6 % des élèves dans le groupe témoin. Les auteurs pensent que les effets constatés à long terme peuvent être attribués à l'étalement dans le temps de la période d'intervention et l'accent mis sur l'acquisition de compétences personnelles et sociales à résister aux pressions de consommation. Toutefois, ils précisent que des recherches sur les facteurs d'efficacité des programmes doivent être entreprises pour déterminer l'efficacité relative des différentes approches éducatives/préventives.

Aux États-Unis, Elder et coll. (1996) ont mesuré la prévalence tabagique des élèves de cours moyen 2 (*grade 5*) ayant participé au programme de prévention des maladies cardiovasculaires intitulé CATCH (*Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health*), mis en place dans quatre États : Californie, Louisiane, Texas, Minnesota. Le programme éducatif consiste en quatre sessions de 50 minutes portant sur la dangerosité à court et à long terme de l'usage du tabac et du tabagisme passif, le coût économique du tabac et la qualité de la vie sans tabac. Les élèves s'engagent à ne jamais fumer (!). Des « exercices » à réaliser en famille sont ajoutés aux sessions. Parallèlement, des règlements antitabac sont instaurés et contrôlés dans les écoles. Dans chaque État, 7 écoles bénéficiaient d'une intervention uniquement en milieu scolaire, pour 7 autres la participation des parents était ajoutée, et les 10 dernières recevaient le programme scolaire conventionnel et constituaient le groupe témoin. Au total, 6 527 élèves des 96 écoles ont participé au posttest. Les auteurs n'observent aucune différence significative entre les enfants des écoles pilotes et témoins en termes de prévalence tabagique (fumeurs occasionnels et réguliers) : respectivement 4,7 % et 5 %. Les mesures n'ont pas été confrontées aux données du prétest. Les auteurs arguent que la mise en place – concomitante à l'intervention – des écoles sans tabac, au sein de législations antitabac de plus en plus fermes, explique en grande partie les résultats.

Jøsendal et coll. (1998) ont publié les résultats à six mois d'un programme de prévention du tabagisme réalisé auprès de collégiens norvégiens de cinquième (*grade 7*) en novembre 1994. Le programme éducatif, dispensé par les enseignants eux-mêmes dans le temps scolaire, porte sur la liberté individuelle, le

libre arbitre, la prise de décision individuelle, le développement de compétences pour résister aux pressions sociales vers l'usage du tabac et les conséquences à court terme du tabagisme. Les effets du programme sont évalués en fonction de quatre modalités :

- interventions éducatives réparties en 8 leçons dans le temps scolaire, formation des enseignants par stage de 2 jours, implication des parents ;
- interventions éducatives réparties en 8 leçons dans le temps scolaire, pas de formation des enseignants, implication des parents ;
- interventions éducatives réparties en 8 leçons dans le temps scolaire, formation des enseignants par stage de 2 jours, pas d'implication des parents ;
- programme scolaire conventionnel.

L'étude évaluative concerne au total une cohorte de 4 215 élèves de cinquième dans 99 écoles réparties sur le territoire norvégien. Les résultats du posttest à 6 mois (3 820 réponses) montrent que dans le groupe ayant bénéficié du programme le plus complet, la baisse de prévalence de non-fumeurs (-1,9 %) est significativement plus faible que celle observée dans le groupe témoin (-8,3 %). Les auteurs ont également comparé différents profils à risque d'entrée dans le tabagisme tels qu'ils sont décrits dans la littérature : recherche de sensation, comportement antisocial, tabagisme des parents. Il est apparu que les jeunes collégiens les plus à risque de fumer avaient bénéficié autant que les autres du programme de prévention le plus complet. Pour expliquer les effets positifs à court terme, les auteurs s'appuient beaucoup sur le fait que le programme a été conçu pour impliquer très fortement les élèves. Les résultats des suivis à plus long terme (posttests à 18 et 30 mois) doivent faire l'objet d'une publication ultérieure.

Aux Pays-Bas, Dijkstra et coll. (1999) ont évalué les effets à court et moyen terme d'un programme éducatif de prévention du tabagisme mis en place à la rentrée scolaire 1990. Ce programme intitulé SI-SI^{DM} (*Social Influence - Social Influence plus Decision Making*) fondé sur la théorie de l'inoculation sociale, le modèle du comportement planifié, la théorie sociale cognitive (*self-efficacy*). Les éléments principaux du programme sont : 5 leçons de 45 minutes réparties sur 5 semaines et données en classe par les enseignants formés, des activités dirigées par des pairs non-fumeurs, des supports éducatifs (manuels et cassettes vidéo reprenant les thèmes des leçons, pour les enseignants, les pairs et les élèves) ; 3 sessions de rappel à distance (10, 14 et 16 mois) sous forme de magazines édités spécialement, contenant des informations sur le tabac et des interviews de vedettes ou d'écologistes sur les avantages de ne pas fumer, distribués par les enseignants. L'étude a porté sur une cohorte mixte de 4 060 élèves de quatrième et de troisième (*grades 8, 9*) de 52 écoles (182 classes), représentant 15 des 62 districts des Pays-Bas. Les effets du programme sont évalués en fonction de 5 modalités :

- programme SI (5 leçons, activités dirigées par les pairs) ;
- programme SI avec séances de rappel ;

- programme SI^{DM} : programme SI augmenté d'un module spécifique sur la prise de décision ;
- programme SI^{DM} avec séances de rappel ;
- programme scolaire conventionnel.

Le programme ayant finalement donné les meilleurs résultats est le module SI avec séances de rappel. Dans le groupe concerné, la progression de l'initiation au tabac est significativement plus faible que dans le groupe témoin : + 5,6 % de fumeurs *versus* + 12,6 % à 12 mois et + 9,7 % *versus* + 14,9 % à 18 mois. Parmi les élèves déjà fumeurs au moment du prétest, aucun effet n'a été observé. Cette étude est intéressante à bien des égards. Le nombre d'établissements randomisés est important (52 écoles), ainsi que le nombre d'élèves suivis (4 060 au départ). Les problèmes répertoriés des évaluations sont tous pris en compte. La correction de la violation de l'unité de randomisation a été réalisée par une analyse hiérarchique à multiples niveaux. Des ajustements statistiques ont été effectués sur de nombreux résultats du prétest, comme les attitudes considérées comme des facteurs prédictifs. Pour les « perdus de vue », l'analyse a été faite en remplaçant les données manquantes par le dernier statut tabagique connu. Les limitations de cette étude, énoncées par les auteurs, sont d'une part l'absence de validation des comportements déclarés, encore qu'ils soient généralement fiables quand l'anonymat est préservé, d'autre part l'absence de possibilité d'un suivi à plus long terme.

Le protocole et l'évaluation du programme HSPP (*Hutchinson Smoking Prevention Project*) mis en œuvre aux États-Unis (Washington) de 1984 à 1999, sont présentés par ses rapporteurs (Peterson et coll., 2000) comme méthodologiquement les plus rigoureux. L'étude porte sur une cohorte initiale de 8 388 élèves (40 districts scolaires, dont 20 témoins) de cours élémentaire 2 (*grade 3*), représentative de la population scolaire générale en termes d'origine sociale et ethnique. Les interventions poursuivies pendant dix années sont basées essentiellement sur la théorie des influences sociales et sont faites en classe par des professeurs formés au projet. Le programme complet comprend 65 leçons de 30 à 50 minutes, réparties en 9 leçons par an du cours élémentaire 2 au cours moyen 2, 10 leçons par an en classes de sixième et cinquième, 8 leçons en quatrième, et cinq leçons en troisième et en seconde. À partir de la troisième, des publications informatives sont fournies aux élèves et un support au sevrage tabagique leur est proposé. Un questionnaire sur l'usage du tabac est posé en classe terminale (7 798 répondants), puis deux années plus tard (7 865 répondants). La validité des déclarations de consommation a été établie par des dosages de cotinine salivaire sur un échantillon des répondants. En dépit du succès du programme en termes de participation, de bonne application et de qualité méthodologique, les résultats du suivi des effets à long terme ne montre aucune différence significative entre le groupe témoin et le groupe ayant bénéficié des interventions. En conséquence, les auteurs attribuent cet échec aux fondements mêmes du programme, bien que satisfaisant aux « bonnes pratiques » établies par le CDC dans ce domaine de prévention. En attendant

Tableau 5.II : Principaux résultats de programmes éducatifs pour la prévention de l'usage de substances psychoactives, évalués sur de grands effectifs en milieu scolaire en utilisant un protocole expérimental.

Intitulé	Lieu	Cohorte initiale	Éléments du programme	Principaux résultats
¹ KYB	États-Unis	3 388 élèves de 8 ^e 37 écoles	Leçons régulières pendant 5/6 années scolaires Éducation des parents Suivi clinique des élèves	À 5 ans, baisse du taux de cholestérol À 6 ans, réduction significative de la fréquence d'initiation au tabac
² DARE	États-Unis et Canada	9 317 élèves 214 écoles	17 séances (une par semaine) réalisées par des policiers formés	Pas d'effet significatif sur l'usage déclaré de « alcool/tabac/marijuana » Diminution significative de l'usage du tabac traité séparément
³ LST	États-Unis	5 954 élèves de 5 ^e 56 écoles	Interventions étalées sur 3 années : 15 séances en 5 ^e , 10 en 4 ^e et 5 en 3 ^e	À 3 ans : réduction significative de la consommation de tabac d'alcool et de cannabis pour les élèves ayant bénéficié d'au moins 60 % du programme À 6 ans : maintien des effets
⁴ CATCH	États-Unis	6 527 élèves 96 écoles	4 sessions de 50 minutes	Aucun effet spécifique sur la prévalence de l'usage du tabac
⁵ non intitulé	Norvège	4 215 élèves de 5 ^e 99 écoles	8 leçons dans le temps scolaire Formation des enseignants Implication des parents	À 6 mois : diminution de la progression du tabagisme, y compris parmi les élèves les plus à risque
⁶ SI-SI ^{DM}	Pays-Bas	4 060 élèves de 4 ^e et 3 ^e 52 écoles	5 sessions de 45 minutes, réparties sur 5 semaines Activités dirigées par des pairs 3 séances de rappel à distance	À 12 et 18 mois : diminution de la progression du tabagisme Pas d'effet sur les fumeurs
⁷ HSSP	États-Unis	8 388 élèves de CE2 40 districts scolaires	65 leçons de 30 à 50 minutes réparties sur 8 années scolaires (jusqu'en 2 nd e) Information et support au sevrage de la 3 ^e à la terminale	En terminale et deux ans plus tard : aucun effet du programme sur l'usage quotidien du tabac

¹ *Know Your Body* : Walter, 1989 ; ² *Drug Abuse Resistance Education* : Ennett et coll., 1994 ; ³ *Life Skills Training* : Botvin et coll., 1995 ; ⁴ *Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health* : Elder et coll., 1996 ; ⁵ non intitulé : Jøsendal et coll., 1998 ; ⁶ *Social Influence – Social Influence plus Decision Making* : Dijkstra et coll., 1999 ; ⁷ *Hutchinson Smoking Prevention project* : Peterson et coll., 2000.

l'analyse des causes d'échec du programme HSPP, les auteurs pensent que des approches combinant différentes théories, différentes stratégies, différents lieux d'intervention et divers intervenants doivent être développés.

Programmes éducatifs pour la prévention des comportements sexuels à risque

Les financements importants liés à l'épidémie du sida ont favorisé au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix l'éclosion de nombreux programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) destinés aux populations jeunes. Ces programmes étaient souvent construits à la hâte, non évalués et/ou non évaluables. Ce n'est que dans un second temps que les concepteurs de programmes se sont appuyés sur les expériences acquises, en termes à la fois de connaissances et d'échecs, dans le domaine de la prévention de l'usage des substances psychoactives. Par ailleurs, l'existence de l'important mouvement éducatif, présent depuis plusieurs dizaines d'années, impliqué dans l'éducation sexuelle, la promotion de la contraception et la défense des droits de la femme, a également un rôle important dans le développement de ces programmes. Aux États-Unis, en réaction aux nombreuses grossesses chez les adolescentes et de la croissance des familles monoparentales, il y a même un mouvement en faveur de l'abstinence sexuelle des adolescents et de l'abstinence avant le mariage. Si l'abstinence sexuelle est *de facto* la meilleure prévention qui existe, il n'est pas possible à travers la lecture des articles américains, de savoir si elle est proposée avec une arrière-pensée morale, socialement portée, ou uniquement comme une voie préventive.

Levy et coll. (1995) ont conçu le programme éducatif YAPP (*Youth AIDS Prevention Project*) pour la prévention des MST et du sida auprès des jeunes Noirs américains des quartiers défavorisés, à l'âge d'entrée dans la sexualité. Il s'agit d'un programme multithématique, abordant à la fois la sexualité et la consommation de drogues. Il promeut l'abstinence et recommande l'usage du préservatif associé à un contraceptif vaginal (spermicide). L'approche éducative s'appuie sur la théorie sociale cognitive et le modèle des influences sociales. Le programme propose des techniques pour développer les compétences individuelles envers le refus, la négociation et la prise de décisions, et utilise des méthodes interactives (conférences, discussions en classe, vidéo, jeux de rôles...). Les interventions sont faites en classe par des éducateurs à la santé professionnels, et sont réparties en 10 leçons (une par jour pendant deux semaines la première année et cinq séances de rappel la deuxième année (une par jour pendant une semaine). Le programme a été mis en œuvre en 1991 auprès de 2 392 élèves de cinquième de 15 zones scolaires à haut risque de la banlieue de Chicago. L'étude évaluative a comparé trois modalités d'intervention :

- programme YAPP développé en interaction avec les parents (5 zones scolaires) ;
- programme YAPP sans interaction avec les parents (5 zones scolaires) ;
- programme scolaire conventionnel (5 zones scolaires).

Le posttest à 12 mois (cohorte finale de 1 669 élèves) ne montre aucune différence perceptible entre le module en interaction avec les parents et le module sans. Auprès des élèves devenus sexuellement actifs entre la cinquième et la quatrième le programme n'a pas eu d'effet quant au nombre de partenaires sexuels ou l'usage de préservatif. Il n'y avait pas non plus de différence dans les intentions pour les douze prochains mois, excepté pour l'intention plus fréquente d'utiliser un contraceptif vaginal en plus du préservatif. En comparaison du groupe témoin, les auteurs observent une légère baisse de l'activité sexuelle au cours du dernier mois dans les groupes ayant bénéficié de l'intervention. Les auteurs soulèvent certaines questions relatives à leur étude : les écoles ont été davantage « recrutées » que randomisées ; la consommation de substances et l'activité sexuelle des perdus de vue sont nettement différentes des groupes stables (ayant participé au posttest) ; une proportion importante (35 % dans le groupe stable) des élèves de cinquième sont déjà sexuellement actifs et l'éducation aux risques sexuels à ce stade pourrait être trop tardive.

Mitchell-DiCenso et coll. (1997) ont mis en place au Canada (Ontario) une étude évaluative des effets à long terme d'un programme d'éducation sexuelle intitulé MTP (*McMaster Teen Program*) pour la prévention des grossesses précoces non désirées. Ce programme est fondé sur l'approche cognitive et comportementale (*cognitive-behavioral model*), versant pédagogique des thérapies cognitives et comportementales (TCC). Les objectifs de ce programme sont : donner aux adolescents des informations très précises sur la puberté et le système reproductif ; leur proposer des stratégies qui les aident à développer des relations responsables et à communiquer leurs perceptions et leurs sentiments ; les aider à utiliser leurs compétences à résoudre les conflits de décision en matière de sexualité ; leur permettre de mettre en pratique leur décision. Les interventions réparties en 10 sessions d'une heure chacune, sont réalisées auprès de petits groupes mixtes de 6 à 8 élèves par des tuteurs (infirmières en santé publique, professeurs d'éducation physique et d'éducation pour la santé) ayant reçu une formation de 40 heures. L'étude évaluative porte sur une cohorte de 3 374 élèves de cinquième et de quatrième (12,5 ans en moyenne) de 21 écoles de la province de Hamilton. Dans les 10 écoles témoins, les élèves reçoivent le programme d'éducation sexuelle traditionnel. Les auteurs ont évalué l'efficacité de ce programme sur les réponses aux posttests (56 % de la cohorte initiale au dernier posttest) au cours des quatre années suivant l'intervention. À la fin de la première année, la proportion de garçons déclarant avoir utilisé des méthodes contraceptives étaient significativement supérieure (+ 8,9 %) dans le groupe pilote. Le suivi à long terme n'a mis en évidence aucune différence significative entre le groupe pilote et le groupe témoin ni pour l'âge de l'initiation sexuelle, ni pour l'âge moyen des jeunes filles à la première grossesse. Les facteurs d'échec du programme avancés par les auteurs sont : l'inadéquation du programme, compte tenu des grandes différences de développement psychosocial des adolescents de cet âge ; la courte durée du programme et l'absence de séances de rappel ; l'absence

d'informations sur la contraception dans programme, en conformité avec les directives éducatives en cours. Ils évoquent d'autres facteurs d'échec relatifs à l'évaluation elle-même : la contamination entre groupes pilote et témoin au cours du temps et des changements d'établissement, les différences entre les groupes en taux de consentement au programme et de compliance qui peuvent intervenir dans les résultats.

Tableau 5.III : Principaux résultats de programmes éducatifs pour la prévention des comportements sexuels à risque, évalués sur de grands effectifs en milieu scolaire en utilisant un protocole expérimental.

Intitulé	Lieu	Cohorte initiale	Éléments du programme	Principaux résultats
¹ YAPP	États-Unis	2 392 élèves de 5 ^e 15 zones scolaires à haut risque pour le VIH	10 séances en 5 ^e et 5 séances en 4 ^e	Faible impact sur les comportements préventifs
² MTP	Canada	3 374 élèves de 5 ^e et 4 ^e 21 écoles	10 séances en petits groupes avec un tuteur ayant reçu une formation de 40 heures	Aucune différence dans l'âge de l'initiation sexuelle pour les garçons et les filles, et dans l'âge moyen de la première grossesse.
³ SNAPP	États-Unis	2 100 élèves de 5 ^e 6 écoles (102 classes)	8 heures de programme avec participation de pairs-éducateurs ayant reçu une formation de 50 heures	À 17 mois : aucun effet détectable sur les comportements : pas de diminution de l'incidence de l'initiation sexuelle, ni d'amélioration des comportements préventifs
⁴ HFL	États-Unis	2 483 élèves de 6 ^e 21 écoles	54 séances (soit sur 3 ans soit sur 12 semaines consécutives en 5 ^e) Groupes de pairs Implication des parents et des communautés	À 5 ans, aucun effet perceptible sur les comportements sexuels.
⁵ Safer Choices	États-Unis	3 869 élèves de 3 ^e 20 écoles	20 séances sur deux années scolaires Groupe de pairs Éducation des parents Liens école/communauté	À 7 mois : gain de connaissances sur sida/MST ; gain de sentiment d'efficacité pour acquérir et utiliser le préservatif ; diminution la fréquence des rapports non protégés ; pas d'incidence sur l'initiation sexuelle

¹ *Youth AIDS Prevention Project* : Lévy et coll., 1995 ; ² *McMaster Teen Program* : Mitchell-Dicenso et coll., 1997 ; ³ *Skills and Knowledge for AIDS and Pregnancy Prevention* : Kirby et coll., 1997 ; ⁴ *Healthy for Life project* : Moberg et coll., 1998 ; ⁵ *Safer Choices* : Coyle et coll., 1999

Kirby et coll. (1997) ont conçu, mis en œuvre et évalué à court et moyen terme un programme intitulé SNAPP (*Skills and Knowledge for AIDS and Pregnancy Prevention*), fondé sur le développement des compétences individuelles, et dont l'objectif est d'inciter les jeunes à retarder le premier rapport sexuel et d'augmenter les précautions prises pour éviter les grossesses précoces non désirées et MST. Le programme final est conçu d'après les résultats d'études antérieures, un travail préalable avec les jeunes eux-mêmes et des tests pilotes dans deux classes. L'approche éducative met en œuvre des méthodes interactives (discussions, jeux, jeux de rôles...) et la participation de pairs-éducateurs (incluant de très jeunes mères) recevant une formation de 50 heures. Le programme est réparti en 8 sessions sur une période de deux semaines. L'étude évaluative porte sur une cohorte de départ de 2 100 élèves de cinquième de 6 écoles (102 classes) dans la communauté de Los Angeles, en grande majorité *latinos* (64 %). Les classes tirées au sort comme témoins reçoivent le programme traditionnel d'éducation sexuelle. Le posttest réalisé à 5 mois (1 549 élèves) montre une augmentation significative du score de connaissances dans le groupe ayant bénéficié du programme, qui se maintient à 17 mois (1 616 élèves). En revanche aucune amélioration significative n'est observée dans les comportements préventifs : à 17 mois, les prévalences de l'initiation sexuelle sont similaires dans le groupe pilote (15,6 %) et le groupe témoin (15,4 %) ; il n'y a pas non plus de différences significatives pour le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois, l'usage de préservatif ou de la pilule lors du dernier rapport. L'unité de tirage au sort a été ici la classe et non pas l'école, offrant le risque de diffusion du programme au-delà des classes dans lesquelles l'intervention s'est faite. Mais cet élément n'est pas retenu par les auteurs comme capable de masquer des changements attribuables au programme dans la mesure où une précédente étude ayant utilisé cette méthode avait montré des changements significatifs des comportements (Kirby et coll., 1991). Les auteurs mettent en cause : la courte durée du programme ; l'implication de très jeunes mères dans les groupes de pairs éducateurs, susceptible d'avoir faussé les perceptions des élèves, compte tenu des excellents rapports qui ont été établis entre eux ; l'inadéquation des théories utilisées.

Moberg et coll. (1998) ont examiné l'effet à long terme d'un programme de prévention multithématique intitulé *Healthy for Life project* (HFL), fondé sur l'influence sociale et abordant les thèmes de la sexualité, du tabac, de l'alcool, de la drogue, et la nutrition. L'approche éducative a pour but d'équiper les jeunes des compétences nécessaires pour gérer les situations sociales où on attend d'eux des comportements à risque pour la santé. Dans le domaine de la sexualité, les objectifs principaux du programme sont : retarder l'âge de l'initiation sexuelle ; augmenter la prévalence de l'usage de préservatifs/contraceptifs. À la partie du programme développée à l'école, 54 leçons au total, s'ajoutent l'implication de groupe de pairs, la participation des parents et de l'ensemble de la communauté. L'étude évaluative porte sur une cohorte initiale de 2 483 élèves de sixième de 21 écoles du Wisconsin, majoritairement

Blancs (96 %) et vivant dans des agglomérations moyennes ; elle compare trois modalités d'interventions :

- programme HFL réparti sur 3 années (sixième, cinquième, quatrième) en modules de 4 semaines par an adaptés aux tranches d'âge ;
- programme HFL délivré au cours d'une même année (cinquième) en un module de 12 semaines consécutives ;
- programme « usuel ».

Le suivi est réalisé par cinq posttests annuels jusqu'en classe de seconde (cohorte finale 1 677 élèves). Les auteurs ne constatent aucun effet positif des interventions sur les comportements sexuels déclarés. Ils examinent certains facteurs d'échec possible : le programme est trop court pour rivaliser avec les influences sociales ; la multiplicité des messages relatifs aux nombreux thèmes abordés ont des significations sociales différentes et se sont dilués les uns dans les autres ; l'attention portée aux interventions au niveau communautaire est insuffisante ; un effet de saturation des élèves vis-à-vis des messages de prévention a été constaté ; le programme est trop général et gagnerait à être mieux adapté aux sous-groupes de population.

Aux États-Unis le CDC (*Centers for Disease Control*) a financé un projet d'interventions sur cinq ans intitulé *Safer Choices Project*, pour la prévention des MST et des grossesses précoces non désirées chez les adolescentes. Les objectifs du projet sont de réduire la fréquence des rapports sexuels non protégés en augmentant le nombre d'étudiants qui retardent leur premier rapport sexuel et en augmentant l'usage du préservatif parmi ceux qui sont déjà sexuellement actifs. Le programme *Safer Choices* (Basen-Engquist et coll., 1997) comprend :

- des interventions éducatives visant à développer des compétences individuelles et sociales chez les jeunes et dont le contenu est basé sur une combinaison de théories dont la théorie sociale cognitive et celle des influences sociales : 20 séances sont prévues sur deux années (10 en classe de troisième et 10 en classe de seconde) ;
- des groupes de pairs éducateurs formés ;
- l'éducation des parents (ateliers et forums) dans le but d'améliorer la communication parents-enfants ;
- un travail sur les liens entre l'école et la communauté (environnement social et sanitaire) ;
- l'organisation à l'école d'une instance coordinatrice composée d'enseignants, de membres des équipes scolaires, d'élèves, de parents et de membres de la communauté.

Le programme *Safer Choices* a été mis en œuvre à la rentrée scolaire 1993-1994 en Californie et au Texas. Son impact a court terme a été évalué (Coyle et coll., 1999) sur une cohorte initiale multiethnique de 3 869 élèves de troisième (20 écoles). Dans chaque État, 5 des 10 écoles incluses servent de groupe témoin. Les résultats à 7 mois (3 677 élèves) sont encourageants. Dans

le groupe ayant bénéficié du programme, les scores de connaissance sont améliorés en comparaison avec le groupe témoin (+ 13 % sur le sida et + 11 % sur les MST), et le sentiment d'efficacité pour acquérir et utiliser le préservatif est plus élevé. La fréquence d'usage du préservatif au dernier rapport est augmentée (67 % *versus* 51 % dans le groupe témoin), de même que l'utilisation d'une contraception. Le nombre moyen de rapports non protégés déclarés dans les trois derniers mois a diminué (0,34 *versus* 0,50 dans le groupe témoin). Aucun effet à court terme du programme n'est observé en ce qui concerne le retard de l'initiation sexuelle, le nombre de partenaires et l'usage de psychotropes avant les rapports. Le protocole d'évaluation prévoit deux autres étapes de suivi, à 19 et à 31 mois qui devraient permettre de mettre en évidence les effets à long terme du programme.

Schonfeld et coll. (1995) ont pris l'initiative d'évaluer une intervention de prévention du sida en école primaire. Bien que cette étude évaluative porte sur un petit échantillon (189 élèves de la maternelle à la sixième), elle a été retenue en raison de son originalité. Les auteurs justifient le choix de cette tranche d'âge par le fait que l'éducation pour la santé parvient parfois à obtenir des résultats en évitant l'installation d'un comportement défavorable à la santé, alors qu'elle est beaucoup moins efficace pour modifier un comportement installé. L'auteur a réalisé lui-même six leçons de 45 à 60 minutes réparties sur trois semaines. L'enseignement contenait quelques concepts de base sur les maladies et le système immunitaire, les maladies communicables ou non communicables, et développait les particularités de l'infection par le VIH. Les 189 élèves (après consentement des parents et tirage au sort) ont participé pour moitié en tant que groupe pilote et pour moitié comme groupe témoin. Des entretiens semi-structurés ont permis en prétest et en posttest de mesurer la compréhension de la chaîne de causalité dans l'apparition du sida, ainsi que toutes les voies de transmission de la maladie. Des améliorations significatives sont observées pour les items de compréhension de la cause du sida, des modes de contamination et les voies de transmission, quel que soit le niveau de l'école élémentaire de l'élève.

Les évaluations des programmes de prévention des MST et du sida portant sur de grands effectifs ont moins souvent montré une efficacité sur les comportements préventifs que ceux des programmes sur les produits psychoactifs. Parmi les hypothèses, il est possible de suggérer la jeunesse plus grande du champ impliquant un retard à la fois dans la pertinence des programmes et la qualité des évaluations (Kirby, 1999).

Exemples d'études évaluatives françaises en milieu scolaire

En France, certaines évaluations d'actions de communication et de prévention, comme la campagne « 3000 scénarios contre un virus » (Bajos et coll,

1996) enquêtent sur de grands effectifs. Les études évaluatives des interventions en milieu scolaire portent plutôt sur des actions locales et utilisent des méthodologies très diverses.

Morisot et Chabaud (1994) ont évalué une action d'éducation pour la prévention de l'alcoolisation réalisée dans trois lycées de Niort. L'intervention consistait en trois rencontres éducatives d'environ 2 heures chacune, une en classe de seconde, une en première et une en terminale. La première séance était consacrée à une discussion sur les risques de la consommation festive (risques routiers en particulier), la seconde séance était consacrée aux motivations à la consommation et à l'influence du groupe dans la consommation. La troisième séance était consacrée aux stratégies à développer dans certaines situations dans lesquelles des décisions étaient à prendre quant à la consommation d'alcool. Les évaluateurs ont tiré au sort deux groupes de lycéens avec 333 élèves dans le groupe pilote (informés) et 607 dans le groupe témoin. Il y a eu un questionnaire prétest et posttest (avec des mesures intermédiaires). Après l'intervention éducative, les élèves du groupe pilote étaient moins nombreux à consommer une boisson alcoolisée forte une fois par semaine que ceux du groupe témoin (18,1 % *versus* 12,5 % en terminale), et était significativement moins nombreux à avoir entre 3 et 10 ivresses par an.

Choquet et Lagadic (1999) ont évalué un programme de prévention des toxicomanies mené depuis 1992 par la municipalité de Saint-Herblain dans les collèges de la ville. Les évaluateurs ont donc choisi une commune similaire, Rézé, afin de disposer d'un groupe témoin (évaluation de type « ici-ailleurs », posttest sans prétest). L'intervention auprès des élèves a consisté à réaliser des jeux autour de la notion de capital santé pour les élèves de sixième, organiser des séances de théâtre-forum pour les élèves de quatrième, et donner une information sur l'effet de produits psychoactifs au sein des cours de biologie. Le reste du travail a consisté à provoquer une réflexion sur la prévention des toxicomanies de la part des enseignants et des parents. Il n'a pas été observé de différence entre les scores d'opinions favorables ou défavorables à l'alcool, au tabac et à la drogue dans les sites témoin et pilote. Il n'a pas été observé de différence significative entre les usages de tabac, de cannabis (trois fois et plus dans la vie), d'alcool (plusieurs fois par semaine) ou d'ivresses (au moins dix fois dans la vie). La seule différence significative concerne les filles de Rézé qui sont 17 % à avoir consommé au moins trois fois du cannabis contre 9 % des filles de Saint-Herblain. Les filles de Rézé sont plus consommatrices globalement des autres substances, mais la différence n'est pas significative. Parmi les consommateurs occasionnels de cannabis, les jeunes de Saint-Herblain ont plus souvent l'intention de ne pas consommer dans l'avenir que ceux de Rézé (71 % *versus* 34 %).

Dans le champ de la prévention du sida, Lert (1995) a comparé deux types d'interventions dans des lycées d'Île-de-France : une séance éducative de deux heures faite en classe par l'équipe du CRIPS (Comité régional d'information et de prévention du sida) auprès de 216 élèves (2 ou 3 classes issues de 6 lycées)

et des séances de théâtre interactif (théâtre-forum) animées par Théâtre'n Co auprès de 232 élèves (2 ou 3 classes issues de 4 lycées). L'âge moyen des élèves était de 16,5 ans. Il n'y a pas eu tirage au sort, mais les lycées ont été choisis pour leur similitude en termes de population scolaire. Les élèves ont été interrogés avant et après la séance. Les connaissances des élèves ont progressé davantage après l'intervention en classe qu'après l'intervention théâtrale, ce qui est probablement lié à la nature de l'intervention elle-même. La perception des motifs de non-utilisation progresse dans les deux modalités d'intervention. Il y a une évolution globale des attitudes favorables à la maîtrise du risque. Il n'y a pas d'augmentation de la fréquence d'utilisation du préservatif, ce qui, d'après l'auteur, pourrait être dû au niveau déjà élevé d'utilisation au départ, du temps très court séparant les deux phases de l'étude et du manque de sensibilité de cet indicateur. L'absence de différence entre les résultats des deux types d'interventions peut être attribuée au haut niveau d'interactivité de la séance éducative animée par les intervenants du CRIPS et au fait que le théâtre-forum permet aussi d'aborder de nombreux points contenus dans la séance en classe.

Les interventions théâtrales en milieu scolaire pour la prévention du sida ont donné lieu à d'autres études évaluatives déjà évoquées dans le chapitre 4 du présent ouvrage. Une d'entre elles (ORS Rhône-Alpes, 1995) a été réalisée dans le cadre d'une expérience d'éducation pour la santé entreprise en 1991 à l'échelle d'une commune, puis élargie à 11 nouveaux sites en 1993 et prolongée en 1994 par l'organisation d'ateliers et de stages permettant d'ancrer plus solidement la démarche participative. Les points forts de cette expérience sont d'une part la forte mobilisation autour du projet, d'autre part le renforcement de la dynamique partenariale locale. Les points faibles évoqués portent sur l'insuffisance du travail de recherche d'indicateurs susceptibles de mesurer les résultats attendus et sur la difficulté à pérenniser le projet, c'est-à-dire le manque de temps et d'accompagnement nécessaires aux acteurs de terrain pour trouver leur autonomie. Une autre étude (Rudelic-Fernandez, 1998) porte sur une action menée en 1996-1997 dans 13 établissements (échantillon contrasté, constitué par tirage au sort), 6 établissements d'enseignement général et 7 établissements d'enseignement professionnel, auprès d'élèves âgés de 14 à 22 ans. Les objectifs de cette étude étaient de mettre en évidence l'impact spécifique des interventions théâtrales en milieu scolaire et de permettre, le cas échéant, une amélioration du dispositif pédagogique sur lequel se fonde ce mode d'action préventive. Les effets spécifiques d'une intervention de 2 heures, difficilement appréciables en termes de changements de comportements immédiats, sont plutôt examinés comme point de départ d'un processus continu. Dans cette optique, les facteurs étudiés sont ceux dont on sait qu'ils sont corrélés avec les comportements préventifs : l'identification, les effets de sociabilité induits par l'intervention et la capacité à s'exprimer sur la sexualité et le sida et à affirmer un point de vue personnel. Les interventions théâtrales recueillent des attitudes enthousiastes auprès de la très grande majorité des élèves (90 %). En termes d'impact, on constate certaines différences auprès

des sous-groupes de jeunes participants. Les effets de sociabilité sont plus importants chez les élèves spectateurs que chez les élèves acteurs. Une meilleure appropriation de l'intervention par les filles est constatée : la représentation est jugée vraisemblable par 81 % d'entre elles (*versus* 36 % des garçons) ; 54 % déclarent une prise de conscience (*versus* 9 %) ; 81 % auraient souhaité un prolongement sous forme de débat (*versus* 36 %). Les attitudes vis-à-vis des interventions varient en fonction de l'âge, les plus jeunes sont mobilisés par le contenu et les plus âgés par la forme. Les élèves de l'enseignement professionnel sont deux fois moins nombreux à déclarer « avoir pris conscience des problèmes liés au VIH » ; en revanche 71 % d'entre eux souhaitent un débat en prolongement, *versus* 24 % des élèves d'enseignement général.

Un collectif nommé « Atout-Vie » a mis en place dans le collège d'Évire, à Annecy-le-Vieux, un programme éducatif pour la prévention du sida, composé de 4 séances de 2 heures réparties sur 4 ans, de la sixième à la troisième. L'intervention consistait à favoriser l'expression et la réflexion des élèves sur la vie affective, relationnelle et sexuelle. Les séances avaient lieu en groupes restreints (15 élèves), avec des techniques pédagogiques interactives (jeux de rôles, photo-langage, remue-ménages). Guigné et Palayer (1996) ont comparé les réponses au posttest (sans prétest) de 135 élèves de troisième ayant assisté aux 4 séances au collège d'Évire, à celles de 196 élèves d'un collège témoin (Raoul-Blanchard). Aucune amélioration significative des connaissances n'est observée dans le groupe pilote et la fréquence d'utilisation du préservatif a suivi la même progression dans les deux groupes. En revanche, dans le domaine des opinions et du ressenti des différences apparaissent : le groupe pilote a des opinions beaucoup plus favorables au préservatif et à son utilisation, avec une plus grande homogénéité entre filles et garçons.

Métaanalyses d'évaluations de programmes d'éducation pour la santé

Dans le but d'établir le type d'efficacité des programmes et les déterminants de cette efficacité, quelques auteurs ont réalisé des métaanalyses d'études évaluatives incluses sur des critères conceptuels et/ou méthodologiques.

Tobler a publié une des premières métaanalyses, réalisée sur 143 programmes de prévention de l'usage des substances psychoactives, en milieu scolaire ou communautaire (Tobler, 1986 et 1992a), puis une nouvelle analyse d'un sous-groupe de 91 de ces programmes (Tobler, 1992b) contenant des données sur la consommation déclarée. L'auteur étudie les composantes des stratégies qui se sont montrées efficaces selon le stade de développement des adolescents et de l'étiologie des consommations de substances. Il a catégorisé les programmes en : « non interactifs », construits sur l'apport de connaissances et le travail sur les attitudes ; « interactifs », basés sur l'influence sociale et l'acquisition de compétences génériques. Une étude actualisée du même auteur

(Tobler, 1997), portant sur 120 programmes développés en milieu scolaire de 1978 à 1990 et rapportant des résultats en consommation déclarée, conclut à une meilleure efficacité des programmes interactifs, sans que les programmes travaillant sur des compétences génériques soient supérieurs à ceux travaillant uniquement sur l'influence sociale. Les programmes qui abordent plusieurs produits psychoactifs donnent de moins bons résultats en termes de prévention du tabagisme que les programmes centrés sur le tabac. Certains programmes ayant montré leur efficacité sur des petites cohortes étaient moins probants quand ils étaient déployés à grande échelle.

Bangert-Drowns (1988) a analysé une sélection de 33 études (sur 125 repérées) publiées entre 1968 et 1986 et évaluant des programmes développés en milieu scolaire aux États-Unis ou au Canada, abordant l'alcool et/ou les drogues illicites, en excluant les programmes abordant uniquement le tabac. Il a confirmé l'effet important des programmes sur l'acquisition de connaissance et sur les changements d'attitude, mais faible sur les changements de comportements.

Hansen (1992) a examiné 45 publications, non plus dans une perspective de quantifier un effet moyen des programmes, mais dans celle de rechercher les pistes d'intervention les plus prometteuses. Il a donc analysé les contenus des programmes et a classé les différents modules en 12 thèmes (tableau 5.IV).

Tableau 5.IV : Classification des thèmes contenus dans les programmes éducatifs pour la prévention de l'usage de substances psychoactives d'après Hansen (1992).

Information :	apport d'information biologique, légale, historique.
Décision :	enseignement de stratégies pour identifier les problèmes, générer des solutions possibles, choisir entre les différentes alternatives.
Engagement :	demande d'engagement à ne pas consommer de la part du participant.
Clarification des valeurs :	mise en regard des valeurs personnelles et les comportements qui devraient en découler.
Fixation d'objectifs :	apprentissage à la fixation d'auto-objectifs et au suivi de leur réalisation.
Gestion du stress :	apprentissage à la gestion du stress par l'action ou par la relaxation.
Estime de soi :	développement d'images positives sur soi, gestion des idées négatives.
Résistance :	repérage des pressions sociales, et développement de l'affirmation de soi.
Compétences générales :	apprentissage de compétences sociales comme la communication et la gestion des conflits interpersonnels.
Normes :	correction des normes imaginaires par les prévalences réelles des consommations de psychotropes par les jeunes.
Assistance :	écoute et conseil.
Alternatives :	développement d'activités autres.

Cette classification a d'ailleurs été reprise dans l'étude de Lister-Sharp et coll. (1999) qui sera évoquée dans le sous-chapitre suivant. L'auteur a ensuite regroupé les programmes en six catégories : information et clarification des valeurs, éducation affective, influence sociale, programmes globaux, alternatives et programme incomplet. L'analyse par catégorie des effets des programmes sur les comportements liés au tabac, à l'alcool ou à la marijuana a donné les résultats suivants : les programmes globaux avaient les meilleurs scores avec 72 % des résultats positifs, 28 % neutres, et aucun négatif. Les programmes fondés sur l'influence sociale avaient des résultats positifs dans 63 % des cas, neutres dans 26 % et négatifs dans 11 % des cas. Étant donné que les programmes globaux incluent des modules sur l'influence sociale, l'auteur considère cette piste comme la plus solide. Cependant les écarts de puissance statistique entre les différentes catégories de programmes restent un obstacle à des conclusions définitives.

Bruvold (1993) a réalisé une métaanalyse de 84 programmes développés en milieu scolaire pour la prévention du tabagisme chez les adolescents. Ces programmes, dont les résultats ont été publiés dans les années soixante-dix et quatre-vingt, ont tous un groupe de comparaison ou de contrôle. L'auteur a regroupé les programmes selon la classification (tableau 5.V) établie par Battjes (1985). Il a confirmé les faits déjà établis : les approches traditionnelles sont efficaces dans l'apport de connaissances et peu ou pas efficaces dans la modification des comportements, alors que les approches plus nouvelles prenant en considération les déterminants psychosociaux ont un impact sur la modification des comportements. Les changements d'attitudes sont corrélés aux changements de comportements, et non à l'acquisition de connaissances. Les programmes basés sur le renforcement social montrent la meilleure efficacité, suivis de ceux basés sur les normes sociales ou sur l'approche développementale. Tout en reconnaissant la supériorité des programmes fondés sur l'influence sociale, l'auteur admet que les programmes traditionnels sont plus

Tableau 5.V : Classification des approches éducatives utilisées dans les programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives, d'après Battjes (1985).

Approche rationnelle :	fournir de l'information sur les effets et les conséquences (cours, jeux de questions réponses, montrer des substances).
Approche développementale :	accroître l'estime de soi, augmenter l'autonomie, apprendre à prendre des décisions, développer les relations avec les autres (cours, discussion, résolution de problèmes en groupe, jeu de rôles).
Approche sur les normes sociales :	accroître l'autonomie, accroître l'estime de soi, réduire l'ennui (développement d'activités alternatives, programmes sociaux collectifs, tutorat, développement d'activités de loisirs).
Renforcement social :	détecter les pressions sociales à consommer, apprendre à y réagir, reconnaître les effets physiques et sociaux immédiats des produits (discussion, répétition, jeu de rôles, entraînement).

facilement acceptés par la communauté éducative et peuvent être mis en œuvre sans formation importante.

Rooney et Murray (1996) ont sélectionné 131 études évaluatives publiées entre 1974 et 1991 et répondant aux critères suivants : réalisées en milieu scolaire, contenant des données quantitatives sur la consommation de tabac, l'intervention a lieu de la sixième à la terminale et utilise une approche de type « social » ou une approche par les pairs. Ils ont réalisé une métaanalyse avec et sans application d'une méthode d'ajustement destinée à corriger l'erreur statistique due à la violation de l'unité de randomisation. Les effets moyens ajustés ou non ajustés en posttest immédiat ou en posttest différé étaient tous faibles, correspondant à une baisse relative du tabagisme d'environ 5 %. Les auteurs proposent un modèle explicatif de l'effet moyen ajusté et non ajusté des programmes à partir des variables décrivant les programmes. Ce modèle explique 56 % de l'effet moyen mesuré au posttest immédiat (131 études, 9 variables programmes), et 88 % de l'effet moyen mesuré au suivi (66 études, 11 variables programmes). D'après les auteurs, en choisissant les composants des programmes les plus contributifs aux résultats, il serait possible d'augmenter la taille de l'effet : jusqu'à 19 % à 29 % de diminution relative du tabagisme au lieu des 5 % observés dans la métaanalyse des programmes réels. Rooney et Murray recommandent que les programmes antitabac soient fondés sur l'influence sociale, impliquent des pairs du même âge, soient réalisés assez tôt pendant la transition entre l'école primaire et l'école secondaire, fassent partie d'un programme multithématique et comportent des séances de rappel. Ces recommandations convergent avec celles d'un panel d'experts réunis aux États-Unis par le *National Cancer Institute* en réponse la question « quels sont les éléments essentiels que doivent contenir les programmes de prévention du tabac en milieu scolaire ? » (Glynn, 1989).

White et Pitts (1998) se sont intéressés aux résultats des programmes de prévention de l'usage des drogues illicites destinés aux jeunes de 8 à 25 ans. Parmi les 62 programmes retenus (sur 125 analysés), 18 avaient eu des effets sur l'usage de drogues (16 évaluations se basaient sur l'usage déclaré par les participants, pour les 2 autres une mesure biologique est venue confirmer le résultat). Ces auteurs ont inclus les résultats des évaluations de bonne qualité méthodologique dans deux métaanalyses : une sur 14 évaluations dont le posttest avait été réalisé après un an au plus tard, l'autre sur 11 évaluations dont le posttest avait été réalisé après plus d'un an. Sur les 25 programmes évalués, 22 ont un effet préventif positif, mais dans les deux métaanalyses, les effets moyens pondérés sont très faibles. D'après les résultats, les auteurs estiment que 3,7 % des jeunes qui ont bénéficié d'un programme ont retardé leur usage de drogues illicites ou affirment ne jamais vouloir en utiliser.

Kim et coll. (1997) ont sélectionné 40 interventions pour la prévention du sida parmi 100 publiées et 2 non publiées entre 1983 et 1995. Sur 15 études ayant mesuré l'impact sur la fréquence d'usage du préservatif, 11 ont montré une augmentation de cette fréquence. Sur 6 études ayant évalué l'impact sur

l'abstinence, 2 ont vu sa fréquence augmenter significativement. Sur 11 études rapportant le nombre de partenaires sexuels, 7 ont observé une diminution après l'intervention. Parmi ces 40 études, 4 contenaient les informations permettant de faire une métaanalyse. Il faut noter que les études retenues ne comprennent qu'une centaine de jeunes chacune, groupes pilote et témoin réunis. La proportion de jeunes déclarant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport 6 mois et 12 mois après l'intervention éducative était significativement plus importante dans les groupes pilotes que dans les groupes témoins (80 % *versus* 59 % à 6 mois et 80 % *versus* 62 % à 12 mois). Les auteurs ont remarqué que les programmes efficaces disaient s'appuyer sur une théorie explicative, étaient adaptés culturellement, comprenaient des séances d'entraînement à la négociation et à la communication interpersonnelle, étaient trois fois plus long dans le temps que les autres programmes.

Revue critique d'études évaluatives

Dans la littérature présentant les résultats de programmes d'éducation pour la santé, il est fréquent qu'aucun effet ne soit mis en évidence, en particulier en termes de changement de comportement (Siegel et coll., 1995 ; Boyer et coll., 1997 ; Gillmore et coll., 1997 ; Weeks et coll., 1997 ; Resnicow et coll., 1998). De nombreuses revues d'études évaluatives tentent de faire le point sur les aspects conceptuels et méthodologiques des programmes et de leur évaluation, dans le domaine de la prévention de l'usage des substances psychoactives (Binyet et de Haller, 1993 ; Leventhal et Keeshan, 1993 ; Foxcroft et coll., 1997) et des comportements sexuels à risque (Brooks-Gunn et Paikoff, 1993 ; Kirby et coll., 1994 ; Oakley et coll., 1995 ; Janz et coll., 1996). Les auteurs soulignent l'extrême difficulté de rassembler en un indicateur d'efficacité unique les différents impacts des programmes, étant donné leur hétérogénéité. Certains (Oakley et coll., 1995 ; Foxcroft et coll., 1997) estiment que, en dehors de quelques exceptions, la mauvaise qualité des évaluations publiées empêche toute conclusion générale et qu'il est nécessaire d'attendre des évaluations de meilleure qualité. Lister-Sharp et coll. (1999) ont réalisé un important travail de synthèse sous forme de « revue de revues », et apportent sur la question des critiques très documentées de même que des propositions.

Foxcroft et coll. (1997) se sont intéressés aux programmes de prévention de l'alcoolisation chez les jeunes. Ils ont analysé 155 rapports d'évaluation, et en ont retenu 48 (présentant 33 évaluations de programmes). Seules 10 évaluations obéissaient aux critères suivants : tirage au sort ou équivalence des groupes témoins et expérimentaux, fourniture des résultats du prétest et du posttest, et présentation de l'ensemble des résultats. Parmi les programmes évalués à court terme (≤ 1 an), 16 montraient quelques résultats positifs, 11 étaient inefficaces et 6 avaient des effets inverses. Sur les programmes évalués à moyen terme (de 1 à 3 ans), 5 avaient des effets positifs, 5 n'avaient

aucun effet et 2 avaient des effets inverses. Sur les deux programmes évalués à long terme, 1 (mentionné plus haut dans les exemples de RCT) a des résultats positifs à 6 ans (Botvin et coll., 1995), pour l'autre les données à 5 ans ne montrent aucun effet durable (Ellickson et coll., 1993).

Kirby et coll. (1994) ont sélectionné les interventions pour la prévention des comportements sexuels à risque se déroulant à l'école, ayant fait l'objet d'une publication et présentant des résultats sur les comportements. Ils ont identifié 23 études. Sept d'entre elles étaient des enquêtes transversales interrogeant à la fois sur la participation à des programmes de prévention des risques sexuels et sur les comportements sexuels. Parmi les autres programmes, 4 étaient des programmes prônant l'abstinence, 8 étaient des programmes éducatifs sur la sexualité et les MST, et 4 étaient des programmes éducatifs associés à l'offre de services médico-sociaux. Les auteurs concluent que les programmes éducatifs analysés n'ont pas favorisé l'initiation à la sexualité (certains programmes l'ont retardée), n'ont pas augmenté ou diminué la fréquence des rapports sexuels de ceux qui étaient sexuellement actifs avant le programme. Deux programmes sur 8 ont réussi à augmenter significativement l'usage de contraceptifs ; deux autres ont eu des résultats favorables chez certains sous-groupes. Les auteurs notent que les interventions efficaces avaient en commun les éléments suivants :

- ont pour objectif de modifier les comportements de prise de risque sexuel ;
- sont fondées sur des théories explicatives des comportements ;
- durent au moins 14 heures ou emploient des petits groupes de travail ;
- utilisent des méthodes interactives pour aider les élèves à personnaliser l'information ;
- apportent les connaissances essentielles ;
- abordent la pression sociale ;
- émettent un message clair en faveur d'une sexualité à moindre risque ;
- enseignent aux élèves des techniques pour refuser ;
- donnent un entraînement adéquat aux intervenants.

Oakley et coll. (1995) ont recherché toutes les publications sur les interventions éducatives cherchant à favoriser la santé sexuelle réalisées depuis 1982 dans les pays industrialisés. Sur 270 documents repérés, 75 sont des rapports d'intervention dont 65 font état des résultats d'une évaluation. Douze de ces évaluations ont été jugées comme méthodologiquement bien conduites, parmi lesquelles 2 seulement ont montré un impact sur les comportements sexuels. Les auteurs en tirent les recommandations suivantes : s'inspirer des interventions dont l'efficacité est démontrée pour concevoir les futures programmes, baser les interventions sur la demande des jeunes en matière d'informations et de ressources, viser les changements de comportements plutôt que l'amélioration des connaissances et des attitudes, utiliser les essais randomisés contrôlés pour évaluer l'efficacité des interventions, prévoir une période de suivi suffisante pour mesurer les effets à court et à long terme.

Lister-Sharp et coll. (1999) ont analysé les revues existantes sur l'efficacité des interventions d'éducation/promotion de la santé en milieu scolaire (environ 200 depuis le milieu des années soixante), puis effectué une sélection sur des critères de qualité méthodologique. Dans le domaine de l'usage de substances psychoactives sur 82 revues, les 9 qui satisfont aux critères couvrent 146 études dont 50 sont analysées par plus d'un auteur. Moins de la moitié des programmes ont un impact positif sur les attitudes. D'après plusieurs des auteurs de revues l'implication de pairs a un impact favorable sur les attitudes, du moins à court terme. Seulement 4 programmes (alcool) impliquent les familles, et 3 d'entre eux ont un impact positif sur les comportements à court terme. Les effets positifs à long terme sont rares. Dans le domaine intitulé *sex and family life education* les auteurs ont sélectionné 4 revues de littérature parmi 25 identifiées. Les 4 revues couvrent 60 études différentes, 9 étant analysées par plus d'un auteur. Aucun programme n'a eu d'impact sur l'abstinence. Six interventions éducatives ont retardé l'initiation de l'activité sexuelle. Trois ont diminué la fréquence de l'activité sexuelle, et 3 ont augmenté l'usage de contraceptifs. Pour un des programmes le nombre de rapports sexuels avec coït avait diminué. À l'intention des chercheurs, les auteurs de cette « revue de revues » recommandent : de s'assurer que l'évaluation du processus de mise en place des programmes est faite et décrite dans le compte-rendu d'évaluation ; de développer de nouveaux indicateurs d'effet capables de rendre compte du bien-être mental et social des personnes, et de les incorporer systématiquement aux études d'efficacité ; d'étudier l'impact de la randomisation dans la participation aux interventions ; d'analyser les interactions entre la santé et le bien-être des équipes éducatrices et ceux des élèves ; de faire en sorte que dans le futur, les revues d'études évaluatives soient critiques et très descriptives quant au développement, au contenu et à la mise en œuvre des programmes.

La *Cochrane Library* publie des revues de littérature sur l'efficacité d'interventions dans le domaine sanitaire, mises à jour de façon permanente. Certaines ont déjà été réalisées sur l'effet des actions communautaires et des médias sur le tabagisme des jeunes (Sowden et Arblaster, 2000a, b). D'autres revues utilisant le protocole de la *Cochrane Review* sont en préparation : sur les actions de prévention contre le tabagisme en milieu scolaire (Thomas et Busby, 1999) ; sur la prévention du sida auprès des jeunes (Peersman et coll., 2000a), la prévention auprès des jeunes vivant dans la rue (*street youth*) (Grossman et coll., 2000), l'utilisation d'une théorie pour la construction des programmes de prévention du sida (Peersman et coll., 2000b). Cet investissement de la *Cochrane Library* signifie qu'elle élargit son champ d'intervention de l'*evidence-based medicine*, à l'*evidence-based health promotion*.

Sowden et Arblaster (2000b) ont examiné les études évaluatives d'interventions pour la prévention du tabagisme en direction des jeunes, utilisant les médias (Worden et coll., 1996). Sur 63 publications analysées, ils ont retenu six études utilisant la méthode expérimentale. Deux programmes sur six ont

montré des résultats favorables. Dans un cas il s'agit d'une campagne médiatique très soutenue, planifiée sur trois ans, en direction des jeunes filles dans une région de Norvège ; une autre région non exposée à la campagne servant de témoin (Hafstad et coll., 1997). Le suivi un an après la fin de la campagne montre une augmentation de la prévalence de jeunes fumeuses régulières significativement plus faible dans la région pilote : + 8,6 %, *versus* + 12,4 % dans la région témoin. Les auteurs de la revue font certains reproches à cette étude : la fréquence de non-réponses aux enquêtes diffère entre les deux régions ; les perdus de vue sont plus souvent fumeurs dans la région pilote ; l'unité d'allocation n'est pas celle de l'analyse. Dans l'autre cas, il s'agit d'une campagne médiatique aux États-Unis, planifiée sur quatre ans, combinée avec des programmes éducatifs en milieu scolaire auprès de jeunes de 11 ans en moyenne considérés comme à fort risque de devenir fumeurs ; le groupe de comparaison ne reçoit que le programme en milieu scolaire (Flay et coll., 1995 ; Flynn et coll., 1995). Le suivi deux ans après le début de la campagne montre un risque de tabagisme diminué dans le groupe « école et média ». Dans cette étude également, le problème de la comparabilité des groupes se pose : le groupe « école et média » comprend significativement plus de filles, des participants significativement plus jeunes et ayant plus fréquemment un aîné fumeur dans sa fratrie. Les auteurs de la revue font remarquer que ces deux seules campagnes ayant influencé les comportements, sont longues et intenses.

Le manque de reconnaissance et/ou de diffusion auprès des acteurs de programmes favorablement évalués est souvent évoqué. Aux États-Unis, Dusenbury et coll. (1997) ont établi que sur 47 programmes de prévention de l'usage de drogues disponibles et donc utilisés, seuls 10 ont fait l'objet d'évaluations scientifiquement rigoureuses, et 8 ont donné des résultats intéressants.

Il reste un important travail de diffusion pour les programmes qui ont fait leurs preuves. Certains organismes se chargent de ce type de diffusion. Aux États-Unis, le CDC fait la promotion de cinq programmes accessibles aux intervenants de terrain : *Be proud, be responsible*, *Get real about AIDS*, *Reducing the risk* pour la contraception et la prévention des MST et du sida, *Project Toward No Tobacco Use (TNT)* et *Life Skills Training* pour la prévention de l'usage de substances psychoactives. Au Royaume-Uni, à l'université de York, le *NHS Centre for Reviews and Dissemination* réalise ou commande des revues systématiques des résultats de la recherche sur l'efficacité des interventions sanitaires, en association avec la *Cochrane Library*.

En conclusion, il est clair que certains programmes d'éducation pour la santé ont un effet sur les comportements défavorables à la santé, que ce soit dans le domaine de la consommation des substances psychoactives ou dans les comportements sexuels à risque. Pour la plupart des auteurs cet effet est modeste mais peut néanmoins contribuer à un meilleur état de santé de la population

(Kirby, 1995). De plus, les programmes semblent pouvoir être améliorés par une meilleure combinaison des modules existants qui permettrait de multiplier leur efficacité.

Les concepteurs des programmes ont compris que les comportements naissent de l'interaction entre soi-même et les autres et non pas d'un savoir abstrait : il s'agit donc d'équiper les jeunes de capacités à réagir dans des situations concrètes, précisément décrites ; des groupes de discussion (notamment par *focus groups*) permettent de comprendre la position des jeunes, et également de tester le matériel éducatif proposé. Par ailleurs, les évaluateurs des programmes utilisent de plus en plus une méthodologie rigoureuse : augmentation de la taille des cohortes et du nombre d'unités de randomisation pour accroître la puissance des tests de comparaison ; ajustement de l'analyse au fait que la randomisation se fait par groupes sociaux et l'analyse par individus ; prise en compte du phénomène des perdus de vue ; analyse de la validité des déclarations.

BIBLIOGRAPHIE

ARWIDSON P, LAVIELLE C. La structure IMRED (introduction, méthodes, résultats, discussion) convient également aux rapports d'action d'éducation pour la santé. *Santé Publique* 1998, **10** : 171-174

BAJOS N, DUCOT B, RUDELIC-FERNANDEZ D, LERT F, SPIRA A. Evaluation of a new AIDS communication and prevention model. Analysis of reactions to the program « 3000 scenarios against a virus ». *Rev Épidémiol Santé Publique* 1996, **44** : 237-247

BANGERT-DROWNS RL. The effects of school-based substance abuse education – meta-analysis. *J Drug Educ* 1988, **18** : 243-264

BASEN-ENGQUIST K, PARCEL GS, HARRIST R, KIRBY D, COYLE K, BANSPACH S, RUGG D. The safer choices project : methodological issues in school-based health promotion intervention research. *J Sch Health* 1997, **67** : 365-371

BATTJES RJ. Prevention of adolescent drug abuse. *Int J Addict* 1985, **20** : 1113-1134

BINYET S, DE HALLER R. Efficacité de la prévention du tabagisme chez les jeunes : revue critique de la littérature. *Soz Präventivmed* 1993, **38** : 366-378

BOTVIN GJ, BAKER E, DUSENBURY L, BOTVIN EM, DIAZ T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995, **273** : 1106-1112

BOYER CB, SHAFER MA, TSCHANN JM. Evaluation of a knowledge- and cognitive-behavioral skills-building intervention to prevent STDs and HIV infection in high school students. *Adolescence* 1997, **32** : 25-42

BROOKS-GUNN J, PAIKOFF RL. « Sex is a gamble, kissing is a game » : adolescent sexuality and health promotion. In : *Promoting the health of adolescents : new directions for the twenty-first century*. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO, eds. Oxford University Press, New York 1993 : 180-208

BRUVOLD WH. A Meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993, **83** : 872-880.

CHOQUET M, LAGADIC C. Évaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie. Inserm U472 pour OFDT, 1999 : 109 p

COYLE K, BASEN-ENGQUIST K, KIRBY D, PARCEL G, BANSPACH S et coll. Short-term impact of safer choices : a multicomponent, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *J Sch Health* 1999, **69** : 181-188

DIJKSTRA M, MESTERS I, DE VRIES H, VAN BREUKELEN G, PARCEL GS. Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Educ Res* 1999, **14** : 791-802

DUSENBURY L, FALCO M, LAKE A. A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health* 1997, **67** : 127-132

ELDER JP, PERRY CL, STONE EJ, JOHNSON CC, YANG M et coll. Tobacco use measurement, prediction, and intervention in elementary schools in four states : the CATCH study. *Prev Med* 1996, **25** : 486-494

ELICKSON PL, BELL RM, MCGUIGAN K. Preventing adolescent drug use : long-term results of a junior high program. *Am J Public Health* 1993, **83** : 856-861

ENNETT ST, TOBLER NS, RINGWALT CL, FLEWELLING RL. How effective is drug abuse resistance education ? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *Am J Public Health* 1994, **84** : 1394-1401

FCHP, ECHP (Finnish Centre for Health Promotion, Estonian Centre for Health Education and Promotion). Best practices. A selection of papers on quality and effectiveness in health promotion presented at the 4th European IUHPE Conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion, May 16-19, 1999, Helsinki, Finland and Tallin, Estonia. IUHPE, 2000

FLAY BR, MILLER TQ, HEDEKER D, SIDDIQUI O, BRITTON CF et coll. The television, school, and family smoking prevention and cessation project. VIII. Student outcomes and mediating variables. *Prev Med* 1995, **24** : 29-40

FLYNN BS, WORDEN JK, SECKER-WALKER RH, BADGER GJ, GELLER BM. Cigarette smoking prevention effects of mass media and school interventions targeted to gender and age groups. *J Health Educ* 1995, **26** : 45-51

FOXCROFT DR, LISTER-SHARP D, LOWE G. Alcohol misuse prevention for young people : a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997, **92** : 531-537

GILLMORE MR, MORRISON DM, RICHEY CA, BALASSONE ML, GUTIERREZ L, FARRIS M. Effects of a skill-based intervention to encourage condom use among high risk heterosexually active adolescents. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : S22-S43

GLYNN TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J Sch Health* 1989, **59** : 5

GROSSMAN D, ARBESS G, CAVACUITI C, URBSHOTT G. Intervention for preventing HIV infection in street youth (Protocol for a Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, issue 2, 2000. Oxford : Update Software

GUIGNE C, PALAYER I. Évaluation sur 4 ans du programme « Atout-vie ». Collège d'Évire, Annecy-le-Vieux 74. Services de Promotion de la Santé de l'Inspection académique et de la Mutualité de Haute-Savoie, 1996 : 39 p

HAFSTAD A, AARO LE, ENGELAND A, ANDERSEN A, LANGMARK F, STRAY-PEDERSEN B. Provocative appeals in anti-smoking mass media campaigns targeting adolescents--the accumulated effect of multiple exposures. *Health Educ Res* 1997, **12** : 227-236

HAMBERG K, JOHANSSON E, LINDGREN G, WESTMAN G. Scientific rigour in qualitative research – examples from a study of women's health in family practice. *Fam Pract* 1994, **11** : 176-181

HANSEN WB. School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res* 1992, **7** : 403-430

HANSEN WB, MCNEAL RB JR. How D.A.R.E. works : an examination of program effects on mediating variables. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 165-176

HUDELSON P. Qualitative research for health programmes. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva 1994

IUHPE (International union for health promotion and education). The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in the new Europe. A report for the European Commission, Bruxelles-Luxembourg, ESC-EC-EAEC 1999 : 166 p

JANZ NK, ZIMMERMAN MA, WREN PA, ISRAEL B, FREUDENBERG N, CARTER RJ. Evaluation of 37 AIDS prevention projects : successful approaches and barriers to program effectiveness. *Health Educ Q* 1996, **23** : 80-97

JOSENDAL O, AARO LE, BERGH IH. Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. *Health Educ Res* 1998, **13** : 215-224

JOURNAL OFFICIEL. L'éducation pour la santé. Avis adopté par le conseil économique et social au cours de sa séance du 23 juin 1982 sur le rapport de Monsieur Emile Levy. JO du 7 octobre 1982 : 857-913

KIM N, STANTON B, LI X, DICKERSIN K, GALBRAITH J. Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions : a quantitative review. *J Adolesc Health* 1997, **20** : 204-215

KIRBY D. Sex and HIV/AIDS education in schools. Have a modest but important impact on sexual behaviour. *BMJ* 1995, **311** : 403

KIRBY D. Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *J Sch Health* 1999, **69** : 89-94

KIRBY D, BARTH RP, LELAND N, FETRO JV. Reducing the risk : impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Fam Plann Perspect* 1991, **23** : 253-263

KIRBY D, KORPI M, ADIVI C, WEISSMAN J. An impact evaluation of project SNAPP : an AIDS and pregnancy prevention middle school program. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : S44-S61

KIRBY D, SHORT L, COLLINS J, RUGG D, KOLBE LJ et coll. School-based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness. *Public Health Rep* 1994, **109** : 339-360

- LERT F. Prévention du sida chez les adolescents. Évaluation du programme du CRIPS dans les lycées de la région Ile-de-france. Année scolaire 1993-94. Inserm U88 – CRIPS, 1995 : 36 p
- LEVENTHAL H, KEESHAN P. Promoting health alternatives to substance abuse. *In : Promoting the health of adolescents : new directions for the twenty-first century*. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO, eds. Oxford University Press, New York 1993 : 260-284
- LEVY SR, PERHATS C, WEEKS K, HANDLER A, ZHU C, FLAY BR. Impact of a school-based AIDS prevention program on risk and protective behavior for newly sexually active students. *J Sch Health* 1995, **65** : 145-151
- LINCOLN YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry* 1995, **1** : 275-289
- LISTER-SHARP D, CHAPMAN S, STEWART-BROWN S, SOWDEN AJ. Health promoting schools and health promotion in schools : two systematic reviews. *Health Technol Assess* 1999, **3** (whole n° 22) : 207 p
- MANN J. Foreword. *In : Preventing AIDS : theories and methods of behavioral interventions*. DiClemente R, Peterson JL, eds. Plenum Press, New York, 1994 : ix-x
- MAYS N, POPE C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995, **311** : 109-112
- MAYS N, POPE C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000, **320** : 50-52
- MEYER J. Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 2000, **320** : 178-181
- MITCHELL-DICENSO A, THOMAS BH, DEVLIN MC, GOLDSMITH CH, WILLAN A et coll. Evaluation of an educational program to prevent adolescent pregnancy. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 300-312
- MOBERG DP, PIPER DL. The Healthy for Life project : sexual risk behavior outcomes. *AIDS Educ Prev* 1998, **10** : 128-148
- MORISOT D, CHABAUD F. Évaluation d'une action éducative sur le risque alcool menée auprès d'adolescents scolarisés de la seconde à la terminale dans trois lycées de la ville de Niort. *Acoologie* 1994, **16** : 217-223
- MORSE JM. « Dear Sir, I am shocked and dismayed... ». *Qualitative Health Res* 1998, **8** : 579
- OAKLEY A, FULLERTON D, HOLLAND J, ARNOLD S, FRANCE-DAWSON M et coll. Sexual health education interventions for young people : a methodological review. *BMJ* 1995, **310** : 158-162
- OMS (Organisation mondiale de la santé). Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. 4^{ème} Conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta 21-25 juillet 1997
- ORS Rhône-Alpes (Observatoire régional de santé). Évaluation du théâtre forum – À propos d'une expérience d'éducation pour la santé auprès des jeunes réalisée par l'Association Départementale d'Éducation pour la Santé du Rhône. 1995 : 27 p
- PEERSMAN GV, LEVY JA. Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. *AIDS* 1998, **12** : S191-S196

- PEERSMAN G, SOGOLOW E, HARDEN A, MAUTHNER M. Theory driven intervention versus interventions lacking an explicit theory base for preventing HIV infection (Protocol for a Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000a. Oxford : Update Software
- PEERSMAN G, SOGOLOW E, HARDEN A. Interventions for preventing HIV infection in young people (Protocol for a Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000b. Oxford : Update Software
- PETERSON AV, KEALEY KA, MANN SL, MAREK PM, SARASON IG. Hutchinson Smoking Prevention Project : long term randomized trial in school-based tobacco use prevention – Results on smoking. *J Natl Cancer Inst* 2000, 92 : 1979-1991
- POPE C, ZIEBLAND S, MAYS N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000, 320 : 114-116
- PUSKA P, TUOMILEHTO J, NISSINEN A. *The North Karelia Project. 20 year results and experiences*. National Public Health Institute, Helsinki, 1995 : 363 p
- RESNICOW K, DAVIS M, SMITH M, BARANOWSKI T, LIN LS et coll. Results of the Teach-Well worksite wellness program. *Am J Public Health* 1998, 88 : 250-257
- ROONEY BL, MURRAY DM. A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Educ Q* 1996, 23 : 48-64.
- RUDELIC-FERNANDEZ D. Le Théâtre-forum comme outil préventif : évaluation des interventions théâtrales de prévention VIH dans les lycées et les CFA d'Ile-de-France -Volume 1 : Rapport de synthèse. CRIPS 1998 : 55 p
- SCHONFELD DJ, O'HARE LL, PERRIN EC, QUACKENBUSH M, SHOWALTER DR, CICCHETTI DV. A randomized, controlled trial of a school-based, multi-faceted AIDS education program in the elementary grades : The impact on comprehension, knowledge and fears. *Pediatrics* 1995, 95 : 480-486
- SIEGEL D, DICLEMENTE RJ, DURBIN M, KRASNOVSKY F, SALIBA P. Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-preventive behaviors : effects of a school-based intervention. *AIDS Educ Prev* 1995, 7 : 534-543
- SOWDEN A, ARBLASTER L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, issue 3, 2000a. Oxford : Update Software
- SOWDEN A, ARBLASTER L. Mass media interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, issue 3, 2000b. Oxford : Update Software
- THOMAS R, BUSBY K. School based programmes for preventing smoking (Protocol for a Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, issue 4, 1999. Oxford : Update Software
- TOBLER N. Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs : quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *J Drug Issues* 1986, 16 : 537-567
- TOBLER N. *Meta-analysis of adolescent drug prevention programs : final report*. National Institute on Drug Abuse, Rockville MD, 1992a

TOBLER NS. Drug prevention programs can work : research findings. *J Addict Dis* 1992b, **11** :1-28

TOBLER NS. Meta-analysis of adolescent drug prevention programs : results of the 1993 meta-analysis. *NIDA Res Monogr* 1997, **170** : 5-68

TONES K. Evaluating health promotion : a tale of three errors. *Patient Educ Couns* 2000, **39** : 227-236

WALTER HJ. Primary prevention of chronic disease among children : the school-based « Know Your Body » intervention trials. *Health Educ Q* 1989, **16** : 201-214

WEEKS K, LEVY SR, GORDON AK, HANDLER A, PERHATS C, FLAY BR. Does parental involvement make a difference ? The impact of parent interactive activities on students in a school-based AIDS prevention program. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : S90-S106

WHITE D, PITTS M. Educating young people about drugs : a systematic review. *Addiction* 1998, **93** : 1475-1487

WORDEN JK, FLYNN BS, SOLOMON LJ, SECKER-WALKER RH, BADGER GJ, CARPENTER JH. Using mass media to prevent cigarette smoking among adolescent girls. *Health Educ Q* 1996, **23** : 453-468

6

Prévention des comportements sexuels à risque

La littérature sur la prévention des comportements sexuels à risque chez les adolescents est particulièrement abondante. Elle est nettement dominée par les productions nord-américaines, d'une part à cause de la force de travail existante et de l'abondance des revues, d'autre part pour des raisons tenant à la forte présence de prises de risques sexuels dans la population adolescente, aspect développé ultérieurement.

La majorité des publications disponibles porte sur la prévention du risque lié au sida au détriment des autres maladies à transmission sexuelle (MST) et de la prévention des grossesses précoces non désirées. La prévention primaire du sida constitue donc l'objectif majeur des programmes d'éducation aux risques sexuels destinés aux jeunes.

En dépit de l'accent placé sur le risque de transmission de l'infection à VIH, des auteurs – rares cependant – s'interrogent sur l'importance réelle de ce risque en population générale jeune et se demandent si le risque sexuel le plus prégnant ne serait pas plutôt la survenue de grossesses non désirées. Une éducation à leur prévention serait une meilleure motivation pour les jeunes à aborder la question des risques sexuels (Whaley, 1999).

Pourquoi faire une éducation aux risques sexuels auprès des adolescents ?

Il est intéressant de se poser cette question en préliminaire car, si la réponse semble aller de soi dans beaucoup de publications où les adolescents sont considérés comme une population à risque (Yang, 1995 ; Peersman et Levy, 1998), pour d'autres auteurs la focalisation sur les « jeunes » fait l'objet d'une réflexion critique (ANRS, 1993 ; Sahai et Demeyere, 1996 ; Meremans, 1997).

Il est vrai qu'aux États-Unis, les risques liés à la transmission des MST et aux grossesses précoces non désirées (Creatsas, 1993 ; Committee on Adolescence, 1995 ; Felice et coll., 1999 ; Nitz, 1999) sont très importants : un million de grossesses précoces par an, dont 80 % non désirées (Santelli et coll.,

1999) débouchant sur une naissance dans plus de la moitié des cas et sur une interruption volontaire (IVG) dans plus d'un tiers des cas ; chaque année 10 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans deviennent enceintes (Coyle et coll., 1996) ; la fréquence des MST est très importante dans cette classe d'âge (Ford et Moscicki, 1995) si l'on considère qu'un adolescent sur quatre contracte une MST au cours de l'enseignement secondaire (Cohall, 1993). Cette situation appelle des interventions spécifiques (Witte, 1997), notamment l'utilisation de méthodes contraceptives d'urgence, telles que le RU486 (Hillard, 1993) et un renforcement de l'information sur la contraception (Bromham et Oloto, 1997). En Europe, à l'exception de la Grande-Bretagne, qui connaît aussi une forte proportion de grossesses précoces (Mellanby et coll., 1997 ; Mawer, 1999 ; Nicoll et coll., 1999 ; Thomson et coll., 1999 ; Wellings et Kane, 1999), de l'ordre de 30 naissances pour 1 000 annuellement chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, il semble qu'on ne peut considérer véritablement les personnes en dessous de 18 ans comme un groupe particulièrement exposé. En France, selon l'enquête ACSJ (Attitudes et comportements sexuels des jeunes) réalisée en 1994 (Lagrange et Lhomond, 1997 et 2000), 1,1 % des jeunes de 15-18 ans ont eu une MST autre qu'une mycose et 3,3 % des filles ont eu une grossesse, suivie d'une IVG (2,3 %), d'un enfant (0,4 %) ou d'une fausse couche spontanée (tableau 6.I). Selon les données démographiques actuelles, le nombre de grossesses avant 18 ans est estimé à 10 000 par an, dont 6 500 aboutissent à une IVG.

Tableau 6.I : Données sur les comportements à risque des jeunes de 15-18 ans sexuellement actifs, d'après l'enquête ACSJ (Lagrange et Lhomond, 1997).

	Âge			Tous*
	15-16 ans	17 ans	18 ans	
Fréquence (%) des rapports non protégés (dernier rapport pénétratif, quel que soit le partenaire)				
Garçons	25,0	31,8	41,1	32,5
Filles	33,2	52,7	67,4	49,8
Fréquence (%) des MST autres qu'une mycose				
Garçons	0,0	2,4	0,5	1,1
Filles	0,3	1,5	1,5	1,1
Fréquence (%) des grossesses chez les jeunes filles				
Suivies d'une IVG	1,8	3,2	1,8	2,3
Suivies d'un enfant	0,8	0,0	0,3	0,4
Total des grossesses	2,8	4,1	2,8	3,3

* 1 883 garçons et 1 384 filles, ayant eu au moins un coït dans leur vie

Bien que la situation en France ne soit pas aussi critique que dans d'autres pays, les raisons de cibler le groupe des adolescents sont nombreuses : l'adolescence apparaît à la fois comme la période de la découverte de la sexualité (Wellings et Field, 1996) marquée par une relative instabilité et éventuellement un plus grand nombre de partenaires sexuels, ce qui en fait une cible prioritaire de la prévention (Lert et coll., 1993). Elle est présentée aussi comme une période de relative instabilité psychologique marquée par un sentiment d'« invulnérabilité » (Mickler, 1993 ; Potsonen et Kontula, 1999) et des attitudes de défi, mais on ne sait pas vraiment sur quelles bases théoriques s'appuient ces assertions (Crosby, 1996) qui semblent plutôt relever de lieux communs à interroger. Elle est aussi une période d'instabilité sociale, les adolescents étant dans une phase intermédiaire entre la dépendance de l'enfance et l'autonomie de l'âge adulte. Enfin, les jeunes sont une population captive, notamment en milieu scolaire, donc facile à atteindre dans le cadre des programmes d'enseignement, d'autant que le besoin de connaissances sur les thèmes de la sexualité est constamment renouvelé (Lindell et Olsson, 1993 ; Wyn, 1994 ; Winn et coll., 1995 ; Buysse, 1996).

Des publications alarmistes, notamment nord-américaines (Tripp et coll., 1994), attribuent une grande et précoce activité sexuelle aux jeunes, présentant des chiffres de façon très partielle. Cependant, en se référant à l'âge moyen au premier coït, nous n'observons pas de variations notables dans les pays occidentaux : vers 17 ans avec un léger retard pour les filles dans la plupart des cas (en France, d'après l'enquête ACJF, il est à 17 ans et 3 mois pour les garçons et 17 ans et 6 mois pour les filles).

Il est à noter que le risque sexuel n'est pas le même dans toutes les classes sociales. Même si ce risque existe dans tous les milieux, il apparaît nettement amplifié par les situations de précarité sociale (Auslander et coll., 1998) de même que le risque de violence sexuelle. Le risque associé sexualité/toxicomanie est également abordé (Fortenberry, 1995 ; Baldwin et coll., 1996), l'usage de drogues étant présenté comme multiplicateur du risque sexuel, alcoolisation excessive incluse (Lévy et coll., 1994 ; Langer et Tubman, 1997 ; McNair et coll., 1998 ; Morse et coll., 1998 ; Deas-Nesmith et coll., 1999).

Bien que les préoccupations concernent essentiellement la prévention primaire du sida dans la population hétérosexuelle, certains travaux portent sur les jeunes vivant avec le VIH (Bourdon et coll., 1998 ; Feudo et coll., 1998 ; Sturdevant et coll., 1998 ; Tenner et coll., 1998) et sur les jeunes homosexuels (Remafedi et coll., 1994 ; Rotheram-Borus et coll., 1994 ; Harvey, 1997 ; Seal et coll., 2000).

Qui doit faire une éducation aux risques sexuels ?

Malgré les difficultés rencontrées dans la mise en place des programmes (Thomson, 1994) la réponse est massive : l'école (De Peretti et coll., 1993 ; 137

DiClemente, 1993 ; Dhillon et coll., 1993 ; Dick and coll., 1993 ; Guillemard, 1993 ; Isaksson et coll., 1993 ; Narboni, 1993 ; Robenstine, 1993 et 1994 ; Denman et coll., 1994 ; McEwan et coll., 1994 ; Unks, 1996 ; Donovan, 1998 ; Kyman, 1998), ce qui pose le problème des jeunes exclus du système scolaire (Boyer et Kegeles, 1991 ; Blair et Hein, 1994). De plus, cette éducation à l'école ne touche pas tous les adolescents : aux États-Unis, au début des années quatre-vingt dix, moins de 10 % des élèves sont concernés par les programmes d'éducation sexuelle (Stout et Kirby, 1993). Certes, il vaut mieux, du point de vue du risque sexuel encouru, que les parents jouent aussi leur rôle dans ce domaine. Certaines études portent sur la nature de la communication entre parents et adolescents (Piercy et coll., 1993 ; Smith et coll., 1993 ; Miller et coll., 1998a et 1998b ; DiOrio et coll., 1999 ; Kirby, 1999a) et sur l'implication des familles dans les programmes (Porter, 1998 ; Stanton et coll., 2000).

L'éducation sexuelle et aux risques de la sexualité est inscrite dans de nombreux programmes scolaires, sans se cantonner aux cours de biologie. En revanche, la question se pose de savoir qui doit faire cette éducation dans le cadre scolaire. Les enseignants ne sont pas toujours bien préparés (Meremans et coll., 1997), de plus ils peuvent être réticents, ont leurs propres préjugés, et sont souvent plus à l'aise pour aborder la question des risques sexuels liés au sida et aux MST que pour traiter de la sexualité (Paulussen et coll., 1994.) ; ils ont donc besoin d'une formation spécifique (Rodriguez et coll., 1996). Les dispositifs de formation doivent inclure un travail autour de la motivation et de l'engagement des « candidats » et sur leur capacité à prendre la distance pédagogique nécessaire au regard de leurs propres valeurs et de leur propre mode de vie (DGS-Division sida, 1997).

Dans certains pays, les services sanitaires scolaires, les dispensaires scolaires, les médecins (DiClemente, 1994 ; Millstein et coll., 1996 ; Tobias et Ricer, 1998), les infirmières (Cohen, 1994 ; Schonfeld, 1996), la médecine communautaire (Scott et coll., 1998) sont mis à contribution. D'autres expériences ont été tentées dans le domaine de la prévention du sida : passer par les associations (Harper et Carver, 1999) ; faire porter le message par des personnes atteintes, membres d'associations, pour donner une réalité à une maladie lointaine (Hein, 1993 ; Dennehy et coll., 1995 ; Pré, 1996 ; Rodrick-Athans et Bhavnagi, 1997), la personnaliser (Sechrist, 1997) ; former des groupes de pairs, d'élèves qui feront passer le message auprès de leurs camarades (Mellanby et coll., 1992), ou utiliser d'autres types d'acteurs de prévention plus proches de la population cible, comme les étudiants en médecine (Jobanputra et coll., 1999). L'éducation par les pairs bénéficie d'un préjugé favorable, parce qu'elle permet à la fois de faire passer une information sur les risques mieux adaptée aux attentes et d'agir au niveau des normes influant sur les conduites sexuelles (Kinsman et coll., 1998). Ce préjugé n'apparaît pas justifié au vu des recherches, et l'approche par les pairs ne peut pas se substituer aux autres

approches éducatives et ne devrait être considérée que comme une stratégie complémentaire.

Quand faire une éducation aux risques sexuels ?

Certaines publications préconisent une éducation aux risques sexuels dès l'école primaire. Le problème est alors d'être incompris, parce que la motivation sexuelle est faible. Il semble qu'il vaut mieux à ce stade faire une éducation sexuelle adaptée à l'âge et aux intérêts des enfants qu'une éducation sur les risques de la sexualité, et bien entendu la poursuivre durant l'adolescence. Il est énoncé qu'il faut faire une éducation aux risques avant que l'adolescent s'engage dans une vie sexuelle, éducation qui n'a pas pour conséquence d'activer l'entrée dans la sexualité, crainte exprimée dans quelques publications.

Comment faire une éducation aux risques sexuels ?

De nombreux articles font état d'une collaboration entre centres universitaires ou de recherche et intervenants de terrain (Molbert et coll., 1993). La plupart des interventions sont fondées sur un cadre théorique. Certes, rien n'est plus utile qu'une bonne théorie mais la question se pose de la validité des fondements théoriques auxquels il est fait référence. Ils peuvent être classés en deux grandes catégories : les approches individualistes et les approches plus « interactionnistes » et globales (Paicheler, 1997 et 2000).

Les approches individualistes, majoritaires, se réfèrent à des modèles d'apprentissage et de prises de décision individuelles. L'accent est mis sur un apport d'informations qui, combiné avec la transmission d'un sentiment de vulnérabilité et une stratégie de maximisation des gains et de minimisation des pertes, devrait conduire aux comportements préventifs. On aura reconnu ici le modèle des croyances relatives à la santé – *Health Belief Model* – (Petosa et Wessinger, 1990 ; Brown et coll., 1991 ; Petosa et Jackson, 1991 ; Mahonney et coll., 1995 ; Hiltabiddle, 1996 ; Lollis et coll., 1997). Comme ce modèle est jugé insuffisant, il est aussi fait référence à la théorie de l'action raisonnée (Abraham et Sheeran, 1994 ; Baker et coll., 1996), qui inclut des motivations sociales et un recours aux normes, mais qui s'intéresse surtout aux intentions de comportement (Mulvihill, 1996). Or il est connu qu'il y a un décalage entre intentions et actions. L'objectif est aussi d'équiper les personnes des ressources psychologiques qui leur permettent de mettre en place les conduites : sentiment d'efficacité propre (Joffe et Radius, 1993 ; Mahonney et coll., 1995 ; Smith et coll., 1996 ; Basen-Engquist et coll., 1999), sentiment de contrôle.

Dans les interventions qui se fondent sur ces modèles, les objectifs sont, selon les cas, d'enseigner aux adolescents l'abstinence (Kay, 1995 ; Khouzam, 1995), alors que l'efficacité de cette recommandation n'est pas prouvée (Haignere et coll., 1999), le délai (Mahler, 1996b), de leur apprendre à savoir dire non, et à négocier avec un futur partenaire l'utilisation de préservatifs. Le jeu de rôles est alors souvent utilisé dans ce but, de même que pour aider à surmonter les problèmes techniques liés à l'utilisation du préservatif. Il s'agit aussi de mettre le préservatif à la disposition des intéressés (Kantor et Yoest, 1995 ; Stryker et coll., 1994), alors que l'installation du distributeur de préservatifs dans les lieux d'enseignement revêt une grande importance, au moins symbolique ; elle peut aussi provoquer l'indignation de certains parents (Mahler, 1996a) et aboutir à des poursuites légales. Les effets de la mise à disposition de préservatifs dans les lieux scolaires sont analysés (Blair, 1993 ; Kirby et coll., 1999) : elle ne semble pas entraîner une plus grande précocité sexuelle ni une multiplication des partenaires, comme cela avait déjà été observé pour l'éducation sexuelle elle-même (Welling et coll., 1995). Un point spécifique du contenu des programmes, la promotion d'activités sexuelles non coïtales, soulève des réserves car elles peuvent n'être qu'un prélude à des rapports sexuels pénétratifs (Genuis et Genuis, 1996).

Mais ces démarches ont prouvé leur insuffisance en termes de concrétisation de comportement. Pourquoi ? Elles ne tiennent pas compte du fait qu'une situation sexuelle est une situation d'interaction sociale, ce qui limite de fait la marge d'initiative individuelle. Elles négligent les contextes sociaux dans lesquels se déroulent les rencontres sexuelles (Paicheler, 1999). À vouloir définir la sexualité de façon uniquement fonctionnelle, elles la vident de sa signification, notamment de son lien avec l'affectivité (Ferron et Laurent-Beck, 1994 ; Richard et coll., 1995). Or le risque dans la sexualité n'est pas seulement celui de la maladie ou de la grossesse, c'est aussi de mettre en péril l'attachement de l'autre ou une certaine image de soi (et dans ce cas, pour les garçons, la perte de l'érection est une crainte réelle qui peut conduire à une absence de protection). Ces démarches coupent la sexualité de sa dimension normative (Romer et coll., 1994), de ses contextes et de ses temporalités (Levinson, 1997). En cela, elles ignorent un fait d'évidence : les idéologies spécifiques liées aux rôles masculins et féminins dans la sexualité et le danger de ne pas agir selon ces idéologies. Dans ce cadre, des approches globales sont substituées aux approches injonctives exposées précédemment (Mathews et coll., 1995 ; Finan, 1997 ; Zibalese-Crawford, 1997) : il s'agit alors de partir de l'expression des adolescents pour appréhender le vécu social et affectif de la sexualité, de comprendre sa dimension normative, de l'ancrer dans un contexte social et d'apporter les réponses aux interrogations qui émergent au niveau auquel elles s'expriment (Manderscheid et coll., 1996 ; Beitz, 1998 ; Coleman et Ingham, 1999). Dans cette optique, il devient important de prendre en compte les facteurs socioculturels dans une approche multidimensionnelle (Atwood, 1993). Des méthodes de groupe (groupes de discussion, jeux de rôles) sont utilisées dans ce cadre (Geiger et Tieney, 1996). Il est

également possible de s'appuyer sur les défaillances de prévention et sur l'angoisse qu'elles provoquent pour promouvoir une éducation à la santé (Gold et Rosenthal, 1998). Dans une publication très intéressante (Laub et coll., 1999) exposant le travail conjoint d'un groupe d'acteurs de la prévention et d'un centre de recherche, le CAPS (*Center for AIDS Prevention Studies* de San Francisco), il est préconisé, entre autres, de faire une éducation aux risques sexuels en séparant filles et garçons, donc en tenant compte des idéologies liées aux identités de genre. Cette idée toute simple paraît frappée au coin du bon sens et il est étonnant que les acteurs de la prévention soient passés à côté de cette évidence. Il est d'ailleurs surprenant de constater que la littérature existante fait peu de place aux liens entre éducation sexuelle et identité de genre (Lyman et Engstrom, 1996 ; Moreau-Gruet et coll., 1996). Un programme d'éducation sexuelle mis en place en Grande-Bretagne préconise à la fois une éducation mixte et non mixte, afin que les adolescents ne soient pas trop soumis aux normes de leur propre sexe et soient confrontés aux représentations de l'autre sexe (Wight et Abraham, 2000).

Certains articles abordent la question des outils pédagogiques : jeux (Dotterer et Axiotis, 1994), marionnettes (Zaccone-Tzannetakis, 1995), bandes dessinées (Bonnin et Michaud, 1993), jeux ou programmes vidéo (Cahill, 1994), supports audiovisuels (Matzen, 1995), programmes informatiques (Billet et Shelly, 1996 ; Turner et coll., 1997 ; Evans et coll., 2000), ou des ressorts comme l'humour (Fennell, 1993). Si ces supports peuvent avoir une utilité, ils ne dispensent pas d'une réflexion approfondie sur le type de programmes qu'ils véhiculent.

Quels sont les effets et les lacunes des programmes ?

Une multitude de programmes a été mise en place, notamment aux États-Unis. Des publications proposent une synthèse des données et des programmes auprès des jeunes dans différents pays (Winett et Anderson, 1994 ; Lear, 1995 ; Abraham et Wight, 1996 ; Mulhivill, 1996 ; Peersman et Levy, 1998). L'efficacité des programmes, quand elle est évaluée, est très inégale (Oakley et coll., 1995 ; Stanton et coll., 1996 ; Applegate, 1998). Ces programmes ne sont pas toujours très contrôlés et ils laissent parfois libre cours aux préjugés, quels qu'ils soient, des intervenants.

Néanmoins, malgré ces lacunes, il est possible d'affirmer que les actions mises en place ont un effet (Gilbert, 1994 ; Kirby et coll., 1994 ; Klitsch, 1994 ; Holtgrave et coll., 1995 ; Kirby, 1995 ; Ogletree et coll., 1995 ; Janz et coll., 1996 ; Kim et coll., 1997 ; Sonenstein et coll., 1998) : des comportements de prévention ont été adoptés chez les adolescents, mais sans qu'on puisse les attribuer à l'efficacité de programmes spécifiques, de la prévention grand public ou des nombreux messages de prévention diffusés dans les médias et relayés à de nombreux niveaux. Contrairement aux discours alarmistes sur

l'inconscience des jeunes et leur goût du risque, c'est ce groupe de population qui s'est le mieux adapté à la menace du sida en dépit de quelques avis discordants (Choi et Coates, 1994 ; Earl, 1995). En France, les données de l'enquête ACSJ sont à cet égard éloquentes puisqu'elles montrent une augmentation régulière de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel de 1989 à 1993 (figure 6.1) ; cette tendance est confirmée par des données de 1997 (Arènes et coll., 1988). Dans l'enquête ACSJ, 78,9 % et 74,4 % des filles âgées de 15 et 18 ans au 1^{er} janvier 1994 déclaraient avoir utilisé un préservatif au premier rapport sexuel. Les données correspondantes recueillies fin 1997 auprès de jeunes de 15 à 19 ans (Arènes et coll., 1998) sont respectivement 88,6 % et 85,4 %. Dans tous les cas, une baisse de la fréquence d'utilisation du préservatif au dernier rapport est observée ; elle est attribuée à une probable stabilisation des couples qui amène une utilisation plus importante de la contraception orale féminine. Aux États-Unis, dans une étude faite sur une cohorte multiethnique de jeunes de 14 à 22 ans, Santelli et coll. (1997) observent le plus haut niveau d'utilisation conjointe de la pilule et du préservatif dans le groupe ethnique le plus éprouvé par les MST et les grossesses précoces, celui des Afro-Américains : 11,8 % des filles et 6,0 % des garçons, en comparaison avec 6,6 % et 4,5 % respectivement dans l'ensemble de la cohorte. Cette étude montre, comme l'enquête ACSJ, que la déperdition de l'usage du préservatif en fonction de l'âge accompagne l'augmentation de la contraception orale.

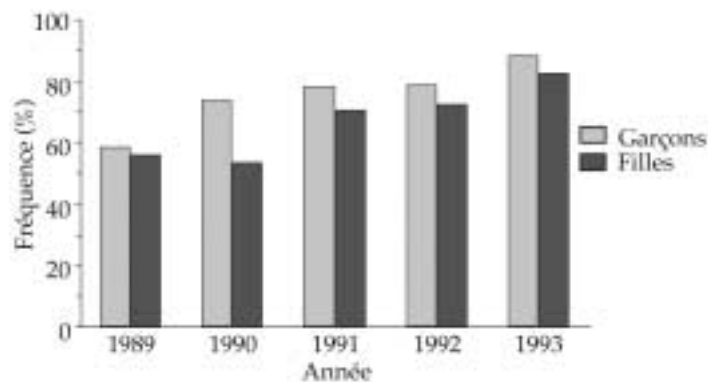


Figure 6.1 : Fréquence d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel chez les jeunes de 15 à 18 ans en France, selon l'année de ce premier rapport (enquête ACSJ).

Les actions d'éducation aux risques de transmission du sida ont pour effet de retarder l'entrée dans la vie sexuelle, de diminuer l'activité sexuelle, d'induire une plus grande sélectivité des partenaires et d'inciter à l'utilisation de préservatifs. Il est possible de s'interroger sur les « effets pervers » des programmes préventifs, qui, se fondant parfois sur l'« anticipation de regrets » de s'être

engagé trop tôt dans la vie sexuelle (Van der Pligt et Richard, 1994), augmentent la peur, voire l'intolérance aux actions non conformes d'autrui, sans toujours induire une attitude plus rationnelle vis-à-vis de la protection, contraceptive notamment (Rudelic-Fernandez, 1996).

La question des grossesses et maternités précoces est généralement conçue comme un échec de la prévention des risques sexuels – de la contraception – lié à une immaturité et à un déficit scolaire et social (Trad, 1993). L'objectif de santé publique est par conséquent d'en diminuer le nombre. Quelques recherches soulignent la fonction structurante de ces grossesses pour des jeunes femmes en situation précaire (Aubry et coll., 1988 ; Bajos et coll., 2001) : elles peuvent être désirées, intégrées dans une vie de couple stable et contribuent à donner un sens à l'existence. Après quelques réticences, l'entourage les accueille favorablement. Cet état de fait ne masque évidemment pas la nécessité de transmettre aux jeunes femmes les ressources qui leur permettent d'éviter les grossesses non désirées (Santelli et coll., 1999) sur la base d'une meilleure connaissance des facteurs psychologiques (Trad, 1999) et sociaux qui les favorisent (Rigsby et coll., 1998 ; Kirby, 1999b). Le risque de sida ne doit pas masquer le risque de grossesses non désirées, bien plus présent chez les jeunes (Whaley, 1999), d'où la nécessité d'une éducation à la contraception qui tienne compte des attentes et des trajectoires sexuelles (Hacker et coll., 2000).

Une des lacunes principales des programmes concerne l'éducation au risque de la violence sexuelle, qui devrait faire l'objet d'une éducation des enfants et des adolescents. Les déterminants psychosociaux, les perceptions, les circonstances et la fréquence des rapports sexuels contraints chez les adolescents ont fait l'objet d'études à différentes échelles communautaires (Biglan et coll., 1995 ; Poitras et Lavoie, 1995 ; Bennett et Fineran 1998 ; Dickson et coll., 1998 ; Jordan et coll., 1998 ; Uzan, 1998). En France, la fréquence de « rapports sexuels sous la contrainte » signalés par 15,4 % des filles interrogées dans le cadre de l'enquête ACSJ, est préoccupante. Ils concernent plus les adolescentes hors du système scolaire ou dans des filières dévalorisées, donc ils sont liés à des situations de précarité sociale. Une recherche sur la sexualité des jeunes dans les cités de banlieue parisienne signale l'existence de viols collectifs habituels qui échappent à la pénalisation (Coppel et coll., 1993). Ce fait est mentionné de nouveau dans un rapport sur les violences sexuelles envers les mineurs et les grossesses des adolescentes à partir des données d'un service de gynécologie-obstétrique de la banlieue parisienne (Uzan, 1998) ; dans ce rapport, 11 % de viols collectifs sont recensés parmi les cas de sévices sexuels subis par des mineurs et l'auteur fait remarquer que seulement 10 % des abus sexuels sur mineurs sont signalés aux autorités judiciaires. Les grossesses non désirées ont souvent comme origine des rapports sexuels contraints, ce qu'attestent les recherches nord-américaines (Beyer et Ogletree, 1998 ; Elders et Albert, 1998). Aux États-Unis, la situation est encore plus alarmante : 40 % des filles disent avoir subi une contrainte sexuelle durant l'enfance et, sur la base

d'enquêtes et de données criminelles, le nombre de femmes violées est estimé à 25 % (Anderson et coll., 1997). Ainsi, après plus d'une décennie de focalisation sur le risque de sida, il faudrait se baser sur les données chiffrées qui signalent les risques les plus fréquents en population adolescente, remettre l'accent sur la contraception et définir une stratégie cohérente pour lutter contre la violence sexuelle dès l'école primaire (Wood et coll., 1998), ce qui passe par une analyse des lacunes et des insuffisances des rares programmes existants (Colin et Suzzarini, 1993).

En conclusion, bien que toutes les évaluations soient faites sur du déclaratif, ce qui constitue leur limite indépassable, la cohérence des données au fil du temps, dans les différents pays, atteste que ce déclaratif signale des évolutions réelles dans le sens d'une meilleure prévention du risque sexuel chez les adolescents. La persistance d'un nombre important de grossesses précoces aux États-Unis et, à un moindre degré, en Grande-Bretagne, signale une limite des programmes, compte tenu du fait que ces grossesses ne sont pas distribuées également dans toutes les classes sociales et qu'elles sont souvent liées à des abus sexuels.

La prévention des risques sexuels doit s'inscrire dans une perspective de santé sexuelle, qui prenne en compte l'importance de la sexualité pour le bien-être physique et affectif (Graham, 1994), en fonction des orientations et des ressources de chacun. L'autre option, moralisatrice, serait d'utiliser la menace des risques sexuels, pour imposer des modèles restrictifs, promouvoir une forme de police sexuelle. La prévention en France a toujours évité de suivre une telle orientation, mais nous la voyons faire florès aux États-Unis, notamment, non sans rencontrer des oppositions très argumentées.

À côté des programmes d'éducation aux risques sexuels, il existe un environnement législatif et réglementaire qui peut engendrer des dynamiques de changement. Ainsi, la volonté politique actuelle en France de remettre la question de la contraception et de l'avortement sur l'agenda et d'en faire une priorité en communication sur la santé, ainsi que l'autorisation donnée aux infirmières scolaires de délivrer la « pilule du lendemain » (Norlevo) dans l'enseignement secondaire (MEN, 2000), ont contribué à animer un débat sur le contrôle des naissances, notamment chez les jeunes. La presse générale s'en est largement fait l'écho. Ces mesures qui devraient être utiles au changement des mentalités et des conduites ont été très controversées. Elles ont même été contestées dans leur légalité par certaines associations familiales et suspendues par le Conseil d'État en juin 2000. Une proposition de loi, dans laquelle figure cette autorisation donnée aux infirmières scolaire, a été adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 5 octobre 2000.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM C, SHEERAN P. Modelling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behaviour ; a review of theories, findings and educational implications. *Patient Educ Counseling* 1994, **23** : 173-186
- ABRAHAM C, WIGHT D. Developing HIV-preventive behavioural interventions for young people in Scotland. *Int J STD AIDS* 1996, **7** : S39-S42
- ANDERSON V, REIS J, STEPHENS Y. Male and female adolescents' perceived interpersonal communication skills according to history of sexual coercion. *Adolescence* 1997, **32** : 419-427
- ANRS. *Les jeunes face au sida : de la recherche à l'action. Une synthèse des enquêtes et des recherches françaises*. Editions ANRS, Paris 1993 : 128 p
- APPLEGATE M. Aids education for adolescents : a review of the literature. *J HIV/AIDS Prev Educ Adolesc Child* 1998, **2** : 5-29
- ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Editions CFES, Paris, 1998 : 328 p
- ATWOOD JD. AIDS in African American and Hispanic adolescents : a multisystemic approach. *Am J Family Ther* 1993, **21** : 333-351
- AUBRY C, SCHWEITZER M, DESCHAMPS JP. Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch Fr Pédiatr* 1988, **45** : 845-849
- AUSLANDER WF, SLONIM-NEVO V, ELZE D, SHERRADEN M. HIV prevention for youths in independent living programs : expanding life options. *Child Welfare* 1998, **77** : 208-221
- BAJOS N, et l'équipe GINE. Accès à la contraception et à l'IVG. Rapport de recherche Inserm-CNRS, CRESF, 2001
- BAKER SA, MORRISON DM, CARTER WB, VERDON MS. Using the Theory of Reasoned Action (TRA) to understand the decision to use condoms in an STD clinic population. *Health Educ Q* 1996, **23** : 528-542
- BALDWIN JA, ROLF JE, JOHNSON J, BOWERS J, BENALLY C, TROTTER RT. Developing culturally sensitive HIV/AIDS and substance abuse prevention curricula for Native American youth. *J Sch Health* 1996, **66** : 322-327
- BASEN-ENGQUIST K, MASSE LC, COYLE K, KIRBY D, PARCEL GS et coll. Validity of scales measuring the psycho-social determinants of HIV/STD-related risk behavior in adolescents. *Health Educ Res* 1999, **14** : 25-38
- BEITZ JM. Sexual health promotion in adolescents and young adults : primary prevention strategies. *Holis Nurs Pract* 1998, **12** : 27-37
- BENNETT L, FINERAN S. Sexual and severe physical violence among high school students. Power beliefs, gender, and relationship. *Am J Orthopsychiatry* 1998, **68** : 645-652
- BEYER CE, OGLETREE RJ. Sexual coercion content in 21 sexuality education curricula. *J Sch Health* 1998, **68** : 370-375

- BIGLAN A, NOELL J, OCHS LM, SMOLKOWSKI K, METZLER C. Does sexual coercion play a role in the high-risk sexual behavior of adolescent and young adult women ? *J Behavior Med* 1995, **18** : 549-568
- BILLET D, SHELLY M. La prévention du Sida et la politique du ministère de la jeunesse et des sports. *La Santé de l'Homme* 1996, **326** : 57-59
- BLAIR J. Condom availability in schools. *J Adolesc Health* 1993, **14** : 565-568
- BLAIR JE, HEIN K. Public policy implications of HIV/AIDS in adolescents. *Future of Children* 1994, **4** : 73-93
- BONNIN F, MICHAUD C. Bandes dessinées et prévention des MST et du sida. Analyse critique de 7 documents. *Hygie* 1993, **12** : 16-19
- BOURDON B, TIERNEY S, HUBA GJ, LOTHROP J, MELCHIOR LA et coll. Health Initiatives for Youth : a model of youth/adult partnership approach to HIV/AIDS services. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 71-82
- BOYER CB, KEGELES SM. AIDS risk and prevention among adolescents. *Soc Sci Med* 1991, **33** : 11-23
- BROMHAM DR, OLOTO EJ. Trying to prevent abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997, **2** : 81-87
- BROWN LK, DICLEMENTE RJ, REYNOLDS LA. HIV prevention for adolescents : utility of the Health Belief Model. *AIDS Educ Prev* 1991, **3** : 50-59
- BUYSSE A. Adolescents, young adults and AIDS : a study of actual knowledge vs perceived need for additional information. *J Youth Adolesc* 1996, **25** : 259-271
- CAHILL JM. Health Works : Interactive AIDS education videogames. *Computers in Human Services* 1994, **11** : 159-176
- CHOI KH, COATES TJ. Prevention of HIV infection. *AIDS* 1994, **8** : 1371-1389
- COHALL AT. A report card to the nation on adolescents and sexually transmitted diseases. *Prev Med* 1993, **22** : 561-567
- COHEN P. The role of the school nurse in providing sex education. *Nurs Times* 1994, **90** : 36-38
- COLIN L, SUZZARINI JM. Interrogations critiques sur le programme de prévention des abus sexuels : « Mon corps, c'est mon corps ». *Lettre du GRAPE* 1993, **13** : 33-41
- COLEMAN LM, INGHAM R. Exploring young people's difficulties in talking about contraception : how can we encourage more discussion between partners ? *Health Educ Res* 1999, **14** : 741-750
- COMMITTEE ON ADOLESCENCE - American Academy of Pediatrics. Condom availability for youth. *Pediatrics* 1995, **95** : 281-285
- COPPEL A, BOULLENGER N, BOUHNIK P. Les réseaux d'échange sexuel et de circulation de l'information en matière de sexualité chez les jeunes des quartiers à risque. Rapport GRASS/ANRS 1993 : 117 p
- COYLE K, KIRBY D, PARCEL GS, BASEN-ENGQUIST K, BANSPACH S, RUGG D, WEIL M. Safer Choices : a multicomponent school-based HIV/STD and pregnancy prevention program for adolescents. *J Sch Health* 1996, **66** : 89-94

- CREATSAS G. Sexuality : sexual activity and contraception during adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993, **5** : 774-783
- CROSBY RA. Combating the illusion of adolescent invincibility to HIV/AIDS. *J Sch Health* 1996, **66** : 186-190
- DE PERETTI C, KARSENTI M, LESELBAUM N. La prévention du sida en milieu scolaire. Recommandations. In : *La prévention du sida en milieu scolaire : guide ressource des actions d'éducation pour la santé liées à la prévention du sida menées dans les lycées et les collèges*. AFLS et INRP édés, 1993 : 155-157
- DEAS-NESMITH D, BRADY KT, WHITE R, CAMPBELL S. HIV-risk behaviors in adolescent substance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1999, **16** : 169-172
- DENMAN S, GILLIES P, WILSON S, WIJEWARDENE K. Sex education in schools : an overview with recommendations. *Public Health* 1994, **108** : 251-256
- DENNEHY EB, EDWARDS CA, KELLER RL. AIDS education intervention utilizing a person with AIDS : examination and clarification. *AIDS Educ Prev* 1995, **7** : 124-133
- DGS (Direction générale de la Santé – Division sida). Prévention du sida, éducation à la sexualité, éducation à la santé, éducation globale. Note d'orientation émanant du Comité des directeurs de la lutte contre le sida, 1997 : 15 p
- DHILLON HS, O'BYRNE D, KOLBE L, BALDO M, JONES JT. Mobilizing support to strengthen the role of schools in preventing HIV infection, STD and other significant health problems. *Hygie* 1993, **12** : 20-21
- DICK B, WARREN C, JONES J, DAVIDSON D, JHA S. Developing and implementing school health services to address HIV/AIDS. *Hygie* 1993, **12** : 28-30
- DICKSON N, PAUL C, HERBISON P, SILVA P. First sexual intercourse : age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *BMJ* 1998, **316** : 29-33
- DICLEMTE RJ, BROWN LK. Expanding the pediatrician's role in HIV prevention for adolescents. *Clin Pediatr* 1994, **33** : 235-240
- DICLEMTE RJ. Preventing HIV/AIDS among adolescents. Schools as agents of behavior change. *JAMA* 1993, **270** : 760-762
- DIORIO C, KELLEY M, HOCKENBERRY-EATON M. Communication about sexual issues : mothers, fathers, and friends. *J Adolesc Health* 1999, **24** : 181-189
- DONOVAN P. School-based sexuality education : the issues and challenges. *Fam Plann Perspect* 1998, **30** : 188-193
- DOTTERER S, AXIOTIS IR. Sex-tac-toe. *J Am Coll Health* 1994, **43** (3) : 137-139
- EARL DT. Reexamination of the paradigm of HIV risk reduction in adolescents. *J Am Osteopathic Assoc* 1995, **95** : 725-728
- ELDERS MJ, ALBERT AE. Adolescent pregnancy and sexual abuse. *JAMA* 1998, **280** : 648-649
- EVANS AE, EDMUNSON-DRANE EW, HARRIS KK. Computer-assisted instruction : an effective instructional method for HIV prevention education ? *J Adolesc Health* 2000, **26** : 244-251

- FELICE ME and the Committee on Adolescence 1998-1999 of the American Academy of Pediatrics. Adolescent pregnancy – current trends and issues : 1998. *Pediatrics* 1999, **103** : 516-520
- FENNELL R. Using humor to teach responsible sexual health decision making and condom comfort. *J Am Coll Health* 1993, **42** : 37-39
- FERRON C, LAURENT-BEQ A. *Parler du sida avec les adolescents-Une histoire d'amour*. Éditions CFES, Paris 1994 : 154 p
- FEUDO R, VINING-BETHEA S, SHULMAN LC, SHEDLIN MG, BURLESON JA. Bridgeport's Teen Outreach and Primary Services (TOPS) project : a model for raising community awareness about adolescent HIV risk. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 49-58
- FINAN SL. Promoting healthy sexuality : guidelines for the school-age child and adolescent. *Nurse Practitioner* 1997, **22** : 62-65-71
- FORD CA, MOSCICKI AB. Control of sexually transmitted diseases in adolescents : the clinician's role. *Adv Pediatr Infect Dis* 1995, **10** : 263-305
- FORTENBERRY JD. Adolescent substance use and sexually transmitted diseases risk : a review. *J Adolesc Health* 1995, **16** : 304-308
- GEIGER BF, TIERNEY MA. My guardian angel : A learning exercise for adolescent AIDS education. *AIDS Educ Prev* 1996, **8** : 86-91
- GENUIS SJ, GENUIS SK. Orgasm without organisms : science or propaganda ? *Clin Pediatr* 1996, **35** : 10-17
- GILBERT S. Is the message getting across ? Effectiveness of health education at informing young people about HIV and AIDS. *Professional Nurse* 1994, **9** : 765-769
- GOLD RS, ROSENTHAL DA. Examining self-justifications for unsafe sex as a technique of AIDS education : the importance of personal relevance. *Int J STD AIDS* 1998, **9** : 208-213
- GRAHAM CA. AIDS and the adolescent. *Int J STD AIDS* 1994, **5** : 305-309
- GUILLEMARD JC. Prévention du sida à l'école : rôle des organisations internationales et situation dans plusieurs pays européens. École et sida. *Psychologie et Education-Dourdan* 1993, **15** : 15-26
- HACKER KA, AMARE Y, STRUNK N, HORST L. Listening to youth : teen perspectives on pregnancy prevention. *J Adolesc Health* 2000, **26** : 279-288
- HAIGNERE CS, GOLD R, MCDANEL HJ. Adolescent abstinence and condom use : are we sure we are really teaching what is safe ? *Health Educ Behav* 1999, **26** : 43-54
- HARPER GW, CARVER LJ. « Out-of-the-mainstream » youth as partners in collaborative research : exploring the benefits and challenges. *Health Educ Behav* 1999, **26** : 250-265
- HARVEY J. Design of a comic book intervention for gay male youth at risk for HIV. *Journal of Biocommunication* 1997, **24** : 16-24
- HEIN K. « Getting real » about HIV in adolescents. *Am J Public Health* 1993, **83** : 492-494
- HILLARD PJ. Family planning in the teen population. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993, **5** : 798-804

HILTABIDDLE SJ. Adolescent condom use, the Health Belief Model, and the prevention of sexually transmitted disease. *JOGNN* 1996, **25** : 61-66

HOLTGRAVE DR, QUALLS NL, CURRAN JW, VALDISERRI RO, GUINAN ME, PARRA WC. An overview of the effectiveness and efficiency of HIV prevention programs. *Public Health Rep* 1995, **110** : 134-146

ISAKSSON A, BAHRI S, O'BYRNE D, CHOWDHUNG S, REINDERS J, FRASER K. Developing and implementing school policies to address HIV infection and other health policies. *Hygie* 1993, **12** : 23-24

JANZ NK, ZIMMERMAN MA, WREN PA, ISRAEL BA, FREUDENBERG N, CARTER RJ. Evaluation of 37 AIDS prevention projects : successful approaches and barriers to program effectiveness. *Health Educ Q* 1996, **23** : 80-97

JOBANPUTRA J, CLACK AR, CHEESEMAN GJ, GLASIER A, RILEY SC. A feasibility study of adolescent sex education : medical students as peer educators in Edinburgh schools. *Br J Obstet Gynaecol* 1999, **106** : 887-891

JOFFE A, RADIUS SM. Self-efficacy and intent to use condoms among entering college freshmen. *J Adolesc Health* 1993, **14** : 262-268

JORDAN TR, PRICE JH, TELLJOHANN SK, CHESNEY BK. Junior high school students' perceptions regarding nonconsensual sexual behavior. *J Sch Health* 1998, **68** : 289-296

KANTOR LM, YOEST CC. Should condoms be distributed in schools ? *Alabama Medicine* 1995, **64** : 14-17

KAY LE. Adolescent sexual intercourse. Strategies for promoting abstinence in teens. *Postgrad Med* 1995, **97** : 121-7, 132

KHOUZAM HR. Promotion of sexual abstinence : reducing adolescent sexual activity and pregnancies. *Southern Med J* 1995, **88** : 709-711

KIM N, STANTON B, LI X, DICKERSIN K, GALBRAITH J. Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions : a quantitative review. *J Adolesc Health* 1997, **20** : 204-215

KINSMAN SB, ROMER D, FURSTENBERG FF, SCHWARZ DF. Early sexual initiation : the role of peer norms. *Pediatrics* 1998, **102** : 1185-1192

KIRBY D. Sex and HIV/AIDS education in schools. Have a modest but important impact on sexual behaviour. *BMJ* 1995, **311** : 403-403

KIRBY D. Sexuality and sex education at home and school. *Adolesc Med* 1999a, **10** : 195-209

KIRBY D. Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *J Sch Health* 1999b, **69** : 89-94

KIRBY D, BRENER ND, BROWN NL, PETERFREUND N, HILLARD P, HARRIST R. The impact of condom distribution in Seattle schools on sexual behavior and condom use. *Am J Public Health* 1999, **89** : 182-187

KIRBY D, SHORT L, COLLINS J, RUGG D, KOLBE LJ, HOWARD M, MILLER B, SONENSTEIN E, ZABIN LS. School-based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness. *Public Health Rep* 1994, **109** : 339-360

KLITSCH M. Proportion of high school students receiving AIDS instruction increases, while risky behavior declines. *Fam Plann Perspect* 1994, **26** : 144-145

KYMAN W. Into the 21st century : renewing the campaign for school-based sexuality education. *J Sex Marital Ther* 1998, **24** : 131-137

LANGER LM, TUBMAN JG. Risky sexual behavior among substance-abusing adolescents : psychosocial and contextual factors. *Am J Orthopsych* 1997, **67** : 315-322

LAUB C, SOMERA DM, GOWEN LK, DIAZ RM. Targeting « risky » gender ideologies : constructing a community-driven, theory-based HIV prevention intervention for youth. *Health Educ Behav* 1999, **26** : 185-199

LAGRANGE H, LHOMOND B et le groupe ACSJ. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Collection Recherches, Éditions La Découverte, Paris 1997 : 431 p

LAGRANGE H, LHOMOND B and the ACSJ team. Condom use among 15 to 18 year-olds in France : changes in behaviour over time. In : *Aids in Europe : new challenges for the social sciences*. Moatti JP, Souteyrand Y, Prieur A, Sandfort T, Aggleton P, eds. Routledge, London and New York 2000 : 103-118

LEAR D. Sexual communication in the age of AIDS : the construction of risk and trust among young adults. *Soc Sci Med* 1995, **41** : 1311-1323

LERT F, SPENCER B, LERT H. La prévention du sida chez les jeunes. *Revue Française des Affaires Sociales* 1993, **47** : 137-155

LEVINSON S. L'organisation temporelle des premières relations sexuelles. In : *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Lagrange H, Lhomond B, dir. Collection Recherches, Éditions La Découverte, Paris 1997 : 227-256

LEVY JJ, FRIGAULT LR, SAMSON JM, DUPRAS A, CAPPON P. Prédicteurs des comportements sexuels à risque face au sida chez un groupe d'étudiants universitaires hétérosexuels de Montréal. *Contraception, Fertilité, Sexualité* 1994, **22** : 123-128

LINDELL ME, OLSSON HM. Students opinions about sex education in a Swedish school region. *Scand J Soc Med* 1993, **21** : 203-210

LOLLIS CM, JOHNSON EH, ANTONI MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : 551-563

LYMAN C, ENGSTROM EL. HIV and sexual health education for women. *New Directions for Student Services* 1996, **57** : 23-37

MAHLER K. Condom availability in the schools : lessons from the courtroom. *Fam Plann Perspect* 1996a, **28** : 75-77

MAHLER K. Delay in first sex is seen among British teenagers in sex education program. *Fam Plann Perspect* 1996b, **28** : 83-84

MAHONEY CA, THOMBS DL, FORD OJ. Health belief and self-efficacy models : Their utility in explaining college student condom use. *AIDS Educ Prev* 1995, **7** : 32-49

MANDERSCHIED JC, GALICHET F, AVENTURIN E. La réflexion sur le sida comme question philosophique : une expérience d'enseignement. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 45-52

- MATHEWS C, EVERETT K, BINEDELL J, STEINBERG M. Learning to listen : Formative research in the development of AIDS education for secondary school students. *Soc Sci Med* 1995, **41** : 1715-1724
- MATZEN JL. Assessment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome audiovisual materials designed for grades 7 through 12. *J Pediatr Nurs* 1995, **10** : 114-120
- MAWER C. Preventing teenage pregnancies, supporting teenage mothers. *BMJ* 1999, **318** : 1713-1714
- MCEWAN R, BHOPAL R, ATKINSON A. AIDS and sex education in Newcastle schools : policy, priority and obstacles. *Health Educ J* 1994, **53** : 15-27
- MCNAIR LD, CARTER JA, WILLIAMS MK. Self-esteem, gender, and alcohol use : relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. *J Sex Marital Ther* 1998, **24** : 29-36
- MELLANBY A, PEARSON VA, TRIPP JH. Preventing teenage pregnancy. *Arch Dis Child* 1997, **77** : 459-462
- MELLANBY A, PHELPS F, TRIPP JH. Sex education : more is not enough. *J Adolesc* 1992, **15** : 449-466
- MEN (ministère de l'Éducation nationale). Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement. *Bull Off Educ Nat* 2000, **HS 1**
- MEREMANS P. *L'éducation affective et sexuelle des adolescents dans le contexte de l'épidémie du sida*. Thèse de anté publique, spécialité éducation pour la santé, UCL, Bruxelles 1997
- MEREMANS P, SACE C, BRASSEUR P, DECCACHE A. Modalités et perspectives de prévention du sida parmi les enseignants des écoles secondaires de la ville de Namur. *Santé Publique* 1997, **9** : 475-482
- MICKLER SE. Perceptions of vulnerability : Impact on AIDS-preventive behavior among college adolescents. *AIDS Educ Prev* 1993, **5** : 43-53
- MILLER KS, KOTCHICK BA, DORSEY S, FOREHAND R, HAM AY. Family communication about sex : what are parents saying and are their adolescents listening ? *Fam Plann Perspect* 1998a, **30** : 218-22, 23
- MILLER KS, LEVIN ML, WHITAKER DJ, XU X. Patterns of condom use among adolescents : the impact of mother-adolescent communication. *Am J Public Health* 1998b, **88** : 1542-1544
- MILLSTEIN SG, IGRA V, GANS J. Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians. *J Adolesc Health* 1996, **19** : 249-257
- MOLBERT W, BOYER CB, SHAFER MA. Implementing a school-based STD/HIV prevention intervention : collaboration between a university medical center and an urban school district. *J Sch Health* 1993, **63** : 258-261
- MOREAU-GRUET F, FERRON C, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F. Adolescent sexuality : the gender gap. *AIDS Care* 1996, **8** : 641-653

MORSE EV, MORSE PM, BURCHFIEL KE, ZEANAHD PD. Behavioral factors affecting HIV prevention for adolescent and young adult IDUs. *J Assoc Nurses Aids Care* 1998, **9** : 77-90

MULVIHILL CK. AIDS education for college students : Review and proposal for a research-based curriculum. *AIDS Educ Prev* 1996, **8** : 11-25

NARBONI F. Réflexions et actions entreprise par la direction des lycées et des collèges. École et sida. *Psychologie et Éducation-Dourdan* 1993, **15** : 101-106

NICOLL A, CATCHPOLE M, CLIFFE S, HUGHES G, SIMMS I, THOMAS D. Sexual health of teenagers in England and Wales : analysis of national data. *BMJ* 1999, **318** : 1321-1322

NITZ K. Adolescent pregnancy prevention : a review of interventions and programs. *Clin Psychol Rev* 1999, **19** : 457-471

OAKLEY A, FULLERTON D, HOLLAND J, ARNOLD S, FRANCE-DAWSON M et coll. Sexual health education interventions for young people : a methodological review. *BMJ* 1995, **310** : 158-162

OGLETREE RJ, RIENZO BA, DROLET JC, FETRO JV. An assessment of 23 selected school-based sexuality education curricula. *J Sch Health* 1995, **65** : 186-191

PAICHELER G. Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. *Sciences Sociales et Santé* 1997, **15** : 39-71

PAICHELER G. Perception of HIV risk and preventive strategies : a dynamic analysis. *Health* 1999, **3** : 47-69

PAICHELER G. Understanding risk management : towards an integration of individual, interactive and social levels. In : *Aids in Europe : new challenges for the social sciences*. Moatti JP, Souteyrand Y, Prieur A, Sandfort T, Aggleton P, eds. Routledge, London and New York 2000 : 247-259

PAULUSSEN T, KOK G, SCHAALMA H. Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools. *Health Educ Res* 1994, **9** : 485-496

PEERSMAN GV, LEVY JA. Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. *AIDS* 1998, **12** : S191-S196

PETOSA R, JACKSON K. Using the Health Belief Model to predict safer sex intentions among adolescents. *Health Educ Q* 1991, **18** : 463-476

PETOSA R, WESSINGER J. The AIDS education needs of adolescents : a theory-based approach. *AIDS Educ Prev* 1990, **2** : 127-136

PIERCY FP, TREPPER T, JURICH J. The role of family therapy in decreasing HIV high-risk behaviors among adolescents. *AIDS Educ Prev* 1993, **5** : 71-86

POITRAS M, LAVOIE F. A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Quebec sample. *Violence Vict* 1995, **10** : 299-313

PORTER LS. Reducing teenage and unintended pregnancies through client-centered and family-focused school-based family planning programs. *J Pediatr Nurs* 1998, **13** : 158-163

- POTSONEN R, KONTULA O. Adolescents' knowledge and attitudes concerning HIV infection and HIV-infected persons : how a survey and focus group discussions are suited for researching adolescents' HIV/AIDS knowledge and attitudes. *Health Educ Res* 1999, **14** : 473-484
- PRE F. Actions de prévention MST-sida en milieu scolaire : enquête auprès de 100 intervenants, Rhône, 1995. *Santé Publique* 1996, **8** : 215-232
- REMAFEDI G. Cognitive and behavioral adaptations to HIV/AIDS among gay and bisexual adolescents. *J Adolesc Health* 1994, **15** : 142-148
- RICHARD R, VAN DER PLIGT J, DE VRIES N. Anticipated affective reactions and prevention of AIDS. *Br J Soc Psychol* 1995, **34** (Pt 1) : 9-21
- RIGSBY DC, MACONES GA, DRISCOLL DA. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers : a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998, **11** : 115-126
- ROBENSTINE C. HIV Education at the Secondary Level : An urgent Necessity. *NASSP Bulletin* 1993, **77** : 9-16
- ROBENSTINE C. HIV/AIDS education for adolescents : school policy and practice. *Clearing House* 1994, **67** : 229-232
- RODRICK-ATHANS L, BHAVNAGRI NP. Strategies for overcoming obstacles in AIDS education for preteens. *Childhood Education* 1997, **73** : 70-76
- RODRIGUEZ M, YOUNG R, RENFRO S, ASENCIO M, HAFFNER DW. Teaching Our Teachers To Teach : A SIECUS study on training and preparation for HIV/AIDS prevention and sexuality education. *SIECUS Report* 1996, **28** : 15-23
- ROMER D, BLACK M, RICARDO I, FEIGELMAN S, KALJEE L et coll. Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *Am J Public Health* 1994, **84** : 977-985
- ROTHERAM-BORUS MJ, REID H, ROSARIO M. Factors mediating changes in sexual HIV risk behaviors among gay and bisexual male adolescents. *Am J Public Health* 1994, **84** : 1938-1946
- RUDELIC-FERNANDEZ D. L'impact de la prévention sur la précocité sexuelle. *Le Journal du sida-Transcriptase* 1996 (Vancouver*numéro spécial ANRS) : 16-18
- SAHAI V, DEMEYERE P. Sexual health : are we targeting the right age groups ? *Can J Public Health* 1996, **87** : 40-41
- SANTELLI JS, WARREN CW, LOWRY R, SOGOLOW E, COLLINS J et coll. The use of condoms with other contraceptive methods among young men and women. *Fam Plann Perspect* 1997, **29** : 261-267
- SANTELLI JS, DICLEMENTE RJ, MILLER KS, KIRBY D. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med* 1999, **10** : 87-108
- SCHONFELD DJ. Talking with elementary school-age children about AIDS and death : principles and guidelines for school nurses. *J Sch Nurs* 1996, **12** : 26-32
- SCOTT JL, GIETD A, DIMITRIEVICH E. A community medicine project involving an educational session in sexually transmitted diseases for high school students. *S D J Med* 1998, **51** : 345-346

SEAL DW, KELLY JA, BLOOM FR, STEVENSON LY, COLEY BI, BROYLES LA. HIV prevention with young men who have sex with men : what young men themselves say is needed. *AIDS care* 2000, **12** : 5-26

SECHRIST W. Personalizing HIV infection : moving students closer to believing... « This could actually happen to me ! ». *J HIV/AIDS Prev Educ Adolesc Child* 1997, **1** : 105-108

SMITH KW, MCGRAW SA, COSTA LA, MCKINLAY JB. A self-efficacy scale for HIV risk behaviors : development and evaluation. *AIDS Educ Prev* 1996, **8** : 97-105

SMITH ML, MINDEN D, LEFEBVRE A. Knowledge and attitudes about AIDS and AIDS education in elementary school students and their parents. *J Sch Psychol* 1993, **31** : 281-292

SONENSTEIN FL, KU L, LINDBERG LD, TURNER CF, PLECK JH. Changes in sexual behavior and condom use among teenaged males : 1988 to 1995. *Am J Public Health* 1998, **88** : 956-959

STANTON B, KIM N, GALBRAITH J, PARROTT M. Design issues addressed in published evaluations of adolescent HIV-risk reduction interventions : a review. *J Adolesc Health* 1996, **18** : 387-396

STANTON BF, LI X, GALBRAITH J, CORNICK G, FEIGELMAN S, KALJEE L, ZHOU Y. Parental underestimates of adolescent risk behavior : a randomized, controlled trial of a parental monitoring intervention. *J Adolesc Health* 2000, **26** : 18-26

STOUT JW, KIRBY D. The effects of sexuality education on adolescent sexual activity. *Pediatr Ann* 1993, **22** : 120-126

STRYKER J, SAMUELS SE, SMITH MD. Condom availability in schools : The need for improved program evaluations. *Am J Public Health* 1994, **84** : 1901-1906

STURDEVANT MS, KOHLER CL, WILLIAMS LF, JOHNSON JE. The University of Alabama Teenage Access Project : a model for prevention, referrals, and linkages to testing for high-risk young women. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 107-114

TENNER AD, TREVITHICK LA, WAGNER V, BURCH R. Seattle Youth Care's prevention, intervention, and education program : a model of care for HIV-positive, homeless, and at-risk youth. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 96-106

THOMSON C, CURRIE C, TODD J, ELTON R. Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15 + 16 year olds, 1990-1994 : findings from the WHO : Health behaviour and school-aged children study (HBSC). *Health Educ Res* 1999, **14** : 357-370

THOMSON R. Prevention, promotion and adolescent sexuality : the politics of school sex education in England and Wales. *Sex Marital Ther* 1994, **9** : 115-126

TOBIAS BB, RICER RE. Counseling adolescents about sexuality. *Prim Care* 1998, **25** : 49-70

TRAD PV. Adolescent pregnancy : an intervention challenge. *Child Psychiatry et Human Development* 1993, **24** : 99-113

154 TRAD PV. Assessing the patterns that prevent teenage pregnancy. *Adolescence* 1999, **34** : 221-240

- TRIPP JH, MELLANBY A, PHELPS F, CURTIS HA, CRICHTON NJ. A method for determining rates of sexual activity in schoolchildren. *AIDS Care* 1994, **6** : 453-457
- TURNER A, SINGLETON N, EASTERBROOK S. Developing sexual health software incorporating user feedback : a British experience. Using computer software to reduce personal health risks : HIV/STD applications. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 102-120
- UNKS G. Will Schools risk teaching about the risk of AIDS ? *Clearing House* 1996, **69** : 205-210
- UZAN M. Prévention et prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport remis à la Direction générale de la santé. AP/HP, Inserm U361. Paris, avril 1998
- VAN DER PLIGT J, RICHARD R. Changing adolescents' sexual behaviour : perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Educ Counseling* 1994, **23** : 187-196
- WELLINGS K, WADWORTH J, JOHNSON AM, FIELD J, WHITAKER L, FIELD B. Provision of sex education and early sexual experience : the relation examined. *BMJ* 1995, **311** : 417-420
- WELLINGS K, FIELD B. Sexual behaviour in young people. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996, **10** : 139-160
- WELLINGS K, KANER. Trends in teenage pregnancy in England and Wales : how can we explain them ? *J R Soc Med* 1999, **92** : 277-282
- WHALEY AL. Preventing the high-risk sexual behavior of adolescents : focus on HIV/AIDS transmission, unintended pregnancy, or both ? *J Adolesc Health* 1999, **24** : 376-382
- WIGHT D, ABRAHAM C. From psycho-social theory to sustainable classroom practice : developing a research-based teacher-delivered sex education programme. *Health Educ Res* 2000, **15** : 25-38
- WINETT RA, ANDERSON ES. HIV prevention in youth : a framework for research and action. *Adv Clin Child Psychol* 1994, **16** : 1-43
- WINN S, ROKER D, COLEMAN J. Knowledge about puberty and sexual development in 11-16 year-olds : Implications for health and sex education in schools. *Educational Studies* 1995, **21** : 187-201
- WITTE K. Preventing teen pregnancy through persuasive communications : realities, myths, and the hard-fact truths. *J Community Health* 1997, **22** : 137-154
- WOOD K, MAFORAH F, JEWKES R. « He forced me to love him » : putting violence on adolescent sexual health agendas. *Soc Sci Med* 1998, **47** : 233-242
- WYN J. Young women and sexually transmitted diseases : the issues for public health. *Aust J Public Health* 1994, **18** : 32-39
- YANG M. Adolescent sexuality and its problems. *Ann Acad Med Singapore* 1995, **24** : 736-740
- ZACCONE-TZANNETAKIS PR. We can protect ourselves : a rhyming puppet show about HIV prevention. *J Sch Health* 1995, **65** : 152-154
- ZIBALESE-CRAWFORD M. A creative approach to HIV/AIDS programs for adolescents. *Soc Work Health Care* 1997, **25** : 73-88

7

Prévention des risques liés à la consommation de produits psychoactifs

Les substances dites psychoactives sont celles qui induisent des effets pharmacologiques, diversifiés en nature et en intensité, modifiant l'activité du système nerveux central. La consommation de ces substances comporte en outre le risque, variable selon les produits, de développer une dépendance. Les classifications des produits diffèrent suivant qu'elles considèrent la nature de leurs effets pharmacologiques, leurs propriétés d'induction d'une dépendance et les risques de surdose ou leur dangerosité sociale (accidents, violence...). Le tabac, l'alcool et maintenant aussi le cannabis sont les trois produits les plus consommés par les jeunes. L'héroïne et la cocaïne restent des produits peu expérimentés par les adolescents, en France moins de 1 % des jeunes de 14 à 18 ans en ont consommé.

Au vu des différences entre les modes d'approche, à la fois des phénomènes de consommation et de la prévention, on propose d'analyser dans un premier temps la littérature internationale en fonction des produits. Les actions d'éducation menées en France auprès des jeunes publics pour la prévention des consommations de substances psychoactives seront examinées plus spécifiquement dans un second temps.

Tabac

La prévention du tabagisme est jugée prioritaire à plusieurs titres : le tabagisme est de toute évidence le comportement à risque qui cause le plus de décès à terme (Payne Epps et coll., 1995) ; le tabac est une drogue introductive (*gateway drug*) à d'autres produits, comme le cannabis et l'alcool (Torabi et coll., 1993) ; une augmentation, d'ailleurs inexplicquée, du tabagisme féminin est observée (Patton et coll., 1998). Les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes existent depuis les années cinquante. Dès le début, ces actions se sont surtout situées dans une perspective de prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers ; plus récemment s'y est ajoutée la prévention des toxicomanies.

Processus de tabagisme

Le processus de tabagisme qui mène jusqu'à la dépendance à la nicotine peut être décomposé en cinq étapes :

- une étape préparatoire, durant laquelle les attitudes et croyances favorables (ou défavorables) au tabac se développent ;
- l'initiation au tabac, souvent dans le cadre des groupes de pairs, qui concerne l'essai des premières cigarettes ;
- une phase expérimentale durant laquelle on fume irrégulièrement et dans des situations spécifiques (rencontres entre jeunes, fêtes...) ;
- une phase de consommation régulière sans dépendance ;
- une phase de dépendance avec consommation quotidienne.

La majorité des actions de prévention ont pour objectif soit d'éviter ou de retarder l'initiation au tabac et donc d'intervenir avant le début du processus, soit d'aider à l'arrêt du tabagisme et donc intervenir en fin de processus.

Dans le premier cas, les actions se situent au niveau individuel, familial ou collectif. Au niveau individuel, les intervenants visent la modification des attitudes face au tabac (Porcellato et coll., 1999), la résistance face à l'offre familiale et surtout amicale, le retard de la première cigarette (Smith et coll., 1994) ; au niveau familial, l'arrêt du tabagisme parmi les parents des enfants jeunes (Charlton, 1996 ; Farkas et coll., 1999) ; au niveau collectif, l'interdiction de la vente aux mineurs (Altman et coll., 1999), l'interdiction de fumer dans les écoles ou les lieux publics et l'augmentation du prix du tabac (Lewitt et coll., 1997). Les facteurs qui influent sur le début du processus diffèrent non seulement selon le sexe (Killen et coll., 1997 ; Patton et coll., 1996) et le statut scolaire (Hu et coll., 1998 ; DiFranza et Librett, 1999), mais évoluent aussi d'une génération à une autre (Perez-Stable et Fuentes-Afflick, 1998), faits dont on devrait tenir compte dans les programmes de prévention.

Dans le second cas, il s'agit d'une aide à l'arrêt du tabagisme qui peut concerner soit le jeune, soit ses parents. En ce qui concerne les jeunes, l'arrêt est plus fréquemment observé (et probablement plus facile) parmi les petits fumeurs (Sargent et coll., 1998). En ce qui concerne les parents, l'arrêt devrait intervenir avant le début du tabagisme des jeunes (Farkas et coll., 1999). Dans tous les cas, l'étude de la motivation du sujet est un préalable indispensable à la mise en place de ce type de programme (Lamkin et Houston, 1998).

À côté de ces programmes, désormais classiques, se profile la prévention de la consommation régulière, c'est-à-dire la réduction des risques. Comme bon nombre de jeunes ont une expérience avec le tabac, et ce d'autant plus qu'ils sont « socialement compétents » (Killen et coll., 1997 ; Resnicow et coll., 1999), il convient de ne pas criminaliser cette consommation ou de culpabiliser les petits consommateurs. Une des questions essentielles est alors : comment concevoir une réduction des risques des fumeurs, tout en évitant d'encourager la consommation des non-fumeurs ? (Resnicow et coll., 1999).

Actions de prévention

Plusieurs « générations » d'actions se sont succédé (Binyet et De Haller, 1993 ; Lamkin et Houston, 1998). Les premières interventions avaient pour objectif d'apporter exclusivement des informations sur les dangers du tabac. Les modes d'intervention pouvaient être assez variés : leçons, enseignement par les pairs, création d'affiches... Vers les années soixante, se sont développées des techniques de groupe et d'intervention comportementaliste ayant comme but essentiel d'apprendre à résister aux influences sociales (pressions de la famille et/ou pressions des pairs). Depuis les années soixante-dix, les programmes ont été basés sur le renforcement des « compétences sociales générales » ou « compétences de vie », incluant, outre des composantes cognitives, la prise de décision, les compétences pour faire face (*coping*) et l'affirmation de soi. Certains programmes basés sur le *coping* partent du principe que fumer est une des stratégies que le sujet utilise pour faire face au stress et qu'il convient de trouver d'autres moyens pour augmenter les compétences à prendre des décisions « plus saines pour la santé ». Ces stratégies étaient élaborées pour éviter le début de la consommation, c'est-à-dire au moment où le choix de consommer ou non existe encore.

Actuellement deux types d'actions sont en plein développement : celles, comme on l'a indiqué plus haut, qui permettent de réduire le risque de passage de la consommation occasionnelle à la consommation régulière (Resnicow et coll., 1999) et celles qui permettent de promouvoir le bien-être psychologique des adolescents, comme moyen de prévention de toute consommation (Patton et coll., 1998).

Facteurs d'efficacité des programmes

Certains éléments comme le moment de l'action de prévention, les acteurs, le type d'intervention constituent d'importants facteurs d'efficacité.

Moment de l'action

La prévention de l'initiation tabagique s'avère le plus souvent être un échec à terme quelle que soit la technique utilisée (gestion du stress, résistance à l'influence sociale, information concernant les dangers du tabac). En effet, au-delà de quatre ans on n'observe plus de différence entre les groupes qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié. En conséquence, on privilégie actuellement des actions qui, partant de la situation spécifique du sujet (âge, sexe, statut scolaire, statut culturel), tiennent compte du développement cognitif et social du jeune et incluent dans la mise en œuvre du programme ses propres expériences avec les produits tout au long de l'adolescence, c'est-à-dire entre 12 et 18 ans (Binyet et De Haller, 1993 ; Perez-Stable et Fuentes-Afflick, 1998).

Acteurs de prévention

Parmi les acteurs de prévention, les enseignants peuvent jouer un rôle important (Nutbeam, 1995). Leur intervention au niveau collectif, par classe ou par niveau scolaire, doit comporter au moins 5 sessions, situées entre la fin de l'école primaire et les deux premières années de l'école secondaire. L'implication des parents ainsi que la formation préalable des enseignants s'avèrent indispensables. Toutefois, ces actions ne peuvent être efficaces que si elles sont en cohérence avec d'autres actions mises en place en dehors de l'école (mesures publiques, implications des médecins praticiens). Ce qui signifie, comme conclut Nutbeam (1995), que l'école ne peut résoudre à elle seule tous les problèmes de société.

L'implication des cliniciens (pédiatres ou médecin généralistes, mais aussi dentistes et infirmières) dans les programmes de prévention s'avère plus efficace que les programmes développés en milieux scolaires (Payne Epps et coll., 1995 ; Thomas et Thomas, 1995). Cette implication se situe à plusieurs niveaux.

- Au niveau individuel auprès des jeunes, en évaluant leur risque tabagique à l'occasion de consultations médicales (Lamkin et Houston, 1998 ; Perez-Stable et Fuentes-Afflick, 1998). Il est conseillé de : demander à chaque jeune consultant son statut tabagique (actuel ou projeté) et celui de son entourage (parents, fratrie, amis) ; donner des conseils pour ne pas fumer ; offrir un programme d'arrêt à chaque fumeur ; assurer le suivi (ne serait-ce que par un appel téléphonique). Ces recommandations sont présentées par tranches d'âge dans le programme des « 5 As » (*Anticipate challenges to antismoking behaviours, Ask for information, Advise not to start, Assist staying a non smoker, Arrange follow-up visits*) du National Cancer Institute (Klein, 1995).
- Au niveau individuel auprès des familles à risque, en proposant un arrêt du tabac aux parents d'enfants âgés de moins de 8 ans (Farkas et coll., 1999). Le programme des « 5 As » comporte des recommandations pour les familles et adultes de l'entourage des enfants jusqu'à 12 ans (Klein, 1995).
- Au niveau collectif, en exerçant une pression sur les responsables scolaires pour maintenir des programmes antitabac dans les écoles. Sockrider (1997) évoque l'intérêt à ce qu'un programme d'arrêt du tabac dans le milieu scolaire soit relayé par les pédiatres.

Les actions menées par les pairs (formés) n'ont pas obtenu les effets escomptés, voire même, selon certains, ont augmenté la consommation des produits (Dishion et coll., 1999). En revanche, l'action conjuguée entre pairs et adultes donne de meilleurs résultats (Binyet et De Haller, 1993). Les actions qui impliquent les parents ressortent comme les plus efficaces (Porcellato et coll., 1999).

Modes d'intervention

160 Les programmes basés sur la capacité à faire face au stress se révèlent peu performants. D'une part, parce que ces programmes ne peuvent être efficaces

que lorsqu'ils ont lieu avant l'initiation : une fois l'habitude de consommer prise, il n'y a plus réellement de choix, car la dépendance physique s'est installée. Or, il est très difficile, d'une part de connaître le début exact de la consommation des adolescents au niveau d'une communauté (classe, école...), d'autre part d'intervenir trop tôt auprès des enfants sur le thème du stress. Par ailleurs, le tabac étant identifié dans ces programmes comme moyen de réduire le stress, il peut en résulter une augmentation du tabagisme des jeunes publics (Binyet et De Haller, 1993).

Les politiques publiques s'avèrent efficaces dans le domaine de la « non-initiation » au tabac quand elles proposent l'augmentation des prix. A ce sujet, le rapport Recours (1999) souligne que, bien qu'étant un levier d'action déterminant dans la réduction du tabagisme, la majoration des prix montre une efficacité variable selon les fumeurs et ne peut être exclusive d'une action plus large de prévention. La limitation de l'accessibilité au tabac peut donner de bon résultats à condition que les revendeurs soient fortement impliqués et se conforment à la réglementation de façon soutenue (Reid et coll. 1995 ; Cummings et coll., 1998 ; Stead et Lancaster, 2000) ; les interdictions de fumer sont peu efficaces ; la publicité antitabac peut avoir un effet inverse (c'est-à-dire augmenter le tabagisme des jeunes) (Lewitt et coll., 1997).

Quel que soit le moment de l'intervention pour éviter l'initiation ou pour promouvoir l'arrêt, les actions aux niveaux scolaire, familial ou communautaire sont plus efficaces que les actions isolées (Kaplan et Weiler, 1997 ; Manske et coll., 1997).

Il reste qu'implicitement les messages accompagnant les actions de prévention s'adressent plus aux garçons qu'aux filles (Smith et coll., 1994) et qu'il convient d'élaborer des actions mieux ciblées sur les motivations des filles (Patton et coll., 1996 et 1998).

Alcool

La prévention de l'alcoolisation est plus complexe que la prévention du tabagisme. D'abord parce que la consommation excessive d'alcool peut avoir, même de façon occasionnelle, des effets sociaux, médicaux et personnels néfastes. Ensuite parce que, comme le confirment les données de prévalence au cours d'une vie ou sur une année, l'alcool est un produit plus consommé et plus valorisé que le tabac, mais il est également un produit plus redouté en raison des accidents et de la violence dont il peut être la cause. Interviennent aussi les facteurs individuels de sensibilité aux effets de l'alcool comme le sexe ou la corpulence du sujet. Le début de l'alcoolisation est mal connu, car il est rarement perçu comme un rite d'initiation, et le processus d'alcoolisation semble plus complexe et moins « linéaire » que celui du tabagisme. Enfin de longues périodes d'abstinence peuvent être suivies de consommations

occasionnelles et massives « à risque », et les facteurs associés sont le plus souvent liés à la psychopathologie du sujet et/ou de sa famille.

Processus d'alcoolisation

On parle de la consommation occasionnelle, modérée et importante d'alcool, mais aussi de l'intoxication (*binge drinking*) qui peut être à l'origine d'accidents, de violence, de sexualité non protégée... La première consommation peut être très précoce et l'initiation souvent familiale. Une attention particulière est portée à l'impact de l'alcoolisation familiale sur les enfants (FAS-*Fœtal Alcohol Symptoms*, violence envers les enfants, enfants comme observateurs de la violence familiale, enfants d'alcooliques). À la différence du tabac, l'alcool est souvent inclus dans une approche plus globale des conduites à risque de l'adolescent.

Selon Scheier et coll. (1997) il existe plusieurs schémas d'alcoolisation : celui des adolescents « normalement socialisés », et celui des adolescents « à problèmes » caractérisé par une implication plus rapide vers l'alcoolisation excessive. Ces adolescents « à problèmes » font plus souvent partie des « bandes », où la consommation d'alcool est stimulée. Selon ces mêmes auteurs, s'il existe des influences sociales, elles ont été largement surestimées au regard des facteurs intrapsychiques. Pourtant ces facteurs sont importants à connaître pour expliquer le début de l'alcoolisation ainsi que le passage de la consommation occasionnelle vers la consommation problématique. Ces problèmes psychologiques sont souvent associés à une diminution des compétences, en particulier des compétences scolaires.

Les indicateurs de risque sont multiples et souvent cumulatifs. Une « combinaison type » des facteurs permettant d'expliquer la consommation n'ayant pu être mise en évidence, l'utilité des analyses peut sembler limitée pour ceux qui ont à mettre en place les actions de prévention (Schor, 1996). Toutefois, parmi les indicateurs les plus significatifs, on cite les troubles scolaires précoces et les faibles attentes scolaires des parents et du sujet (Crum et coll., 1998).

Actions de prévention

Les actions de prévention concernent plutôt les risques que la consommation elle-même. Ainsi, elles visent à :

- limiter les risques liés à l'ivresse, en particulier les accidents de la route (*drinking and driving*) (Assailly, 1998), mais aussi les conduites sexuelles à risque (Bailey et coll., 1999) ;
- aider à être conscient de sa propre consommation d'alcool et à avoir une consommation responsable (Gleason Milgram, 1996). Dans cette perspective il ne s'agit donc pas d'interdire la consommation, ce qui paraît impossible, mais de permettre un choix, dont celui de l'abstinence, dans des conditions spécifiques.

- 162 • traiter l'alcoolisation juvénile (Graham, 1996 ; Werch et coll., 1996).

Les actions de prévention des risques d'accidents liés à la conduite en état d'ivresse (*drinking-driving behaviour*) ont été particulièrement développées (Assailly, 1998). Parmi les actions menées, citons la restriction de la disponibilité de l'alcool, la publicité, la formation des professionnels de la nuit (barmen par exemple) à l'identification des signes précoces d'ivresse, l'alcoolémie « zéro » pour les jeunes conducteurs, l'autocontrôle, le couvre-feu, le raccompagnement, le conducteur désigné, l'information des services de bus et de taxis. Certaines actions suscitent la présence des femmes, censées limiter la consommation excessive d'alcool (Norman et coll., 1998).

Un autre type d'action concerne l'initiation à la consommation d'alcool. Comme pour le tabac, les actions de prévention ont été pendant longtemps limitées à la diffusion d'informations plus ou moins dramatisantes, plus ou moins moralisatrices. Les effets physiques et sociaux néfastes de l'alcoolisme ont été largement repris, mais on a aussi utilisé des informations sur les attitudes (bonnes et mauvaises) face à l'alcool, les croyances (vraies et fausses), les normes sociales (Schor, 1996). Ultérieurement, les programmes de prévention, majoritairement mis en œuvre en milieu scolaire ont inclus des informations sur l'ensemble des drogues et les actions ont été orientées vers le « renforcement des compétences sociales générales ». La famille a été rarement incluse dans ce type d'actions (Schor, 1996).

Peu d'actions portent sur la prévention de toute consommation d'alcool, car la consommation modérée est considérée comme un critère d'intégration sociale. En effet, les jeunes qui boivent modérément, même s'ils sont enfants d'alcooliques, seraient mieux adaptés socialement que ceux qui adoptent un comportement « extrême », c'est-à-dire sont gros buveurs ou abstinents (Serins et coll., 1995). Selon Feldman et coll. (1999) il faut rendre les *substance-abuse role models* moins attractifs et travailler sur l'image sociale de l'alcool et de ceux qui en abusent. L'augmentation de la consommation parmi les enfants de classes moyennes montre que cette image est plutôt séduisante, donc potentiellement favorisante. Toutefois, des mesures économiques telles que diminuer l'accès à l'alcool en augmentant le prix ou en limitant l'âge légal (Graham, 1996) sont préconisées.

Facteurs d'efficacité des programmes

De même que pour le tabagisme, le moment et le lieu de l'action de prévention, les acteurs, le type d'intervention constituent d'importants facteurs d'efficacité.

Moment et lieu de l'action

La majorité des actions ont eu lieu auprès des jeunes de 10 à 18 ans (Foxcroft et coll., 1997). Mais, à cet âge, les jeunes sont déjà initiés à l'alcool et l'échec des actions est expliqué par le fait qu'elles arrivent trop tard. Certains auteurs

(Haydock, 1998) proposent des interventions très précoces, dès l'école élémentaire, mais sans que l'évaluation ait été faite.

Dans la majorité des cas l'intervention a lieu dans l'école (Foxcroft et coll., 1997). Mais, pour des programmes destinés aux groupes à haut risque, comme les enfants d'alcooliques par exemple, l'école ne donne pas suffisamment de garantie de confidentialité (Serrins et coll., 1995). D'autres lieux devraient être promus (églises, associations...) (Gleason Milgram, 1996). La télévision et les médias en général peuvent être considérés comme un canal d'information performant (Assailly, 1998), en ce qu'ils permettent de modifier les normes sociales (Norman et coll., 1998).

Acteurs de prévention

Les infirmières scolaires seraient des vecteurs positifs d'une action de prévention individuelle de consommation excessive (Werch et coll., 1996). Mais il existe un écart énorme entre les acquis scientifiques et la formation des professionnels (Serrins et coll., 1995). En effet, les acteurs de prévention sont informés en moyenne 5 à 7 ans après que les chercheurs aient des acquis dans ce champ (*communication gap*).

Les professionnels de santé ont un rôle à jouer, en particulier au moment d'un accident ou d'une tentative de suicide (c'est-à-dire aux urgences hospitalières), mais aussi dans une consultation de routine. Il conviendrait de poser systématiquement aux adolescents la question de la consommation d'alcool et de tabac (Graham, 1996) afin de leur offrir l'opportunité de discuter sur ce problème ou de les diriger vers des structures appropriées.

Plusieurs études montrent que les professionnels de santé, mais aussi de l'éducation, n'ont pas toujours des idées claires et bien étayées sur les dangers de l'alcoolisation. Ainsi Abel et coll. (1998) montrent qu'il existe une grande variabilité dans l'opinion qu'ont les médecins sur la consommation occasionnelle, modérée et importante. La perception de la dangerosité de l'alcoolisation juvénile est aussi très variable selon le type de professionnel (Sosale et coll., 1999).

La famille est un important vecteur de prévention, et améliorer les relations intra-familiales est aussi un des moyens privilégiés à promouvoir (Schor, 1996). Les relations fortes avec un adulte durant l'enfance ou le fait d'avoir une famille de petite taille à cohésion élevée sont des facteurs de protection importants. Sur les données d'une enquête aux États-Unis auprès de jeunes de 14 à 19 ans et de leur parents, Beck et coll. (1999) étudient le rôle de la connaissance qu'ont les parents de la consommation de leurs enfants dans la prévention. Ces auteurs observent que, dans les familles où les parents exercent une surveillance, sans interdiction, sur les activités des enfants, moins d'adolescents consomment de l'alcool. La famille doit donc être « réellement » impliquée (Loveland-Cherry et coll., 1996), c'est-à-dire au-delà de la participation aux devoirs, comme il est pratiqué actuellement dans les actions

de prévention scolaires. Graham (1996) propose aussi d'informer les parents sur l'apprentissage du « bon boire » à la maison.

Parmi les pratiques professionnelles à revoir, l'acceptation par les adultes que les jeunes sont matures et responsables et qu'on peut donc discuter avec eux est un point essentiel (Gleason Milgram, 1996).

Mode d'intervention

Parmi les actions orientées vers la prévention des risques d'accidents liés à l'alcoolisation excessive, la formation des professionnels de nuit à l'identification des signes précoces d'ivresse semble actuellement la plus porteuse d'espoir (Assailly, 1998). D'autres mesures concrètes, comme l'alcoolémie zéro pour les jeunes, l'augmentation des prix de l'alcool dans les bars ou l'organisation du raccompagnement, se montrent efficaces. En revanche, la publicité dans ce domaine ainsi que l'autocontrôle avant la prise du véhicule n'ont pas donné les résultats escomptés.

Une analyse des actions de prévention primaire évaluées (Foxcroft et coll., 1997) ne permet pas de conclure à l'évidente efficacité d'un programme particulier. En effet, il existe trop peu d'études évaluatives et, parmi celles qui existent, les résultats sont peu concordants ou peu convaincants. Cette analyse montre que des actions ayant la même philosophie sous-jacente, comme l'approche multidimensionnelle de la prévention appelée *Life Skill Training*, peuvent avoir des effets différents (positifs, sans effets, négatifs). Il est donc difficile de conclure à l'effet positif du programme, alors que d'autres facteurs peuvent être en cause, comme la personnalité de l'acteur de prévention et ses capacités à faire passer le message.

Partant du constat que, malgré les nombreuses actions, la consommation d'alcool reste élevée, Gleason Milgram (1996) propose de mieux articuler les actions entre elles et de partir de l'expérience réelle des jeunes. Cet auteur encourage les discussions sur la signification des comportements et sur les comportements alternatifs, et propose de faire confiance aux jeunes et à leur capacité de décisions, non seulement à propos de l'alcool mais à propos de tous les champs de leur vie quotidienne. Il estime aussi qu'il ne faut pas proposer de programme préétabli, mais se baser sur ce que les jeunes savent et vivent.

Les actions devraient être « *gender-specific* » (Wall et coll., 1998), car les modes et les motifs de boire ne sont pas identiques pour les filles, qui veulent « assurer » tout court, et les garçons, qui veulent « assurer sexuellement ». Ces attentes vis-à-vis de l'alcool doivent être corrigées si on veut modifier la consommation d'alcool.

Les actions menées auprès de groupes à risque s'avèrent plus efficaces que les actions auprès de publics hétérogènes. Ainsi, des interventions ciblées sur des élèves à haut risque de « décrochage scolaire », telle le « *semester-long interpersonal relations class* » rapporté par Crum et coll. (1998), ont montré une bonne efficacité.

Les interventions brèves et collectives sont à favoriser. Selon Black et Coster (1996) les jeunes redoutent les interventions qui s'étalent sur une trop longue période ou qui incluent, dès le départ, une prise en charge individuelle. Par conséquent, ces auteurs proposent de procéder par étapes. On démarre, par exemple, avec une brochure contenant des informations générales, puis, ultérieurement, quand les adolescents ont pris conscience de leur problèmes avec l'alcool, des interventions individuelles faites par un intervenant en santé sont proposées.

Drogues

Sous le vocable « drogues », sont pris en compte, dans la majorité des cas, l'alcool et les drogues illicites, c'est-à-dire les produits qui augmentent l'euphorie et altèrent la conscience (Heyman et Adger, 1997). Parfois le tabac est inclus, mais pas systématiquement. Certaines actions ciblent exclusivement les drogues illicites, et plus spécifiquement le cannabis (Dorsch, 1997 ; Rosenbaum, 1998 ; White et Pitts, 1998 ; Allott et coll., 1999).

La plupart des programmes de prévention contre la drogue font partie de cette « guerre contre la drogue » (Rosenbaum, 1998) que les États-Unis ont voulu mener depuis les années soixante. Pendant longtemps, l'objectif de cette prévention était l'abstinence (*Drug Free School, Just say no*) (Ross et coll., 1995 ; Dorsch, 1997). Cependant la consommation de drogues n'a pas cessé d'augmenter. En ce qui concerne l'usage du cannabis par exemple, l'étude de Bachman et coll. (1998) montre clairement une recrudescence parmi les publics scolaires aux États-Unis depuis le début des années quatre-vingt-dix. Devant l'échec de la politique engagée, des objectifs plus nuancés ont été avancés tels que prévenir l'abus, promouvoir la gestion du risque...

Processus

Contrairement à ce que l'on observe à propos du tabagisme ou de l'alcoolisation, lorsqu'on aborde la prévention de la consommation de « drogue » le processus est rarement défini. Dans les études comme dans les programmes de prévention, la confusion règne encore entre l'usage, l'abus et la dépendance. Rosenbaum (1998) remarque que, dans certains programmes, les termes *use*, *abuse* et *addiction* sont employés indifféremment. La majorité des programmes basés sur la conviction que tout usage de « drogue » est pathologique, déviant et dangereux ont longtemps limité les objectifs à l'abstention de toute consommation (Ross et coll., 1995), et ce dans la plupart des pays (Allott et coll., 1999). Or les études montrent qu'à 18 ans les consommateurs occasionnels ont moins de problèmes psychoaffectifs que les non-consommateurs, et que les gros consommateurs (Resnicow et Botvin, 1993). Actuellement, une tendance plus réaliste se profile, qui tient compte de l'expérience qu'ont les

jeunes avec la drogue et des difficultés qu'ils rencontrent (Dorsch, 1997). La réduction des risques est l'objectif de certains programmes destinés aux adolescents à haut risque (McClanahan et coll., 1998).

Actions de prévention

Divers types d'actions de prévention ont été menés dans le domaine (Hansen, 1992), et ce avec deux objectifs : diminuer la consommation de drogues par des actions directes « *drug oriented* » ; diminuer la consommation par des actions indirectes « *subject oriented* » ou amélioration de la qualité de vie.

Les plus répandues sont les actions basées sur l'information. Le modèle « KAB » (*Knowledge, Attitudes, Behaviour*) est utilisé pour informer les jeunes sur les conséquences négatives de la drogue et promouvoir une attitude négative envers ces produits, afin d'aboutir à un changement de comportement (diminution de la consommation, non-acceptation du produit) (Allott et coll., 1999). Ces programmes ont souvent été associés à d'autres portant sur les choix de vie (clarification des valeurs et des objectifs pour chaque sujet, valeurs ou objectifs jugés incompatibles avec la consommation de produits), et sur la prise de décision : (apprendre à faire des choix raisonnés et alternatifs à la consommation de drogues) (Hansen, 1992).

Dans les années soixante-dix, un modèle psychosocial a été utilisé par plus de 50 % des écoles aux États-Unis : le programme DARE (*Drug Abuse Resistance Education*) (Allott et coll., 1999). Ce programme fut promulgué au départ par des policiers, puis ultérieurement par d'autres professionnels. Il comportait 17 séances de 45 à 60 minutes et avait pour objectif de former les jeunes à résister aux pressions de consommation (*resistance skills training*) de la part de leurs pairs, de leur fratrie, des adultes de leur entourage et des médias. Comme cette pression est en partie induite par la perception qu'ont les jeunes de la consommation d'autrui et que la majorité des adolescents surestime la consommation de drogues dans leur entourage proche, certains programmes visent à réajuster la perception à la réalité (*norm setting* ou *normative education*) (Hansen, 1992 ; Belcher et Shinitzky, 1998 ; Palmer et coll., 1998).

Dans une perspective plus globale, des programmes comme le *Life Skill Training* ont été mis en place pour apprendre aux jeunes à communiquer, à résoudre les conflits interpersonnels et à faire face aux difficultés de la vie quotidienne (Hansen, 1992). Citons les programmes de gestion du stress qui apprennent à faire face à des situations psychologiquement difficiles par des techniques de relaxation ou des jeux de rôles, ou les programmes sur l'estime de soi qui ont pour but d'accroître la croyance dans sa propre valeur par des techniques de discussions ou de sketches.

Facteurs d'efficacité des programmes

Comme pour le tabac et l'alcool, l'efficacité des actions de prévention de la consommation de drogues dépend du moment et du lieu de l'action, des acteurs et du type des interventions.

Moment et lieu de l'action

Dans ce domaine de prévention rien ne permet d'affirmer que la précocité des programmes augmente son efficacité (Resnicow et Botvin, 1993). Comme l'âge du début est différent selon les produits, les actions de prévention doivent commencer à des âges différents selon les produits (DeWit et coll., 1997). L'âge optimum reconnu se situe entre 12 et 14 ans (*grades 6-8*) et 10 à 60 sessions sont nécessaires. Le meilleur programme (*Life Skills Training*) comporte 15 sessions la première année, 10 la seconde et 8 la troisième (Dusenbury et coll., 1997). Pour les raisons déjà évoquées, l'école est le lieu le plus adapté (Dusenbury et coll., 1997).

Acteurs de prévention

Une analyse systématique des acteurs est faite par Allott et coll. (1999). Les interventions par des policiers (DARE) paraissent peu efficace : elles augmentent l'attitude positive vis-à-vis des policiers et les connaissances en matière de drogues, mais ne provoquent pas une diminution de la consommation. D'autres actions avec les policiers pourraient être envisagées, mais pas sur le thème de la drogue. Par ailleurs, d'après Lisnov et coll. (1998), l'intervention de la police est jugée négativement par ceux qui consomment et ont déjà eu des problèmes avec elle.

Les enseignants ou autres professionnels scolaires participent à la majorité des programmes. La formation des enseignants est primordiale (Allott et coll., 1999). Plus les enseignants sont formés, plus ils se sentent capables d'intervenir (McClanahan et coll., 1998). Trop peu d'efforts sont faits pour former les enseignants et les équipes scolaires à gérer les familles et leur influence sur la consommation de drogues des adolescents (McClanahan et coll., 1998). La formation des enseignants (au moins un *school administrator* ou *team leader* par école) par une « école d'été » a donné des résultats fructueux (Romano, 1997). Cette formation doit inclure, outre des connaissances scientifiques, des discussions sur la façon de modifier un programme scolaire, de mettre en place des stratégies de persuasion, de mener un groupe de jeunes... La motivation des professionnels de santé à l'école, la satisfaction professionnelle sont importantes dans la réussite de la mise en place des actions (Villalbi et coll., 1997).

L'intervention à l'école par des personnes extérieures a plus d'impact que des méthodes « de masse » impersonnelles (telles que la publicité, par exemple). Une composante interpersonnelle s'avère indispensable à l'efficacité des interventions (Lisnov et coll., 1998).

168 L'approche par les pairs implique que les enfants soient âgés d'au moins 6-7 ans. Dans l'ensemble, l'efficacité de cette démarche n'est pas prouvée. En

effet, les pairs sont efficaces pour diffuser l'information sur la drogue, mais aucune donnée n'est disponible quant à leur impact sur la consommation (Allot et coll., 1999). Selon certains auteurs, les succès des programmes utilisant cette approche sont uniquement liés au fait qu'ils utilisent des méthodes participatives.

La participation des parents est peu utilisée dans les démarches de prévention vis-à-vis de la drogue, malgré qu'on connaisse l'importance des parents dans l'éducation.

Les *counselors*, qui sont des professionnels, la plupart du temps psychologues, dont le rôle est de favoriser la parole des patients, interviennent dans les programmes destinés aux jeunes à haut risque (McClanahan et coll., 1998).

Les interventions des praticiens sont efficaces, en ce qu'ils peuvent questionner les jeunes au cours des consultations, leur demander s'ils consomment, si leurs amis consomment, s'ils ont déjà conduit un véhicule sous influence de l'alcool ou d'autres drogues, s'ils ont été passager d'une personne « sous influence ». Ils peuvent également interroger sur leur consommation ceux qui viennent pour un accident (Werner, 1995) et, le cas échéant, leur demander s'ils souhaitent arrêter.

Mode d'intervention

Les actions permettant aux jeunes d'acquérir des compétences générales (résistance à la pression du groupe, mais aussi réajustement de la perception des normes à la réalité) s'avèrent meilleures que les programmes qui se basent sur l'information et les valeurs (Hansen, 1992 ; Dusenbury et coll., 1997). Toutefois, certains des programmes ayant ces mêmes objectifs ne donnent pas de résultats, ce qui pose la question de « pourquoi certains programmes marchent et d'autres pas » (Resnicow et Botvin, 1993). Les programmes utilisant des méthodes interactives sont plus efficaces que les programmes « *ex-cathedra* ». L'utilisation de l'ordinateur a apporté des améliorations. L'action type « Théâtre de l'opprimé » fait partie de ces nouvelles interventions jugées positivement (Allott et coll., 1999). Les actions collectives s'avèrent plus efficaces que les actions individuelles, qui devraient être réservées à la prise en charge des jeunes en grande difficulté (McClanahan et coll., 1998).

Une discussion s'impose à propos de l'information : comme toutes les actions incluent des éléments informatifs, on ne sait pas si on peut se passer de l'information ou non. On peut seulement dire que l'information seule ne suffit pas. Selon les jeunes, certains programmes donnent trop d'informations (Allott et coll., 1999) et le *KAB model* s'avère peu performant. En tout état de cause, les non-consommateurs ont une opinion plus positive des actions que les consommateurs, signe d'un décalage entre le discours tenu et les besoins ressentis (Lisnov et coll., 1998).

Finalement, l'étude de Norland et coll. (1996) suggère que le faible succès des programmes de prévention de la consommation de drogues est probablement

dû à des théories fausses, par exemple de croire que la consommation est liée à la méconnaissance des produits. Selon ces auteurs, il faut créer des liens forts avec l'école (*social bound model*), liens qui diminueraient le désir de rencontrer des jeunes déviants et donc le risque de consommer. Les auteurs d'une étude d'intervention aux États-Unis auprès d'adolescents à haut risque et de leur familles (Anonymous, 1993) mentionnent la parfaite connaissance qu'ont ces jeunes de la nocivité des produits ; ce savoir ne les aide pourtant pas à modifier leurs comportements. Un point essentiel souligné par MacNeil et coll. (1999) est que l'objectif majeur est de s'efforcer d'améliorer l'avenir des jeunes, qui consomment d'autant plus qu'ils ont de l'avenir une vision négative.

Actions de prévention en France

Il existe un énorme contraste entre les articles portant sur les actions de prévention dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Royaume-Uni, Scandinavie) et les documents en langue française, par ailleurs peu nombreux et rarement publiés dans des revues scientifiques. Des efforts réels ont été entrepris pour mieux formaliser les actions (Bachman et Karsenty, 1996), mais le manque de bases scientifiques de ces actions et l'absence d'évaluation restent les deux points noirs.

En France, les actions de prévention ne sont qu'exceptionnellement basées sur des données scientifiques (la majorité des projets d'action ne comportent pas de bibliographie, par exemple) ou sur la situation réelle des jeunes (Corbinau, 1994), et ce malgré les nombreuses études publiées concernant la consommation des jeunes (Choquet et Ledoux, 1994 ; Baudier et coll., 1997 ; Ballion, 1999 ; De Peretti et Leselbaum, 1999). Ainsi, il existe un profond clivage entre les équipes de recherche qui produisent des données socio-épidémiologiques et les acteurs et décideurs de l'éducation pour la santé qui mettent en place les actions de prévention. Ce clivage a tendance à s'accroître en raison de la fragmentation à la fois des recherches et des processus décisionnels. Diverses institutions fournissent des résultats d'enquêtes et ce de façon souvent peu cohérente. Par ailleurs, les décisions prises au niveau national ne sont pas toujours adaptées aux perceptions et sensibilités locales.

La plupart des actions partent de constats « impressionnistes » et qualitatifs s'appuyant sur des faits divers, des opinions, des craintes... À titre d'exemple, on peut citer la liste des constats précédant la mise en place des « Points d'accueil et d'écoute » par le ministère de la Santé et de la Solidarité, et dont certains, comme « l'émergence d'un phénomène inédit d'angoisse » ou « les ruptures familiales et sociales chez les adolescents et les jeunes majeurs », ne reflètent que peu la réalité mesurée par les enquêtes. En effet, les enquêtes montrent que le phénomène d'angoisse est en faible augmentation et que les jeunes habitent de plus en plus longtemps chez leurs parents, signe d'une prise en charge familiale des problèmes de chômage juvénile.

La diversité des acteurs va orienter, de façon indépendante, la diversité des actions : les enseignants vont plutôt promouvoir les actions d'information, les professionnels de santé les actions d'écoute, les travailleurs sociaux le travail auprès des jeunes exclus, les représentants de l'ordre vont montrer les produits, sans que la mise en commun ou la capitalisation des actions soit systématiquement envisagée.

De plus, la plupart des actions proposées partent de l'hypothèse sous-jacente que les individus (jeunes, parents) sont incompetents (Bouchet, 1998) et qu'il faut leur apprendre comment faire. Cette méconnaissance des compétences (les savoirs, savoir-faire, savoir-être des individus et de leur famille), même si elles ne correspondent pas à ce qu'il « convient » de faire, est source de tension et peut mener à une surdité des populations cibles. Il arrive que le point de départ d'une action de prévention en matière de toxicomanie soit très idéologique : par exemple l'interdiction juridique de la drogue est parfois le seul argument avancé pour justifier l'action (Despin, 1994).

L'expression « programme de prévention » suscite une aversion de beaucoup d'acteurs ; on lui préfère « action de prévention ». Mais derrière la différence des mots se profilent des différences de mise en œuvre. En effet, à partir des articles français sur ce thème, souvent vagues quant à l'objectif (diminuer la consommation), vagues quant aux moyens (  partir des termes tels que « mise en place d'un réseau », « formation », « sensibilisation », « lieux d'écoute »), il est difficile d'avoir une idée exacte de l'action menée. Quant aux évaluations, elles sont souvent absentes ou, ici encore, « impressionnistes ». Le contenu des documents, à l'adresse des intervenants, qui accompagnent les actions (de formation, de sensibilisation) est souvent très flou, peu étayé, parfois incompréhensible pour un acteur « moyen ».

L'évaluation est rarement prévue au départ des actions, rarement mise en place après, ou se limite à des indicateurs peu pertinents (taux de participation des jeunes, par exemple) ou imprécis (« les jeunes sont de plus en plus partenaires », « amélioration de la communication »...). L'évaluation qualitative prime sur l'évaluation quantitative (Jacob et coll., 1999). L'évaluation externe, c'est-à-dire faite par un organisme qui n'est pas partie prenante de l'action, est exceptionnelle.

En France, comme ailleurs, on est passé d'une prévention de toute consommation de produits psychoactifs vers une prévention des risques liés à la consommation abusive, mais force est de constater que la place des produits a parfois compl tement disparu, au bénéfice d'une approche préventive plus globale des « conduites à risque » qui peuvent aussi comporter le suicide, les accidents, l'absentéisme, la violence... Alors que les auteurs étrangers, dans un souci pragmatique, proposent d'ancrer les actions de prévention aux processus de consommation tels qu'ils se présentent dans leurs diversités chez les adolescents.

Les actions de prévention sont centrées sur une approche globale, favorisant la prévention d'une dépendance et non la consommation d'un produit. Ce

virage par rapport aux politiques antérieures n'est pas sans poser des problèmes pratiques. D'abord, les jeunes sont rarement dépendants aux produits (Arènes et coll., 1998) et peuvent donc estimer que la prévention des dépendances ne les concerne pas dans le présent. Ensuite, le modèle de consommation diffère d'un produit à l'autre (ESPAD, 2000), car chaque produit a une valeur sociale et culturelle spécifique, rendant ainsi le discours « global » sans effet.

Il est intéressant de noter que les préconisations de certains auteurs français vont à l'encontre de ce que montrent les études, la plupart anglo-saxonnes. Ainsi, parmi les stratégies de prévention proposées (Menetrey, 1997) figurent l'information par le dialogue, la clarification des valeurs, alors que, comme il a été déjà mentionné, les études publiées dans les revues internationales sont critiques sur ces méthodes. Certains auteurs préconisent (Girard, 1997) : la nécessité d'individualiser les actions en prévention primaire, alors que les évaluations publiées concluent que les approches collectives sont supérieures aux approches individuelles en matière de prévention ; la mise à l'écart des parents, alors que les études montrent l'intérêt de leur participation. Bien que des études évaluatives publiées mettent en garde contre les interventions de la police dans les établissements scolaires, ce mode d'intervention est encore très répandu en France.

Si on étudie de près l'évaluation de 12 actions menées en France en milieu scolaire (Bachman et Karsenty, 1996), on note de multiples contradictions entre les pratiques de prévention et les conclusions des études évaluatives publiées dans les revues internationales. Ainsi sur les douze actions : deux seulement ont une forte implication des élèves, pourtant jugée essentielle ; sept abordent les aspects psychologiques, émotionnels, affectifs et comportementaux, pourtant jugés indispensables ; une seule comporte des références bibliographiques justifiant le mode d'action ; aucune n'a été expertisée. Toutefois, toujours selon cette même analyse (Bachman et Karsenty, 1996), les actions de prévention menées comportent des aspects universellement reconnus comme très favorables à la qualité et l'efficacité des actions, à savoir : un fort ancrage communautaire (multiples partenariats) ; une forte implication des divers acteurs de l'école (pas uniquement les enseignants, mais aussi l'équipe de direction, le conseiller principal d'éducation ou CPE), apportant des garanties sur le bon déroulement de l'action ; le désir d'impliquer les parents ; le désir d'améliorer la vie dans l'établissement.

Dispositifs français spécialisés

En France, comme ailleurs, les actions en milieu scolaire sont nombreuses et très diversifiées, cependant quelques actions originales méritent d'être soulignées, actions soit en direction des populations scolaires comme la mise en place des Comités d'environnement social, soit en direction des jeunes non scolaires, comme les interventions ciblées sur les jeunes en errance et la mise

Comité d'environnement social – Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Les Comités d'environnement social (CES) ont été instaurés en 1990 (MEN, 1990a, b) en tant que dispositif de mobilisation des ressources ayant pour objectif de détecter et de prévenir la toxicomanie dans les établissements scolaires, sans isoler cette conduite de l'ensemble des conduites déviantes (en particulier de la violence) et des difficultés des adolescents. Le champ des compétences de ce dispositif a été élargi en 1993 vers une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes (MEN, 1993). Les enquêtes de Choquet et Ledoux (1994) ont justifié cette « approche globale, car les troubles et conduites des jeunes ne peuvent être isolés de l'expérience scolaire ». Une mobilisation collective s'est opérée pour remplacer les multiples structures existantes par un dispositif unique, le CES, devenu ultérieurement Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC).

L'évaluation de ce dispositif effectuée en 1997 (Ballion, 1998) en montre les avantages (projet permettant la mobilisation des équipes et la mise en place d'actions, avec financements MILDT) et les inconvénients (absence d'analyse des besoins, faible capacité d'action des établissements, faible implication des acteurs, difficultés liées au partenariat). Toutefois, selon l'auteur de l'évaluation, une « dynamique d'amélioration est enclenchée ». En effet :

- 57 % des établissements sollicités (287 sur 500 collèges et lycées recensés comme ayant un CES) ont spontanément répondu à l'enquête, ce qui est signe d'intérêt pour le dispositif ;
- 60 % des établissements ont un CES depuis plus de 2 ans, ce qui signifie qu'une pérennité s'est installée ;
- 80 % des CES comptent une équipe multidisciplinaire d'au moins 10 personnes, dont, outre le chef d'établissement obligatoirement président du CES, un CPE (88 %), des enseignants (91 %), une infirmière scolaire (86 %), une assistante sociale scolaire (85 %), un médecin scolaire (76 %), des parents (73 %), des représentants de la mairie (63 %), des représentants de la police ou la gendarmerie (56 %), des représentants d'associations de prévention (51 %) ;
- la majorité des membres de l'équipe est fortement impliquée (70 % des travailleurs sociaux, 71 % des infirmières, 68 % des personnels d'éducation ;
- les problèmes traités sont divers, avec en priorité et par ordre d'importance : les problèmes liés à la sexualité, la violence, la consommation de drogues illicites, le tabagisme, l'absentéisme, l'échec scolaire.

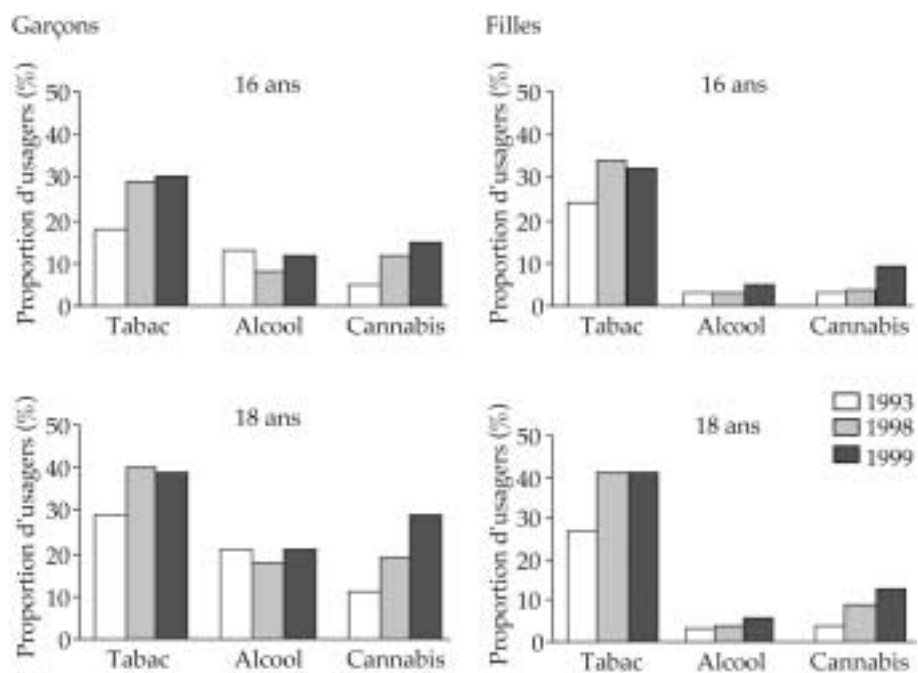
Restent les points faibles suivants :

- un manque de soutien des acteurs de la part de l'Éducation nationale (au niveau national ou local) : pour la conception des actions (78 % des acteurs ne se sentent pas soutenus), dans la mise en place du partenariat (85 %), dans la formation ou l'apport d'experts (87 %), dans l'évaluation 85 % ;
- un partenariat insuffisant avec d'autres établissements scolaires (29 %) ainsi qu'avec les institutions (ou associations) qui prennent en charge les jeunes en

grande difficulté comme les missions locales : 15 % des CES ont des représentants des missions locales ou des PAIO (points d'accueil, d'information et d'orientation), 6 % des représentants du monde économique, 24 % des représentants d'associations de soutien scolaire, 24 % des représentants des associations sportives ;

- un manque d'implication des parents : malgré la forte présence des parents dans les CES, seulement 27 % des parents et 19 % des élèves s'y impliquent fortement.

Par ailleurs les enquêtes épidémiologiques (ESPAD, 2000) montrent une augmentation importante de la consommation de tabac et de cannabis entre 1993 et 1999 (figure 7.1) Les dispositifs mis en place n'ont donc pas permis d'enrayer la progression des conduites à risque, et une évaluation globale des politiques publiques s'impose.



Tabac : quotidien
 Alcool : plusieurs fois par semaine (données 1993 et 1998) ; au moins 10 fois par mois (données 1999)
 Cannabis : au moins 10 fois par an

Figure 7.1 : Évolution 1993-1999 des usages répétés de produits parmi les jeunes scolarisés dans le secondaire. Données 1993 : Choquet et Ledoux, Inserm U472 ; données 1998 : Baromètre Santé Jeunes, CFES ; données 1999 : ESPAD 99, Inserm/OFDI/MENRT.

Interventions auprès des jeunes en errance

Les CEMEA (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) constituent un réseau de formation, d'organisation et d'animation des centres de vacances qui, depuis fin 1990, s'est investi dans les réflexions et les actions sur des questions d'enfance et de jeunesse. Le festival du « Printemps de Bourges » a été l'occasion d'intervenir plusieurs années de suite, auprès des jeunes en grande difficulté et une analyse qualitative de ces interventions (Chobeaux, 1994) a été réalisée. Cette manifestation draine de nombreux jeunes en errance et, pourtant, point de départ de ces actions, les travailleurs sociaux et les éducateurs y sont peu présents. Le but était d'établir des liens directs avec ces jeunes dans l'espace du festival, en leur proposant une écoute, un échange sincère d'égal à égal et un soutien (santé, conduites à risque). Sans précision sur les modalités mêmes d'intervention, cette étude met en évidence les caractéristiques de la population rencontrée : population à dominante rurale ou de petites villes de province, masculine (85 %), issue de familles modestes. Tous ces jeunes ont « une image conflictuelle du couple parental où le rôle de celui qui ne comprend rien, ni personne, est systématiquement dévolu au père ». Le départ en errance a eu lieu un jour de conflit parental, sur un fond de cumul de difficultés sociales, scolaires, relationnelles et comportementales dont la consommation de drogues.

L'étude pointe les lacunes d'une prévention primaire sur une population plutôt rurale (pas ou peu de contacts avec les professionnels de santé, pas ou peu de contacts avec le milieu associatif), peu investie par les politiques publiques (la « politique de la ville » concerne essentiellement les jeunes des zones urbaines dites « sensibles »), et la nécessité d'intervenir sur des signes d'alerte précoces (décrochage scolaire, fugue, conflits familiaux chroniques, consommation de substances toxiques).

Sans qu'une évaluation au sens strict ait été faite, cette étude montre la diversité de ce public, ses besoins d'intervention et la nécessité de démultiplier les points de rencontre avec les travailleurs sociaux pour cette population foncièrement peu sédentaire.

Points d'accueil et d'écoute jeunes

Le but des points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) est de s'inscrire dans une démarche préventive et de permettre aux jeunes une « mise en parole » de leurs difficultés auprès de personnes ressources (soignants, éducateurs, psychologues, représentants des organismes chargés de l'emploi...). La mise en place de ces dispositifs a fait l'objet de deux circulaires : la première, du ministère du Travail et des Affaires sociales (DAS, 1996) qui cible plus particulièrement les publics marginalisés et les adolescents en rupture ; la seconde, du ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration (DAS, 1997) qui intègre les familles et parle des jeunes démunis sur le plan social et familial et de l'engagement dans des consommations de produits (Jacob et coll., 1999).

Il existe 70 PAEJ financés par la DDASS, en plus des points d'écoute financés dans d'autres cadres (Éducation nationale, Conseil communal de la prévention de la délinquance ou CCPD, Conseil général...), dont on ne connaît pas le nombre exact. Ce qui frappe, c'est leur diversité, tant au niveau de leur financement (instances nationales, collectivités territoriales, établissements scolaires et extrascolaires), que de leur champ d'intervention (soit généralistes – voulant aborder le « mal-être des jeunes » –, soit plus ciblées autour de la toxicomanie, l'alcoolisme, la désinsertion sociale et scolaire), et que probablement de leurs intervenants et modes d'intervention. Les évaluations disponibles datent toutes de 1999 et analysent, selon les cas, une (Poggi, 1999), cinq (Guénif et Mélas, 1999), dix (AREPS-IDES/ORSAS Lorraine, 1999) ou 40 (Jacob et coll., 1999) structures.

Commanditée par la Direction de l'action sociale (DAS), l'évaluation qualitative d'une structure « point écoute » développée à Toulon est rapportée par Poggi (1999). L'objectif central de cette structure est d'offrir à tous les jeunes (de 10 à 25 ans) de la ville, ainsi qu'à leurs familles, un espace d'accueil d'écoute, de médiation, d'information, d'orientation et d'accompagnement. Son analyse détaillée permet à l'auteur de résumer les principaux effets sur les jeunes qui y trouvent un réconfort, se sentent considérés en tant que personnes et sont réceptifs aux conseils et aux orientations donnés par les personnes ressources, sont soutenus par rapport à leurs difficultés au sein de la famille grâce aux médiations familiales qui restaurent le dialogue parents-enfants. L'auteur conclut que ce dispositif se situe en plein cœur de la prévention primaire : restauration des parents dans leur rôle éducatif et stimulation des jeunes à s'appuyer sur les parties saines et fortes de leur personnalité.

Également commandité par la DAS, le rapport de Guénif et Mélas (1999) présente cinq structures, toutes généralistes, et en fait une analyse transversale. Le public, connu dans 4 cas sur 5 est très diversifié et à prédominance féminine. Les auteurs décrivent ces jeunes comme présentant « à plus d'un titre une figure de marginalité ». Les structures s'accordent pour travailler sur la globalité, ce qui soulève des interrogations : Que recouvre ce concept ? Qu'apporte-t-il de nouveau ? Quelles compétences sont nécessaires pour « tout entendre » ? Que faire de la parole des jeunes ? Les auteurs évoquent la polysémie des notions d'accueil et d'écoute : écoute-orientation, où le point d'accueil joue le rôle de sas ; écoute à visée psychothérapeutique ; écoute ayant fonction de subsidiarité pour combler le manque d'écoute des autres. Bien que l'importance de la prise en compte de la dimension familiale soit reconnue, il existe une difficulté récurrente à penser le travail en direction de la famille (concurrence ressentie entre l'écouter et la famille ? attitude stigmatisante des travailleurs sociaux ? inexpérience des intervenants dans la matière ?) que les équipes vivent comme une défaillance de leur dispositif. Les PAEJ sont confrontés de manière cruciale à la question de nombreuses formes de mixité tant des publics accueillis (genre, origine sociale et nationale : « la

hiérarchie sociale épouse la hiérarchie ethnique des publics ») que des identités professionnelles et sociales des intervenants (militantisme *versus* professionnalisme, ethnicisation des compétences...). Les auteurs pointent certains freins au développement des PAEJ : une logique militante et son côté contre-productif et paralysant, une logique de surexposition qui fragilise les professionnels, la difficulté à faire vivre le réseau, la confusion entre le PAEJ et la structure porteuse, l'incertitude concernant les sources de financement... Ils évoquent également certains écueils à éviter : rendre artificiellement les situations trop complexes (donc savoir répondre simplement à une question posée) ; perdre de vue l'essentiel qui est de réduire la souffrance des jeunes à force de regarder du côté de l'articulation entre l'institution et les opérateurs périphériques ; devenir le lieu de facilité des adresseurs, qui ne savent comment aborder les jeunes en difficulté ; contredire la pérennité souhaitée des interventions en laissant s'installer la précarisation des intervenants.

L'étude AREPS-IDES/ORSAS-Lorraine (1999) établit les monographies de 10 structures prises dans neuf départements et en fait l'analyse. Deux d'entre elles ont été ouvertes pour la prévention des toxicomanies, les 8 autres ont une approche généraliste. L'âge du public « jeune » varie entre 10 et 30 ans, mais la notion fluctue d'une structure à l'autre (plutôt jeunes adultes ou plutôt populations lycéennes). Dans la majorité des cas le public est féminin, mais ici encore il existe une diversité. Notons que la moitié des structures n'a pas d'outil d'enregistrement systématique et que le mode de comptage est hétérogène (confusion entre le nombre de passages et le nombre de personnes). Les difficultés d'ordre familial et d'ordres affectif et sexuel sont les premiers motifs de consultation. Les actions sont diversifiées : accueil, écoute, service. Les adultes y interviennent comme des médiateurs (échanges, recherches de compromis, propositions d'orientation) dans les relations entre les jeunes et leur environnement (famille, police, école, santé). Aucune donnée n'existe sur les modalités d'intervention et le devenir des jeunes qui ont fréquenté les points écoute.

Dans le rapport rendu par Jacob et coll. (1999) une quarantaine de points écoute jeunes et/ou parents, tous créés dans le cadre de la circulaire de 1997, sont analysés. Les auteurs dégagent les lignes de force du dispositif, à savoir : une capacité d'action non médicalisée sur les problématiques de l'adolescence et plus particulièrement sur les perturbations de la relation parents-adolescents ; une capacité d'action auprès des personnes éloignées des institutions et services d'aide, de prévention et de soins ; la compétence à traiter des conduites à risque, quel que soit le degré d'implication des publics dans la consommation des produits psychoactifs ; la forte insertion dans une dynamique partenariale et plus généralement dans une dynamique locale qui rend possibles les actions engagées ; une diversité des méthodes de travail qui, à partir d'un tronc commun de principes renvoyant aux conditions d'une prévention de proximité, fait ressortir plusieurs « familles » de points écoute (clinique, double écoute psychosociale, communautaire, éducative), la famille

« éducative » étant celle qui, par la pratique de l'écoute active, doit faciliter l'engagement des personnes dans un processus où elles deviennent les « acteurs » de leur protection. Selon les auteurs, ce qui ressort de l'évaluation qu'ils ont conduite est que, pour la plupart des points écoute, l'expérience acquise, la confrontation au public conduisent assez vite à développer des combinaisons et orientations relatives à l'écoute : clinique/communautaire, psychosocial/éducatif, clinique/éducatif, communautaire/éducatif... La recherche d'une forme nouvelle à l'entrecroisement de ces orientations paraît la plus intéressante.

Politique de la MILDT²

Initialement, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), créée en 1982, était essentiellement orientée vers la prévention et la répression de l'usage des drogues illicites. Depuis deux ans, elle a repositionné sa politique en matière de prévention des conduites de consommation à partir de plusieurs constats : la diversité des connaissances, des pratiques et des messages ; la nécessité d'une approche globale de la prévention (Parquet, 1998) et des mécanismes de dépendances (Roques, 1999) ; le besoin d'une politique nationale et cohérente.

Pour construire cette politique, les principes suivants ont été adoptés :

- Principe de cohérence globale : les actions de prévention à propos des conduites de consommation ne peuvent être isolées des autres actions de prévention.
- Principe de participation et de dialogue : les actions de prévention ne peuvent se limiter à la diffusion d'informations (sous forme de conférences par exemple), mais devront impliquer les individus cibles de la prévention.
- Principe de réalité : les actions ne visent pas uniquement l'abstinence (irréaliste) mais la prévention des risques.
- Principe de professionnalisation : la mise en place des actions de prévention nécessite des connaissances spécifiques et des outils adaptés.

Le moment de l'action est fonction du niveau de prévention : prévention de l'initiation, prévention des risques ou prévention du passage de la consommation occasionnelle vers l'usage nocif.

Les acteurs de prévention sollicités sont : l'école (enseignants, acteurs sociaux et de santé), les associations (en particulier les associations sportives), les professionnels de santé, les parents. La presse a été prise en compte comme vecteur de diffusion des connaissances et des opinions.

L'évolution des moyens d'action et des modes est envisagée en deux temps :

- Dans un premier temps : construire et diffuser un corpus de connaissances communes et scientifiquement étayées. Dans cette perspective, la MILDT a initié l'élaboration : de documents, dont un pour la presse et un en direction de la population générale intitulé « Savoir plus, risquer moins » ; d'un site Internet comptabilisant actuellement plus de 8 000 connexions par semaine ; d'un plan de formation national pour les éducateurs et les professionnels sociaux et de santé et ce en prenant en compte les formations existantes. Il reste à réaliser des documents pour les adolescents (vidéos, films).
- Dans un second temps : modifier les pratiques d'action par la formation, la labellisation des actions de prévention (en cours), un travail en commun avec les parents.

Un recensement départemental des actions en cours est actuellement en œuvre.

Par ailleurs, à l'initiative du ministère de Jeunesse et des Sports et en collaboration avec la MILDT, un ouvrage recensant et analysant les outils pédagogiques susceptibles d'être utilisés dans le cadre d'actions préventives a été réalisé en 1992, puis réédité en 1994. Cet ouvrage est paru à nouveau en 1999 sous l'intitulé « Jalons pour la prévention des comportements d'usage de drogues – Guide des outils 1998 », édité par le Centre national de documentation sur les toxicomanies et autres difficultés de la jeunesse (CNDT).

En conclusion, l'analyse des travaux publiés met en évidence la nécessité d'orienter les actions vers la prévention du passage de la consommation occasionnelle à une consommation plus régulière, vers la prévention des risques liés à une consommation excessive (comme l'ivresse), et vers la promotion du bien-être psychologique des adolescents comme moyen de prévention de toute consommation. L'apport de connaissances ne peut en aucun cas constituer le seul mode d'action. La prise en compte, dans le sens positif de l'expérience des jeunes en fonction de l'âge et du sexe, et la participation active de la famille restent deux points forts à développer. La formation des acteurs (enseignants, médecins, infirmières...) est un préalable indispensable des actions.

Si l'approche globale de la consommation de produits psychoactifs s'avère aujourd'hui une priorité en France, force est de constater que la majorité des actions de prévention ainsi que des évaluations publiées dans la littérature internationale reste centrée sur un produit particulier. Comme le processus d'initiation et de consommation ainsi que les risques associés diffèrent d'un produit à l'autre, l'approche globale constitue une démarche qu'il convient de mieux expliciter, formaliser, expérimenter et évaluer. Des recherches dans ce sens s'avèrent donc indispensables si on veut asseoir cette approche.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL EL, KRUGER ML, FRIEDL J. How do physicians define « light », « moderate » and « heavy » drinking ? *Alcohol Clin Exp Res* 1998, **22** : 979-984
- ALLOTT R, PAXTON R, LEONARD R. Drug education : a review of British Government policy and evidence on effectiveness. *Health Educ Res* 1999, **14** : 491-505
- ALTMAN DG, WHEELIS AY, MCFARLANE M, LEE H, FORTMANN SP. The relationship between tobacco access and use among adolescents : a four community study [see comments. *Soc Sci Med* 1999, **48** : 759-775
- ANONYMOUS. Designing health promotion approaches to high-risk adolescents through formative research with youth and parents. *Public Health Rep* 1993, **108** : 68-77
- ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Editions CFES, Paris, 1998 : 328 p
- AREPS-IDES/ORSAS-Lorraine. Évaluation de points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport 1999 : 54 p
- ASSAILLY JP. « Boire ou conduire ». Prévention chez les jeunes. *Alcoologie* 1998, **20** : 65-71
- BACHMANN C, KARSENTI M. *Prévention des toxicomanies en milieu scolaire*. Dossier thématique du Centre Alain Savary. Éditions INRP, Paris 1996 : 144 p
- BACHMAN JG, JOHNSON LD, O'MALLEY PM. Explaining recent increases in students' marijuana use : impacts of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *Am J Public Health* 1998, **88** : 887-892
- BAILEY SL, POLLOCK NK, MARTIN CS, LYNCH KG. Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *J Adolesc Health* 1999, **25** : 179-181
- BALLION R. Les comités d'environnement social. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1998 : 130 p
- BALLION R. Les conduites déviantes des lycéens. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1999 : 266 p
- BAUDIER F, DRESSEN C, ARENES J. *Baromètre Santé Jeunes 94*. Editions CFES, Paris 1997 : 148 p
- BECK KH, SHATTUCK T, HAYNIE D, CRUMP AD, SIMONS-MORTON BG. Associations between parent awareness, monitoring, enforcement and adolescent involvement with alcohol. *Health Educ Res* 1999, **14** : 765-775
- BELCHER HM, SHINITZKY HE. Substance abuse in children : prediction, protection, and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998, **152** : 952-960
- BINYET S, DE HALLER R. Efficacité de la prévention du tabagisme chez les jeunes – Revue critique de la littérature. *Soz Praventivmed* 1993, **38** : 366-378
- BLACK DR, COSTER DC. Interest in a Stepped Approach Model (SAM) : identification of recruitment strategies for university alcohol programs. *Health Educ Q* 1996, **23** : 98-114
- BOUCHET C. L'alcoolisation des jeunes, problèmes, perspectives. Représentations, propositions, stratégies d'acteurs. Une étude en Rhône-Alpes (CRAES), 1998 : 25 p

- CHARLTON A. Children and smoking : the family circle. *Br Med Bull* 1996, **52** : 90-107
- CHOBEAUX F. Jeunes en errance et hébergements festivaliers. Rapport CEMEA, 1994 : 65 p
- CHOQUET M, LEDOUX S. *Adolescents-Enquête nationale*. Éditions Inserm, Paris, 1994 : 346 p
- CORBINEAU A. Description et analyse critique d'un projet de prévention des conduites d'alcoolisation auprès d'adolescents (réalisé dans un collège des Hauts de Seine en 92-93). Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris-XII – CHU St-Antoine 1994 : 27 p
- CRUM RM, ENSMINGER ME, RO MJ, MCCORD J. The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism : a twenty-five-year prospective study of inner-city children. *J Stud Alcohol* 1998, **59** : 318-326
- CUMMINGS KM, HYLAND A, SAUNDERS-MARTIN T, PERLA J, COPPOLA PR, PECHACEK TE. Evaluation of an enforcement program to reduce tobacco sales to minors. *Am J Public Health* 1998, **88** : 932-936
- DAS (Direction des affaires sociales). Mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans. Circulaire DAS/BAG n° 96-378 du 16 juin 1996. *Bull Off Aff Soc* 1996, **28**
- DAS (Direction des affaires sociales). Mise en place de points écoute jeunes et/ou parents financés sur le chapitre 47-15 (article 20). Circulaire DAS/DSF1 n° 97-280 du 16 avril 1997. *Bull Off Aff Soc* 1997, **17**
- DE PERETTI C, LESELBAUM N. Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions. Rapport INRP – Paris X, 1999 : 170 p
- DESPIN D. Restructuration d'un projet de prévention toxicomanie. Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris-XII – CHU St-Antoine 1994 : 27 p
- DEWIT DJ, OFFORD DR, WONG M. Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of the life course. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 746-758
- DIFRANZA JR, LIBRETT JJ. State and federal revenues from tobacco consumed by minors. *Am J Public Health* 1999, **89** : 1106-1108
- DISHION TJ, MCCORD J, POULIN F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am Psychol* 1999, **54** : 755-764
- DORSCH NG. Being real and being realistic : chemical abuse prevention, teen counselors, and an ethic of care. *J Drug Educ* 1997, **27** : 335-348
- DUSENBURY L, FALCO M, LAKE A. A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health* 1997, **67** : 127-132
- ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs). Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999. *Tendances* (OFDT) 2000, **6** : 1-6
- FARKAS AJ, DISTEFAN JM, CHOI WS, GILPIN EA, PIERCE JP. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking ? *Prev Med* 1999, **28** : 213-218
- FELDMAN L, HARVEY B, HOLOWATY P, SHORTT L. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *J Adolesc Health* 1999, **24** : 48-58

- FOXCROFT DR, LISTER-SHARP D, LOWE G. Alcohol misuse prevention for young people : a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997, **92** : 531-537
- GIRARD M. Consommation et abus de drogues chez les adolescents : guide pratique à l'usage du personnel scolaire. *Prisme* 1997, **7** : 544-568
- GLEASON MILGRAM G. Responsible decision making regarding alcohol : a re-emerging prevention/education strategy for the 1990s. *J Drug Educ* 1996, **26** : 357-365
- GRAHAM P. Alcohol and the young. *Arch Dis Child* 1996, **75** : 361-363
- GUENIF N, MELAS L. Maux à mots adolescents, les points d'accueil et d'écoute jeunes à l'épreuve de l'usage : maturité ou mirage. Évaluation des points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport « Interférences » pour la Direction de l'action sociale, 1999 : 87 p
- HANSEN WB. School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res* 1992, **7** : 403-430
- HAYDOCK A. Alcohol education in primary schools. *Nurs Stand* 1998, **13** : 43-46
- HEYMAN RB, ADGER H JR. Office approach to drug abuse prevention. *Pediatr Clin North Am* 1997, **44** : 1447-1455
- HU TW, LIN Z, KEELER TE. Teenage smoking, attempts to quit, and school performance. *Am J Public Health* 1998, **88** : 940-943
- JACOB E, JOUBERT M, TOUZE S. Évaluation des points écoute jeunes et/ou parents créés à partir de la circulaire n°97/280 du 10 avril 1997 – Rapport final. RESSCOM, 1999 : 324 p
- KAPLAN MS, WEILER RE. Social patterns of smoking behavior : trends and practice implications. *Health Soc Work* 1997, **22** : 47-52
- KILLEN JD, ROBINSON TN, HAYDEL KE, HAYWARD C, WILSON DM, HAMMER LD, LITT IE, TAYLOR CB. Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 1011-1016
- KLEIN JD. Incorporating effective smoking prevention and cessation counseling into practice. *Pediatr Ann* 1995, **24** : 646-652
- LAMKIN LP, HOUSTON TP. Nicotine dependency and adolescents : preventing and treating. *Prim Care* 1998, **25** : 123-135
- LEWIT EM, HYLAND A, KERREBROCK N, CUMMINGS KM. Price, public policy, and smoking in young people. *Tob Control* 1997, **6** : S17-S24
- LISNOV L, HARDING CG, SAFER LA, KAVANAGH J. Adolescents' perceptions of substance abuse prevention strategies. *Adolescence* 1998, **33** : 301-311
- LOVELAND-CHERRY CJ, LEECH S, LAETZ VB, DIELMAN TE. Correlates of alcohol use and misuse in fourth-grade children : psychosocial, peer, parental, and family factors. *Health Educ Q* 1996, **23** : 497-511
- MACNEIL G, KAUFMAN AV, DRESSLER WW, LECROY CW. Psychosocial moderators of substance use among middle school-aged adolescents. *J Drug Educ* 1999, **29** : 25-39
- MANSKE SR, BROWN KS, CAMERON AJ. School-based smoking control : a research agenda. *Cancer Prev Control* 1997, **1** : 196-212

- MCCLANAHAN KK, MCLAUGHLIN RJ, LOOS VE, HOLCOMB JD, GIBBINS AD, SMITH QW. Training school counselors in substance abuse risk reduction techniques for use with children and adolescents. *J Drug Educ* 1998, **28** : 39-51
- MEN (ministère de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social. Lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990a, **42**
- MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des toxicomanies et des conduites à risque. Lettre du 22 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990b, **42**
- MEN (ministère de l'Éducation nationale). Développement des Comités d'environnement social. Lettre 25 février 1993 et Circulaire n° 93-137 du 25 février 93. *Bull Off Educ Nat* 1993, **10**
- MENETREY AC. L'alcool, le tabac, des drogues légales toujours bien présentes. In : *La santé des adolescents : approches, soins, prévention*. Michaud PA, Alvin P, Deschamps JP, Frappier JY, Marcelli D, Tursz A. Payot, Doin, Université de Montréal, éd. Lausanne, Paris et Montréal, 1997 : 387-395
- NORLAND S, EICHAR D, DICHIARA A. Curricula, competition and conventional bonds : the educational role in drug control. *J Drug Educ* 1996, **26** : 231-242
- NORMAN P, BENNETT P, LEWIS H. Understanding binge drinking among young people : an application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Educ Res* 1998, **13** : 163-169
- NUTBEAM D. Exposing the myth. What schools can and cannot do to prevent tobacco use by young people. *Promot Educ* 1995, **2** : 11-14
- PALMER RE, GRAHAM JW, WHITE EL, HANSEN WB. Applying multilevel analytic strategies in adolescent substance use prevention research. *Prev Med* 1998, **27** : 328-336
- PARQUET PJ. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Rapport du Professeur Parquet, 1997. Editions CFES, Paris, 1998 : 107 p
- PATTON GC, CARLIN JB, COFFEY C, WOLFE R, HIBBERT M, BOWES G. Depression, anxiety, and smoking initiation : a prospective study over 3 years. *Am J Public Health* 1998, **88** : 1518-1522
- PATTON GC, HIBBERT M, ROSIER MJ, CARLIN JB, CAUST J, BOWES G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers ? *Am J Public Health* 1996, **86** : 225-230
- PAYNE EPPS R, MANLEY MW, GLYNN TJ. Tobacco use among adolescents. Strategies for prevention. *Pediatr Clin North Am* 1995, **42** : 389-402
- PEREZ-STABLE EJ, FUENTES-AFFLICK E. Role of clinicians in cigarette smoking prevention. *West J Med* 1998, **169** : 23-29
- POGGI D. Le point jeune à Toulon : un accueil multidimensionnel. Évaluation monographique. Rapport de Vérès - Consultants pour la Direction de l'action sociale, 1999 : 45 p
- PORCELLATO L, DUGDILL L, SPRINGETT J, SANDERSON FH. Primary school childrens' perceptions of smoking : implications for health education. *Health Educ Res* 1999, **14** : 71-83

RECOURS A. Politique de santé et fiscalité du tabac. Mission parlementaire sur la fiscalité du tabac, rapport au Premier Ministre, 1999 : 53 p

REID DJ, MCNEILL AD, GLYNN TJ. Reducing prevalence of smoking in youth in Western countries : an international review. *Tob Control* 1995, **4** : 266-277

RESNICOW K, BOTVIN G. School-based substance use prevention programs : why do effects decay ? *Prev Med* 1993, **22** : 484-490

RESNICOW K, SMITH M, HARRISON L, DRUCKER E. Correlates of occasional cigarette and marijuana use : are teens harm reducing ? *Addict Behav* 1999, **24** : 251-266

ROMANO JL. School personnel training for the prevention of tobacco, alcohol, and other drug use : issues and outcomes. *J Drug Educ* 1997, **27** : 245-258

ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Éditions Odile Jacob, Paris 1999 : 316 p

ROSENBAUM M. « Just say know » to teenagers and marijuana. *J Psychoactive Drugs* 1998, **30** : 197-203

ROSS JG, EINHAUS KE, HOHENEMSER LK, GREENE BZ, KANN L, GOLD RS. School health policies prohibiting tobacco use, alcohol and other drug use, and violence. *J Sch Health* 1995, **65** : 333-338

SARGENT JD, MOTT LA, STEVENS M. Predictors of smoking cessation in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998, **152** : 388-393

SCHEIER LM, BOTVIN GJ, BAKER E. Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use : a prospective analysis. *J Stud Alcohol* 1997, **58** : 652-667

SCHOR EL. Adolescent alcohol use : social determinants and the case for early family-centered prevention. Family-focused prevention of adolescent drinking. *Bull NY Acad Med* 1996, **73** : 335-356

SERRINS DS, EDMUNDSON EW, LAFLIN M. Implications for the alcohol/drug education specialist working with children of alcoholics : a review of the literature from 1988 to 1992. *J Drug Educ* 1995, **25** : 171-190

SMITH C, NUTBEAM D, MOORE L, ROBERTS C, CATFORD J. Current changes in smoking attitudes and behaviours among adolescents in Wales, 1986-1992. *J Public Health Med* 1994, **16** : 165-171

SOCKRIDER MM. The role of the pediatrician in smoking prevention. *Curr Opin Pediatr* 1997, **9** : 225-229

SOSALE S, FINNEGAN JR, SCHMID L, PERRY C, WOLFSON M. Adolescent alcohol use and the community health agenda : a study of leaders' perceptions in 28 small towns. *Health Educ Res* 1999, **14** : 7-14

STEAD LF, LANCASTER T. Interventions for preventing tobacco sales to minors (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford : Update Software.

THOMAS RE, THOMAS AP. Preventing children from smoking. How family physicians and pediatricians can help. *Can Fam Physician* 1995, **41** : 1517-1523

TORABI MR, BAILEY WJ, MAJD-JABBARI M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents : evidence of the « gateway drug effect ». *J Sch Health* 1993, **63** : 302-306

VILLALBI JR, BALLESTIN M, NEBOT M, BRUGAL T, DIEZ E. The prevention of substance abuse in schools : a process evaluation of the adoption of a standardised education module. *Promot Educ* 1997, **4** : 15-19

WALL AM, HINSON RE, MCKEE SA. Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *J Stud Alcohol* 1998, **59** : 409-419

WERCH CE, CARLSON JM, PAPPAS DM, DICLEMENTE CC. Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *J Sch Health* 1996, **66** : 335-338

WERNER MJ. Principles of brief intervention for adolescent alcohol, tobacco, and other drug use. *Pediatr Clin North Am* 1995, **42** : 335-349

WHITE D, PITTS M. Educating young people about drugs : a systematic review. *Addiction* 1998, **93** : 1475-1487

Synthèse

Selon le Traité de santé publique, il existe trois catégories d'éducation pour la santé : primaire, secondaire, tertiaire. L'éducation primaire est toute action éducative visant à renforcer l'état de santé. L'éducation secondaire consiste en des mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou, dans le cas où il est déjà intervenu, à restaurer le plus rapidement, un nouvel état de santé. L'éducation tertiaire étant toute intervention éducative visant à faire « vivre au mieux » les séquelles de l'accident. L'éducation à la santé intervient donc en amont et en aval de la maladie ou de l'accident de santé.

L'éducation sanitaire trouve sa justification dans les données de santé publique qui soulignent aujourd'hui l'importance des comportements comme facteurs explicatifs de la majorité des décès considérés comme prématurés et évitables, particulièrement chez les jeunes. Il est généralement admis que le coût de l'éducation est bien inférieur aux gains pouvant être réalisés. Ce coût est par ailleurs dérisoire quand on le compare aux coûts d'autres secteurs de l'activité dans le système de santé : en France, chaque année on consacre en moyenne par habitant : 10 F pour l'information et l'éducation pour la santé, 250 F pour la médecine préventive et 11 000 F pour les soins.

L'éducation à la santé ne présente pas seulement des intérêts collectifs et économiques ; elle présente assurément aussi un intérêt individuel et personnel. En effet, elle doit permettre à chacun de développer ses capacités pour améliorer tant la longévité que la qualité de la vie et cela dans la vision holistique de la définition de la santé retenue par l'OMS : « 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. »

L'éducation à la santé n'est pas le monopole de l'État, elle concerne tous les acteurs du système de santé, et ceux du système éducatif quand il s'agit des jeunes. Parce qu'elle est l'affaire de tous et relève d'une mission d'intérêt général, non seulement elle est exécutée par une multitude d'acteurs souvent ignorés les uns des autres, mais elle soulève des questions juridiques, éthiques et économiques. Or, on constate aujourd'hui que, dans l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire, les quelques dispositions éparses mentionnant l'éducation à la santé offrent un cadre d'activité mal structuré et mal délimité, ce qui ne sert pas sa crédibilité ni sa pertinence.

La démarche curative et la démarche préventive, sans se confondre, sont naturellement complémentaires et les codes de déontologie des professions médicales et paramédicales ou les textes réglementaires qui tiennent lieu de code font de l'éducation sanitaire une obligation professionnelle. Par ailleurs, le Code de la santé publique contient des dispositions très explicites conférant

à l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés, participant ou ne participant pas au service public hospitalier, une mission d'éducation pour la santé en plus de sa mission première curative. Certaines caisses d'assurance maladie, à partir de priorités définies par leur conseil d'administration, ont créé depuis une dizaine d'années des services chargés d'éducation et de promotion de la santé.

Le rôle des établissements scolaires a été reprecisé dans la loi d'orientation sur l'éducation de 1989 qui impulsait l'éducation à la santé en milieu scolaire, puis par un ensemble de dispositions prises en 1998 pour introduire l'éducation pour la santé dans les programmes des écoles primaires et des collèges. De plus, au sein des établissements, les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ont reçu pour mission l'éducation pour la santé et l'organisation de la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.

L'éducation pour la santé traditionnelle est l'ensemble des interventions éducatives qui visent à apporter à l'individu des informations dans le domaine de la santé, et à l'inciter à adopter des attitudes et des comportements favorables à sa santé. Plus récemment, l'éducation pour la santé s'est ouverte aux aspects sociaux et environnementaux. Le concept de « promotion de la santé » formalisé en 1986 dans la Charte d'Ottawa, qui reste la référence mondiale, a élargi la démarche éducative, en mettant en avant la responsabilité collective. Il ne s'agit plus seulement d'éduquer les individus mais de favoriser les mobilisations et les changements collectifs en prenant en compte les déterminants psychosociaux et sociétaux à l'origine des comportements et des attitudes défavorables à la santé. La promotion de la santé inclut l'éducation pour la santé qui en reste une composante essentielle.

La question éthique de savoir si un changement, qu'il soit d'attitude ou de comportement, doit être favorisé est centrale au débat sur l'éducation pour la santé. *A priori*, la volonté de changer les autres pourrait être considérée comme éthique si l'individu ou le groupe est conscient de cette influence, si le changement apporte un bénéfice à cet individu ou à ce groupe. La grande majorité des éducateurs pour la santé répugnent à normaliser les comportements, à culpabiliser les personnes au sujet de leur santé et à faire appel à la responsabilité individuelle comme unique moteur du changement. Au cours d'un colloque sur l'éducation pour la santé et l'éthique qui s'est tenu en janvier 2000, les quatre principes généraux utilisés en Amérique du Nord pour guider les interventions d'éducation pour la santé ont été rappelés : le respect de la justice sociale, le respect de l'autonomie des personnes, la nécessité de la bienfaisance du programme ou de l'intervention, la nécessité de la non-malfaisance du programme ou de l'intervention. En France, le débat sur la construction d'une éthique adaptée au contexte national est ouvert.

De la prévention à l'éducation et la promotion de la santé : une évolution conceptuelle et méthodologique

Le concept de santé ne fait pas l'objet d'une définition unique et univoque et plusieurs acceptions coexistent : absence de maladie, état biologique souhaitable, bien-être biopsychosocial, capacité individuelle à gérer sa vie et son environnement...

Définie sur des critères biophysiques, la santé s'évalue par des mesures objectives (ou objectivées) du même type, essentiellement en termes de normalité ou de risque, et les objectifs des actions sont aussi définis dans ces mêmes termes. Sous cette vision, la santé est surtout l'affaire des professionnels de santé et de soins.

Perçue à la fois comme un état et comme une « capacité à », la santé s'évalue en termes de pouvoir de mobilisation et d'interactions sociales, et les actions ne se limitent pas à l'apprentissage des risques et des comportements protecteurs mais intègrent d'autres éléments comme la place de la santé dans la vie et le pouvoir sur sa propre santé. Des professionnels de la santé et des éducateurs peuvent ainsi avoir un rôle conjoint.

La prévention a pour objet la maladie et le risque, et renvoie à une conception particulière de la santé comme absence de maladie. Comme telle, elle présente l'avantage de centrer l'action sur le problème à résoudre et une vision prospective (prévoir et prévenir). La limite de cette conception est de restreindre les préoccupations aux risques, c'est-à-dire aux comportements jugés négatifs et leurs dangers, alors que la nécessité en éducation pour la santé est autant de promouvoir et maintenir la santé que de prévenir des maladies (et des risques). Les comportements de santé positifs ou protecteurs de la santé, comme l'éducation physique ou l'attention apportée à la nutrition, sont adoptés plus souvent pour des raisons de plaisir ou de santé que de prévention de risques.

Au cours du dernier quart de siècle, le concept de prévention s'est peu à peu enrichi du concept de « promotion de la santé ». Ainsi, la prévention s'est étendue progressivement de l'évitement des agents nuisibles de l'environnement biophysique à celui des comportements individuels associés. Ce courant a montré qu'au-delà des comportements individuels, un ensemble de conditions sociales jouait un rôle important. Cette évolution a accompagné la réduction de l'incidence des maladies infectieuses grâce à la vaccination et au développement de l'hygiène. Une vision « positive » de la santé a pu voir le jour, notamment comme ressource pour la vie. La promotion de la santé vise à augmenter ce « potentiel santé » ou « capital santé », individuellement et collectivement.

De manière générique, l'éducation pour la santé peut être définie comme un ensemble d'activités intentionnelles de transfert et/ou de construction de

savoirs relatifs à la santé d'une personne, d'un groupe social ou d'une communauté. Deux conceptions de l'éducation pour la santé prévalent aujourd'hui. Dans la première, la santé est perçue de manière spécifique : il s'agit du bon fonctionnement de l'organisme humain, dans tous ses aspects, biologique, mental et social. Cette position est celle des sciences de la santé dont la légitimité dans l'éducation se réfère à la santé ainsi définie. Dans la seconde, l'éducation pour la santé est considérée comme un aspect de l'éducation générale, l'éducation à la vie. Les tenants de cette conception sont principalement les intervenants du champ des sciences de l'éducation, pour qui la santé est un des volets et des thèmes de l'éducation. La complémentarité des deux approches est importante à souligner. La première, plus biologique est également plus immédiate : elle correspond aux préoccupations à propos des risques existants. La seconde est une éducation à long terme, dont l'application exclusive pourrait ne pas répondre aux situations à risque immédiat.

Tous les intervenants auprès des enfants et adolescents sont concernés par l'éducation sanitaire : parents, enseignants, éducateurs, membres de mouvements de jeunesse et médecins de famille, pédiatres, paramédicaux, médecins et infirmiers scolaires. À l'intersection de ces deux champs (éducation et santé) se situent les professionnels de l'éducation pour la santé. Les « éducateurs pour la santé » se définissent par leur formation, leur expérience et surtout par leur capacité à dépasser les clivages professionnels et disciplinaires grâce à leurs compétences à la fois dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la communication, de la psychologie et de la sociologie. Ils constituent les principales interfaces entre les autres intervenants. À ces intervenants directs s'en ajoutent d'autres, en contact indirect avec les jeunes : organismes de santé et de prévention, associations de patients et de consommateurs et autres émetteurs de messages et d'influences sur les comportements de santé. Ces différents groupes d'acteurs représentent des enjeux différents et des possibilités d'action variées. Le problème est alors celui de la définition des responsabilités, des rôles et des territoires respectifs.

Le rôle et la place des parents et de l'entourage familial sont aujourd'hui mis en exergue. Ils doivent être perçus non seulement comme un public potentiel de l'éducation pour la santé, secondaire puisque les enfants constituent le public principal, mais aussi comme co-intervenants, acteurs à part entière et même, dans certains cas, acteurs principaux de l'éducation pour la santé de leurs enfants. Plusieurs expériences ont montré que les problèmes de santé des enfants ont pu être prévenus ou résolus grâce à des actions menées avec les parents seuls.

L'approche dénommée « promotion de la santé », définie dans la Charte d'Ottawa, offre un cadre théorique et d'interventions qui se veut global et cohérent et conçoit les stratégies de manière synergique (actions convergentes et concertées) sur la base d'une approche intersectorielle prenant en compte la multicausalité des déterminants de la santé. Mais la réalité des interventions est souvent plus morcelée et de ce fait moins probante. En effet,

le temps nécessaire à la modification des pratiques professionnelles est long. Cependant, des changements de pratiques individuelles et collectives s'observent un peu partout, qui confortent le bien-fondé des principes de la Charte.

Les principes évoqués pour la promotion de la santé font appel à la notion de « milieux » ou « cadres de vie » (villes, communautés, écoles, milieux de travail, services de santé, prisons...). L'intervention y est facilitée, non seulement par l'existence d'une population « captive », mais aussi parce qu'il s'agit de structures communautaires à forte identité partagée, fortes interactions et communications entre les membres et possédant des réseaux de financement. Pour les actions planifiées dans ces milieux et en particulier à l'école, le processus mis en place pour atteindre l'objectif est également important. Le but étant l'augmentation de la capacité des individus à s'autogérer, l'approche ne peut pas être directive mais seulement accompagnatrice du développement : l'individu va donc participer à la planification même du projet qui visera à créer des conditions favorables à l'émergence d'un changement de ses aptitudes et éventuellement de ses comportements. Cette démarche, résumée par beaucoup d'auteurs sous les vocables d'*enabling* (rendant capable) et d'*empowerment* (donnant le pouvoir sur les événements), est celle que doit avoir l'entreprise éducative en général et l'éducation pour la santé en particulier.

Dans l'éducation pour la santé, il existe un volet individuel et un volet collectif, qu'il serait inadéquat de vouloir séparer : l'apprentissage des comportements de santé et des modes de vie doit être abordé sous ces deux angles à la fois. Pour élaborer des actions pertinentes d'éducation pour la santé, il est nécessaire de comprendre les facteurs d'influence et de genèse des comportements de santé, les processus d'apprentissage de la santé. Il faut donc analyser les besoins éducatifs, poser un « diagnostic éducatif et/ou comportemental ».

Toute méthode d'analyse des besoins repose sur un modèle explicatif ou une théorie des comportements de santé. Dans le champ de l'éducation pour la santé, plus de vingt modèles ont été élaborés ou utilisés. Ils peuvent être regroupés en huit grandes catégories en fonction de leurs caractéristiques principales résumées dans le tableau ci-après.

À ces modèles peuvent s'ajouter ceux qui touchent aux processus de changement individuel mais qui ne constituent pas des cadres explicatifs ou de compréhension des comportements de santé. Tous ces modèles ont souvent été élaborés par les spécialistes d'une discipline à partir d'observations et d'expérimentations, sans articulation interdisciplinaire. Utilisés principalement de manière déterministe dans un but de prédiction des comportements de santé, ces modèles peuvent néanmoins servir dans une perspective de compréhension des facteurs d'influence (représentations sociales, compétences profanes) adaptable à chaque public.

L'éducation pour la santé étant une discipline à orientation pratique, dont la « matière » est l'être humain vivant, la recherche y est de type appliqué : recherche de développement (programmes, actions), recherche évaluative et

Principales catégories de théories et modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie.

Modèle biomédical	Il explique le comportement de santé d'une personne par <ul style="list-style-type: none">• ses prédispositions psychologiques (personnalité, motivation, capacités de compréhension...),• son profil sociodémographique (âge, sexe, instruction...); et par certaines caractéristiques <ul style="list-style-type: none">• du comportement attendu (complexité, durée...),• du risque à éviter (prévalence, gravité...).
Théories de l'information et de la communication	Les facteurs considérés sont les caractéristiques de l'émetteur, du récepteur, du message, du canal et du code : qui dit quoi à qui avec quels moyens et avec quel effet ?
Théories de la personnalité	Les principaux facteurs considérés sont : <ul style="list-style-type: none">• le lieu de contrôle de la santé (<i>Health Locus Control</i>) perçu individuellement en termes de pouvoir et de devoir et qui peut être interne (l'individu lui-même), externe (les autres) ou la chance (hasard, Dieu...), ou une combinaison des trois ;• les logiques de santé d'une personne entraînant un comportement de gestion ou d'abandon vis-à-vis de sa santé.
Théories valeurs-attentes	La principale application en est le modèle des croyances relatives à la santé (<i>Health Belief Model</i>) qui prend en compte <ul style="list-style-type: none">• la perception d'une menace (vulnérabilité et gravité des conséquences),• la croyance en l'efficacité d'un comportement préventif pour réduire cette menace (rapport avantages-inconvénients entre comportement préventif et risque).
Modèle PRECEDE	<i>Predisposing, Reinforcing, Enabling causes in Educational Diagnosis and Evaluation.</i> Il a été le premier modèle multifactoriel, utilisant plusieurs diagnostics successifs : social, épidémiologique, comportemental, éducatif puis administratif.
Théories d'apprentissage social	Elles sont appliquées à partir de la théorie sociale cognitive (<i>Self Efficacy Theory</i>) qui complète les précédentes par la prise en compte de <ul style="list-style-type: none">• la croyance en l'efficacité personnelle : maîtrise et pérennisation du comportement souhaité,• la croyance en l'efficacité du comportement dans l'obtention du résultat escompté.
Théorie des représentations sociales	Elle postule que les représentations sociales de la santé, et d'autres objets en relation avec la santé, sont le principal facteur d'influence de la construction, de l'adoption et du changement des comportements de santé.
Modèles intégratifs	Ils articulent les contenus des modèles et théories antérieurs en un ensemble plus global.

recherche-action en sont les principales tendances. Si la recherche évaluative a comme objet les processus et les effets des actions éducatives, les deux autres touchent à la fois l'analyse des besoins et l'implantation des actions et programmes.

Les premiers programmes ayant été d'abord conçus à partir d'une perspective de prévention, les méthodes quantitatives, expérimentales (essais randomisés avec groupe témoin) et quasi expérimentales (sans randomisation) ont été les plus utilisées. Cependant, le contrôle des variables introduit une réduction de la complexité de la réalité et, par le fait même, modifie l'objet de l'étude. Par la suite, la sociologie, la pédagogie et la psychologie ont apporté leurs méthodes et outils en complément (approches qualitatives avec entretiens semi-directifs et groupes de discussion). La tendance actuelle est de recommander de combiner ces approches, ce qui introduit les difficultés inhérentes à toute étude véritablement interdisciplinaire.

Par ailleurs, l'évaluation et la recherche évaluative se sont longtemps centrées sur les changements de savoirs, les résultats sanitaires et épidémiologiques, et les aspects économiques, en ignorant le rôle de l'ensemble des facteurs, des processus, des aspects organisationnels dans la qualité et l'efficacité de l'éducation pour la santé. La notion de promotion de la santé visant à augmenter le « potentiel santé » implique que des indicateurs de « niveaux de capacité d'action » des individus soient définis et utilisés dans la recherche évaluative.

Les jeunes et leur santé : perceptions et représentations

Si l'on connaît de mieux en mieux l'épidémiologie des jeunes publics, on reste loin de comprendre les aspects psychosociaux sans lesquels il ne peut y avoir d'éducation pour la santé efficace. Cette « psychosocio-épidémiologie » est l'étude simultanée de la santé des jeunes (et non seulement de leurs problèmes de santé), de ses déterminants politiques, environnementaux, organisationnels (en quoi l'école contribue-t-elle à la santé des enfants ?), de leurs représentations, préoccupations, savoirs, attitudes, priorités, et ressources propres en matière de santé.

En France, les données sur la santé et les comportements de santé des jeunes proviennent de divers types d'enquêtes. Cependant, les méthodologies utilisées pour collecter ces données sont sensiblement différentes et peuvent introduire des écarts entre les résultats publiés.

Exemples de sources d'information sur les jeunes et leur comportement de santé en France.

Adolescents - Enquête nationale 1993 - Inserm U169

Enquête ACSJ (Attitude et comportement sexuels des jeunes de 15-18 ans) 1994 - ANRS/CNRS/EHESS/Inserm

Les conduites déviantes des lycéens 1997 - CADIS/OFDT

Baromètre santé jeunes 1997/98 - CFES

Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolution. Synthèse des études réalisées en 1983, 1991, 1998 - INRP/Paris X/OFDT

Enquête ESPAD (European school survey on alcohol and other drugs) 1999 - Inserm/OFDT/MENRT

Mise en œuvre de l'éducation pour la santé : place du cadre institutionnel du système éducatif

L'analyse de la littérature relative à l'éducation pour la santé des jeunes permet de dégager certains consensus quant aux éléments clés (lieu, moyens, contenu) à prendre en compte dans la conception et la mise en œuvre des programmes.

L'école est reconnue comme le lieu privilégié (mais non unique) d'éducation et de promotion de la santé en raison des interactions importantes entre la santé, la réussite scolaire et l'éducation, et aussi parce qu'elle permet d'atteindre la très grande majorité d'une classe d'âge.

On constate que la planification et l'organisation des programmes demandent un investissement substantiel en temps et en ressources. La formation des adultes, et particulièrement des enseignants et des équipes pluriprofessionnelles, est déterminante et souvent considérée comme prioritaire. La constitution de ressources (organismes de référence, documentation, guides méthodologiques) et d'outils pédagogiques et leur mise à la disposition des enseignants est fondamentale. L'allocation de temps doit être suffisante. Le constat général de la diminution des effets des programmes avec le temps conduit en outre à la notion de programmes progressifs mis en œuvre tout au long de la scolarité, en coordination avec les programmes scolaires.

L'ensemble des auteurs s'accorde à dire que l'information est nécessaire, mais ne suffit pas. L'amélioration des connaissances est plus facile et plus rapide que celle des comportements, mais ne conduit pas nécessairement à des changements de comportements. Les méthodes doivent être diversifiées et solliciter la participation active et interactive des élèves pour les impliquer dans leurs apprentissages, mais aussi dans le choix des thèmes et des sujets de santé à aborder. La clarification des valeurs et des attitudes et le développement de l'estime de soi constituent des facteurs éthiques mais aussi des facteurs d'efficacité.

L'enrichissement des compétences psychosociales telles que la négociation, la résolution de problèmes, la pensée créatrice, la capacité à prendre des décisions, à faire face (*coping*), les relations interpersonnelles et la communication sont des éléments importants de l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé en tant que matière d'enseignement ne suffit pas. Le « programme caché » des établissements (*hidden curriculum*), c'est-à-dire les valeurs, le climat relationnel et les pratiques éducatives au quotidien, influe sur la construction de l'identité et sur les apprentissages. L'éducation pour la santé ne peut être dissociée de la promotion de la santé dont elle constitue un des aspects. Les politiques nationales définissant les orientations dans ce domaine relient maintenant étroitement l'éducation pour la santé à la promotion de la santé. Pour les établissements scolaires, cette approche repose sur

une combinaison de mesures et de responsabilités dans différents registres : curriculum (les contenus d'enseignement) ; environnement (physique, organisationnel et psychosocial, intégrant les valeurs et les aspects relationnels) ; services de santé ; partenariats (avec les parents, les communautés locales, le secteur de la santé et le secteur associatif) ; fonctionnement de l'école.

Les politiques, les programmes et les projets d'éducation/promotion de la santé au sein du système scolaire, de même que les conditions de leur mise en œuvre, dépendent de l'organisation du système éducatif, d'une part, et du système de santé, d'autre part, ainsi que de la culture des partenariats interinstitutionnels.

Quatre contextes de mise en place d'éducation pour la santé en milieu scolaire

Aux États-Unis, le modèle de *Comprehensive School Health Education* a été introduit à la fin des années quatre-vingt par le *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), institution sanitaire fédérale, dans le but d'unifier et d'articuler les objectifs fédéraux et ceux des différents États, dans un pays où la diversité locale était importante. Il a pour objectif l'amélioration de la santé ainsi que des attitudes, des pratiques et des compétences qui ont un impact positif sur la santé. Les principes généraux de cette approche insistent sur sa dimension comportementale et sur la coordination entre l'école et la communauté. Un tel programme global comprend huit composantes complémentaires.

Composantes du modèle de *Comprehensive School Health Education*, développé aux États-Unis.

L'éducation pour la santé est abordée tout au long du cursus scolaire.

Les services de santé scolaire assurent des activités de dépistage, des soins d'urgence et facilitent l'accès aux soins.

La promotion d'environnements sains inclut les facteurs physiques mais aussi les facteurs psychosociaux.

Les services de restauration scolaire doivent concourir à la santé et à l'éducation des élèves.

Les besoins de santé des personnels scolaires doivent être pris en compte.

L'établissement propose des services d'aide psychologique et de *counseling*.

L'implication des parents et des communautés est recherchée.

L'éducation physique propose une variété d'activités concourant au développement physique, mental, émotionnel et social optimal de chacun et promeut des activités que les élèves pourront pratiquer au cours de leur vie.

Une étude nationale a été réalisée par le CDC en 1994 pour mesurer l'étendue d'application de cette politique et plus particulièrement le développement de l'enseignement de l'éducation pour la santé. Au niveau des établissements scolaires, le responsable de la politique de santé est souvent le chef d'établissement, éventuellement assisté d'un adjoint ou d'un infirmier. Au niveau

élémentaire, l'éducation pour la santé est plutôt faite sous forme de leçons intégrées au programme classique, alors que, dans le secondaire, les districts demandent que l'éducation pour la santé fasse partie d'un cours spécifique consacré presque entièrement à la santé. Dans la pratique, les établissements secondaires enseignent l'éducation pour la santé soit dans des cours spécifiques, soit dans le cadre de disciplines comme la biologie ou l'économie familiale. Les thèmes les plus fréquemment abordés sont la prévention du sida, la prévention de l'usage de l'alcool et des drogues ; les accidents, les violences ou la régulation des naissances sont moins souvent envisagés. Lorsque l'éducation pour la santé est proposée dans le cadre d'un cursus spécifique, le temps consacré est plus important et les aspects développés plus nombreux. En ce qui concerne l'éducation physique, les formations proposées aux enseignants sont plutôt axées sur les sports et la compétition sportive, alors que, selon les auteurs, la contribution de l'éducation physique à la santé devrait plutôt consister à augmenter l'activité physique durant les cours et à adapter les enseignements pour améliorer la forme physique de « chacun ». En dehors des professeurs d'éducation physique, les professeurs impliqués dans l'éducation pour la santé viennent de disciplines variées : religion, économie familiale, études sociales, sciences de la vie ou langues. À ce propos, les auteurs soulignent l'importance de la formation des enseignants en éducation pour la santé et la responsabilité des États dans ce domaine. Il est précisé que cette politique doit être accompagnée aux différents niveaux décisionnels (fédéral, des États, des districts) par des mesures incitatives et par la prise en compte des besoins financiers et humains (formation, coordination, évaluation).

À l'échelle européenne, le Réseau européen des écoles promotrices de santé, créé en 1991, est un projet financé conjointement par le Conseil de l'Europe, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS et la Commission européenne. L'accent est mis sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé, sur l'amélioration de l'estime de soi, des compétences, du bien-être des élèves et des équipes éducatives, et sur les liens entre l'école et la communauté. Holistique par nature, ce modèle a pour objectif d'améliorer l'environnement social et physique dans la communauté scolaire tout en développant l'éducation pour la santé des publics. Les enseignements sont orientés vers des apprentissages actifs et engagent les enseignants dans des démarches innovantes. Au niveau des États membres, les ministres de la Santé et de l'Éducation ont été invités à collaborer pour promouvoir le développement de ce modèle.

Une évaluation récente du développement du Réseau dans les pays membres montre une situation contrastée : dans certains pays, le réseau tend à se généraliser alors que dans d'autres, dont la France, le réseau est petit, mal connu et reste isolé.

Les aspects les plus généralement travaillés dans les établissements scolaires du réseau sont les relations entre élèves et entre élèves et adultes, les activités éducatives et la question de la nutrition en relation avec la cantine. Les liens avec les écoles primaires, la promotion de la santé des équipes éducatives et les

Critères initialement proposés aux écoles du Réseau européen des écoles promotrices de santé pour un cadre de référence.

- L'estime de soi des élèves
- Les relations entre élèves et entre adultes et élèves
- L'objectif social de l'école
- Le rôle modélisant de l'équipe éducative
- Les relations entre l'école, les familles et les communautés
- La liaison entre les écoles primaires et secondaires
- Les activités stimulantes
- L'environnement sain
- La nutrition et la cantine
- Les services de santé scolaire
- La promotion de la santé des équipes éducatives
- La liaison avec les structures de promotion de la santé

services de santé scolaire ont été plus irrégulièrement pris en compte. L'aspect qui pose le plus souvent un problème concerne la question du rôle modélisateur des adultes. Au niveau du secondaire, les thèmes les plus souvent abordés dans les enseignements spécifiques sont les drogues, le sida et la reproduction, alors que, dans le primaire, il s'agit plutôt de la nutrition et de la prévention des blessures.

Cette évaluation a identifié des effets en termes d'amélioration de la qualité des relations, de la nutrition, des contenus d'enseignement et une diminution de l'absentéisme (bon indicateur de la qualité de vie dans un établissement scolaire). Elle a permis d'observer que le point de vue des acteurs des systèmes éducatifs et sanitaires sur l'évaluation diverge sur de nombreux points et, de ce fait, recommande de renforcer les liens entre le secteur éducatif et le secteur de santé pour favoriser l'émergence d'une culture commune.

Au Royaume-Uni, il existe une tradition de collaboration entre les secteurs sanitaire et éducatif. Le programme-cadre *Healthy Schools Award* a été initié au début des années quatre-vingt-dix afin de stimuler la démarche de promotion de la santé dans les établissements scolaires. Une évaluation de ce programme-cadre, réalisée en 1998, montre l'augmentation des consensus sur la valeur de cette approche. Il est observé que le programme mis en œuvre tend à privilégier l'éducation pour la santé. Les auteurs plaident pour le développement des autres aspects de la promotion de la santé, comme la santé des équipes éducatives et l'implication des personnels non enseignants, des parents et de la communauté élargie. La question de l'évaluation est ensuite posée, soulignant le besoin d'outils susceptibles d'appréhender tant les processus et les changements structurels que les effets sur les connaissances, attitudes, comportements...

En octobre 1999, les autorités sanitaires et éducatives ont lancé un programme national des écoles en santé (*National Healthy Schools Scheme*) ayant pour objectif d'impliquer toutes les autorités éducatives locales dans un partenariat avec le service national de santé pour établir des programmes locaux et, à terme, engager toutes les écoles dans cette démarche. Différents axes concernant l'implication communautaire et les domaines éducatifs ont été définis.

Principaux axes du programme *National Healthy Schools Scheme* appliqué au Royaume-Uni.

Le partenariat
L'implication de toute la communauté scolaire
La citoyenneté
L'éducation personnelle, sociale et de santé
La santé émotionnelle et le bien-être
La prévention des consommations de drogues, d'alcool et de tabac
L'éducation relationnelle et sexuelle
L'alimentation
L'activité physique
La sécurité

En Suisse, dans un contexte fédéral où foisonnent des initiatives diversifiées d'éducation et de promotion de la santé, l'Office fédéral de la santé publique et la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique ont pris en 1995 la décision conjointe de lancer un programme-cadre intitulé « École et santé ». Ce programme tend à faire reconnaître, dans l'ensemble du pays, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé comme partie intégrante du mandat d'éducation et de formation confié à l'école, et entend donner de l'impulsion à son extension. Il finance des projets de recherche en promotion de la santé dans le système scolaire par des procédures d'appels d'offre qui privilégient les projets interdisciplinaires, s'appuyant sur des mises en réseau et susceptibles de prolongements durables au niveau cantonal, voire régional. Ce programme-cadre veut promouvoir les échanges d'informations et garantir le suivi et l'évaluation des projets sélectionnés. La démarche consiste à générer un processus de développement inscrit dans la durée et impliquant les divers échelons administratifs.

Dispositifs institutionnels français de mise en place de l'éducation pour la santé à l'école

198 En France, la loi d'orientation du ministère de l'Éducation nationale (MEN) de 1989, qui place l'élève au centre du système éducatif, inscrit l'éducation pour la

santé parmi les préoccupations de la communauté éducative. En novembre 1998, le MEN a précisé les nouvelles orientations nationales relatives à l'éducation à la santé afin de renforcer le rôle de l'école dans ce domaine et en généraliser les pratiques. Il en a redéfini le cadre tout en l'inscrivant « dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté ».

La directive met l'accent sur les objectifs, définis en termes d'acquisition de compétences, de savoir-faire et de savoir-être. Pour chaque cycle et pour chaque discipline sont décrites les compétences qui constituent les objectifs de l'éducation à la santé dans les domaines de la connaissance et de la maîtrise du corps, de la sexualité et de la reproduction, de l'environnement et de la vie sociale. Parallèlement, sont précisées les compétences transversales personnelles et relationnelles, de l'ordre du savoir-être qui doivent être développées tout au long de la scolarité : image de soi, autonomie, et initiative personnelle, relation aux autres et solidarité, esprit critique, responsabilité.

Place de l'éducation pour la santé dans l'enseignement à l'école primaire et au collège en France.

Objectifs

Développement de compétences relatives à :
la connaissance et la maîtrise du corps
la sexualité et la reproduction
l'environnement et la santé

Développement de compétences personnelles et relationnelles telles que :
l'image de soi
l'autonomie et l'initiative personnelle
la relation aux autres et la solidarité
l'esprit critique
la responsabilité

Thèmes et/ou disciplines d'enseignement impliqués

École primaire

« Découvrir le monde »
« Agir dans le monde »
« Traiter l'information »

Sciences et technologie
Éducation physique et sportive
Éducation civique

Collège

Sciences de la vie et de la terre
Physique et chimie
Éducation physique et sportive
Séquences d'éducation à la sexualité
Éducation civique
Arts plastiques
Lettres

La nouveauté de ces directives est d'ancrer l'éducation pour la santé dans plusieurs disciplines (en particulier l'éducation civique, les sciences de la vie 199

et de la terre et l'éducation physique et sportive), et non plus seulement dans la biologie. De plus, ces directives demandent aux collèges une programmation pluriannuelle de « rencontres éducatives sur la santé ».

Le ministère insiste sur la précocité de la démarche éducative et sur le principe de progressivité. Il demande la cohérence de l'éducation pour la santé avec le projet éducatif de l'établissement, en liaison avec le Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC).

Le CESC est l'instance d'établissement qui a succédé en 1998 au Comité d'environnement social (CES). Ce dernier, créé dès 1990, avait initié une politique partenariale pour prévenir les conduites à risque et les violences et assurer les suivis nécessaires.

L'évaluation des CES, réalisée en 1997, a montré leur intérêt fonctionnel pour organiser de manière cohérente des actions de prévention qui auparavant étaient dispersées, pour mobiliser les acteurs, adultes et élèves, améliorer les relations et renforcer les partenariats. Ce dispositif qui repose sur l'établissement scolaire est adaptable et souple, mais également fragile si les acteurs ne sont pas formés, reconnus et soutenus. L'examen du fonctionnement des CES a mis en évidence une grande diversité de modes et de niveaux d'action, ainsi que des points faibles : les élèves ne sont pas suffisamment impliqués, il existe souvent un manque de communication interne et de visibilité du dispositif. Par ailleurs, les acteurs souhaitent un plus grand investissement des autorités et une définition claire des priorités et des critères d'évaluation de la pertinence des actions engagées.

Les missions du CESC ont été élargies et l'accent est mis sur l'organisation du projet éducatif de l'établissement en matière de santé, de citoyenneté et de lutte contre l'exclusion et sur une approche positive, valorisant les capacités des élèves.

Missions du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.

Organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.

Assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école (relais internes et externes).

Venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être.

Renforcer les liens avec la famille.

Apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés.

200 Les CESC concernent essentiellement le second degré, mais la couverture est encore imparfaite, y compris en secteur sensible. Différents niveaux de

guidance et de soutien sont maintenant nécessaires au développement et à l'animation de ce cadre. Les établissements ont besoin d'aides diversifiées pour remplir leurs nouvelles missions (cohérence des diverses directives, incitations, formations, échanges de pratiques, aides méthodologiques à l'action et à l'évaluation, outils...)

Ainsi, l'option privilégiée dans le système éducatif français, qui consiste à favoriser la synergie entre la mission éducative des établissements et la mission de promotion de la santé, en tenant compte des interactions importantes entre la santé, la scolarisation, l'éducation et l'insertion sociale, rejoint celles qui président aux stratégies de promotion de la santé en milieu scolaire dans d'autres pays comparables d'un point de vue sanitaire, économique et culturel.

Approches par les pairs : les élèves acteurs de l'éducation/promotion de la santé

Parmi les approches qui ont tenté de renforcer la position des élèves en tant qu'acteurs de l'éducation/promotion de la santé, les approches par les pairs ont fait l'objet d'une grande vogue ces deux dernières décennies. Initialement utilisées pour la prévention primaire, ces méthodes tendent de plus à se développer dans des groupes particuliers, à des fins de prévention secondaire ou de réduction des risques.

Les diverses approches par les pairs représentent des modalités complémentaires d'intervention d'éducation et de promotion de la santé, susceptibles de renforcer l'implication des élèves dans les processus éducatifs dont ils sont la cible. Parmi les diverses fonctions assignées aux pairs, on peut distinguer les pairs « acteurs de prévention » participant à l'élaboration et la mise en œuvre des projets, les pairs « éducateurs » chargés de diffuser des informations, des recommandations, voire des compétences, et les pairs « entraidents » investis d'un rôle de repérage, de conseil ou de relais auprès de leurs camarades.

Quelles que soient les fonctions exercées par les pairs, il convient de souligner d'emblée qu'il s'agit d'une démarche exigeante, qui implique la mobilisation d'une équipe pour former et superviser les jeunes impliqués pendant toute la durée du processus. Il importe aussi de prendre en considération les positions des adultes, en particulier en milieu scolaire où il leur est demandé de s'adapter aux modifications du statut des élèves, à leur *empowerment*. Toutefois, l'analyse des approches par les pairs a montré qu'elles permettent d'augmenter les échanges entre les adultes et les jeunes, et que les apports des jeunes pour adapter les projets, programmes, démarches, outils... sont généralement reconnus et appréciés.

Les expériences menées avec les « pairs éducateurs » ne montrent pas une supériorité absolue de l'intervention des pairs en termes d'efficacité sur la

réduction des comportements à risque (réduction des consommations, protection contre le sida). Cependant, ces interventions peuvent s'avérer aussi « efficaces » que celles menées par des adultes, surtout lorsque les pairs suscitent des activités interactives entre les jeunes. Par ailleurs, les pairs sont susceptibles de mieux faire connaître les ressources existantes (services professionnels) et de contribuer à augmenter leur utilisation par les jeunes. Cet effet paraît important à exploiter, en particulier pour les populations difficiles à contacter directement, les jeunes déscolarisés par exemple.

Un constat essentiel est que les principaux bénéficiaires de ces approches sont les pairs impliqués eux-mêmes. Pour eux, les acquis sont importants et dépassent largement la question des conduites à risque. Leur investissement dans la démarche et la formation a des répercussions en termes de développement personnel, d'estime de soi et d'*empowerment*. Cette expérience leur donne aussi bien souvent l'occasion d'acquérir des compétences relationnelles, sur le versant de l'écoute et de l'ouverture aux autres et/ou sur celui de la communication.

Ces résultats majeurs pour les pairs conduisent à s'interroger sur l'intérêt potentiel de ces démarches pour les jeunes les plus à risque, dans une visée de réduction des inégalités en matière de santé. Jusqu'à maintenant, ces approches ont plutôt été développées dans la perspective d'induire des changements dans la communauté des jeunes, et les pairs ont été choisis bien souvent pour leurs compétences relationnelles initiales élevées. Dans la mesure où les principaux bénéficiaires de l'approche sont les pairs eux-mêmes, on peut se demander s'il n'est pas opportun d'en reconsidérer les objectifs pour les orienter plutôt en faveur des jeunes fragilisés, pour les former dans un cadre qui fonctionne bien souvent comme un groupe de « support ».

Principales caractéristiques des programmes d'intervention

À l'examen des différentes approches, on constate que les sciences de la santé ont davantage un enracinement dans les sciences expérimentales, alors que les sciences de l'éducation ont plutôt une tradition de sciences d'observation. Cette double origine maintient une tension permanente entre les différents pôles d'attraction à l'intérieur du champ de l'éducation pour la santé.

L'éducation et la santé sont en permanence au cœur du débat social et politique, mais l'éducation est l'objet d'une réflexion politique et sociale très ancienne, alors que la dimension sociale de la santé est seulement en train d'émerger.

La littérature scientifique rapportant les évaluations des programmes d'éducation pour la santé est très abondante. Ce qui frappe à l'examen de celle-ci est l'extrême diversité des objectifs, des approches éducatives et des méthodes de mesure des résultats. Néanmoins, on constate une convergence à la fois en termes d'approches éducatives, et de méthodes d'évaluation.

Caractéristiques des sciences de la santé et des sciences de l'éducation.

Santé et sciences de la santé	Éducation et sciences de l'éducation
Proche des sciences de la nature	Proche des sciences humaines
Forte tradition expérimentale	Tradition expérimentale moins forte
Dimension sociale émergente	Très ancienne intrication avec le social et le politique
Débat éthique permanent (bioéthique, droits des malades...)	Débat éthique ancien

Les convergences observées dans les approches éducatives concernent à la fois les aspects théoriques et les pratiques.

- La nécessité que l'intervention se fonde sur une théorie est toujours affirmée. La théorie sociale cognitive (*Self-Efficacy*), la plus ouverte et la plus souvent citée postule deux éléments simples : on apprend par imitation, en conséquence, il faut montrer des modèles d'action aux jeunes à pouvoir imiter (jeux de rôles, vidéos) ; plus on se croit capable d'adopter un comportement, plus on a de chances de le tenter et de persévérer en cas d'échecs initiaux.
- Tenir compte de l'influence sociale dans l'adoption de certains comportements est jugé indispensable : des approches aidant à communiquer au sein d'un groupe se sont substituées au simpliste « apprendre à dire non ». Les difficultés personnelles sont à prendre en compte dans les apprentissages psychosociaux (prise de décision, gestion du stress, techniques de relaxation...). L'affirmation par les intervenants de valeurs congruentes avec le programme semble nécessaire. L'implication de l'environnement social augmente.
- Le type de connaissances à apporter se précise, en particulier sur les effets à court terme, lorsqu'il s'agit de produits psychoactifs. La durée des programmes s'allonge : les interventions ponctuelles disparaissent au profit d'interventions qui durent au moins une dizaine d'heures par an et qui se répètent au cours de plusieurs années. La nécessité d'aller jusqu'à des répétitions comme dans un entraînement sportif ou musical est souvent évoquée.

Les approches trop globales ont échoué, probablement parce qu'il reste des spécificités inhérentes à chaque thème et que l'approche globale est souvent associée à une dilution des objectifs.

Efficacité de l'éducation pour la santé : quelle évaluation ?

De nombreux débats se poursuivent sur les méthodes d'évaluation de l'efficacité de l'éducation pour la santé. Les tenants d'une première école se référant à l'approche « épidémiologiste » mesurent l'atteinte d'objectifs préalablement fixés pour une population donnée (augmenter le taux de non-fumeurs dans un

public scolaire par exemple). Ceux d'une seconde école, se référant aux approches « communautaires », souhaitent que les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre, voire les méthodes d'évaluation, soient déterminés par la population elle-même, empêchant *ipso facto* tout protocole d'intervention ou d'évaluation préalablement défini. Dès lors, le mode d'évaluation devient indissociable du type d'approche utilisé dans le programme.

La première école d'évaluateurs utilise la méthode expérimentale qui consiste à comparer l'évolution d'une population ayant bénéficié d'un programme éducatif à celle d'une population n'en ayant pas bénéficié ou ayant bénéficié d'un programme alternatif. La seconde école d'évaluateurs propose de mettre l'accent sur l'évaluation de processus, c'est-à-dire du pilotage fin des actions réalisées, en particulier par des évaluations qualitatives permettant non pas de mesurer un changement mais de comprendre comment le programme a été appliqué, compris, vécu, accepté. Une expression de la différence consiste à dire que la première école défendrait une efficacité scientifiquement déterminée, et la seconde une efficacité démocratiquement déterminée.

Principaux traits des évaluations en fonction du type de programme mis en œuvre.

	Approche dominante des programmes	
	Traditionnelle positiviste : éducation pour la santé	Postmoderne : promotion de la santé
Actions/interventions		
Définition des objectifs	par les expérimentateurs	par la population concernée par le programme
Types d'objectifs	inciter et aider à adopter des comportements favorables à la santé	provoquer des changements organisationnels (mouvement social et/ou citoyen) et environnementaux favorables à la santé
Conception	par les experts/expérimentateurs à partir de théories explicatives	par la population concernée par le programme
Évaluations		
Objectifs	mesure des effets du programme : amélioration des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements de santé	examen du processus de déroulement du programme : suivi et vécu des étapes
Approche dominante	quantitative : mesure d'indicateurs	qualitative : analyse des phénomènes et des ressentis vécus par la population
Méthodologie	protocole expérimental : groupe(s) de comparaison et tirage au sort (situation idéale)	interviews individuelles et réunions de groupe avec les intervenants et la population
Point de vue épistémologique	approche expérimentale : efficacité scientifiquement déterminée	approche développementale : efficacité démocratiquement déterminée

Pour les tenants de la première école, la possibilité de comparer des groupes expérimentaux à des groupes témoins étant le modèle idéal, le protocole expérimental pur avec répartition par tirage au sort des personnes qui participent aux différentes modalités du programme reste le modèle de référence (*gold standard*). Mais, dans de nombreuses études, le tirage au sort porte sur le site alors que l'analyse concerne les individus. À l'opposé, les analyses faites sur les résultats regroupés d'un petit nombre de sites perdent de la puissance statistique. Diverses solutions peuvent permettre de pallier ces inconvénients (augmenter le nombre de sites en diminuant la taille, contrôler les sources de variations entre les sites, prendre en compte l'effet groupe).

Comme dans toute forme d'éducation, les effets des interventions, sans renforcements réguliers, tendent à s'estomper à long terme. Le constat de ce phénomène a conduit : en termes d'évaluation, à ne pas considérer comme valable un résultat évalué seulement immédiatement après l'intervention et à favoriser les suivis à long terme ; en termes de processus, à promouvoir les programmes étalés dans le temps avec des sessions de « rappel ». Mais alors, l'augmentation du nombre de cas « perdus de vue » est la contrepartie de l'augmentation de la durée de suivi, et ces cas sont souvent les jeunes les plus à risque d'être en difficulté scolaire et/ou sociale. Plusieurs stratégies sont possibles pour traiter le problème des « perdus de vue » : les éliminer de la cohorte s'il apparaît qu'ils ne sont pas différents de la cohorte active, ou leur attribuer une valeur de remplacement au posttest.

L'adaptation du protocole d'intervention au public et la fidélité de son application font maintenant l'objet d'études préalables. Un programme peut avoir échoué tout simplement parce qu'inadapté, ou non appliqué. Des groupes de discussion (notamment par *focus groups*) sont organisés à la fois pour comprendre la position des jeunes auxquels on s'adresse, et également pour tester le matériel éducatif proposé.

Les indicateurs d'effets sont la plupart du temps des mesures faites à partir d'auto-questionnaires. Les mesures des changements sont objectives mais basées sur du déclaratif, introduisant une fragilité des données. Néanmoins, à partir des études spécifiques sur la validité des réponses, et chaque fois que des confirmations biologiques ont pu être faites, il a été constaté que les réponses aux questionnaires étaient globalement fiables.

La littérature produite par les tenants de la seconde école est souvent une littérature de débat ou de recommandations générales pour agir ou évaluer. Les comptes-rendus d'actions sont extrêmement rares, entre autres parce que les intervenants impliqués dans les très nombreuses microactions faites dans cette philosophie ne sont pas formés ou motivés à publier.

Ces deux écoles sont néanmoins en marche vers la complémentarité. Certaines équipes prônant l'approche communautaire cherchent tout de même à utiliser dès que possible les outils d'évaluation épidémiologique. Par ailleurs,

les tenants de l'approche « épidémiologiste » ont introduit des adaptations de leurs approches en fonction des populations ciblées.

Prévention des risques liés à la sexualité

La littérature sur la prévention des comportements sexuels à risque chez les adolescents est particulièrement abondante et nettement dominée par les productions nord-américaines. La préoccupation la plus représentée est la prévention primaire du sida, qui constitue l'objectif majeur des programmes d'éducation aux risques sexuels destinés aux jeunes.

La réponse à « Pourquoi faire une éducation aux risques sexuels auprès des adolescents ? » semble aller de soi dans beaucoup de publications où les « jeunes » sont présentés comme une population à risque. L'adolescence, période de la découverte de la sexualité, est traditionnellement décrite comme une période d'instabilité, tant au plan psychologique que social, voire sexuel, et à ce titre constitue une cible préférentielle de la prévention. Ceci d'autant plus que les jeunes, en tant que population captive présente dans les établissements scolaires, sont faciles à atteindre dans le cadre des programmes d'enseignement.

Aux États-Unis, les risques liés aux maladies sexuellement transmissibles (MST) et aux grossesses précoces non désirées sont effectivement très importants : un adolescent sur quatre contracte une MST pendant la période des études secondaires ; 10 % des jeunes filles de 15-19 ans deviennent enceintes, soit au total 1 million de grossesses par an dans cette classe d'âge. En France, en revanche, les personnes en dessous de 18 ans n'apparaissent pas comme un groupe particulièrement exposé. Selon l'enquête ACSJ (Analyse des comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans) réalisée en 1994 et dont l'analyse complète a été publiée en 1997 : 1,1 % des jeunes de 15-18 ans ont eu une MST autre qu'une mycose ; 3,3 % des jeunes filles de cette classe d'âge ont eu une grossesse. Actuellement, chez les moins de 18 ans on estime à environ 10 000 le nombre de grossesses par an, dont 6 500 seraient suivies d'une IVG.

Dans les pays occidentaux, on n'observe pas d'augmentation notable de facteurs de risque qui seraient liés à une plus grande précocité sexuelle, l'âge moyen au premier coït est autour de 17 ans (en France, 17 ans et 3 mois pour les garçons et 17 ans et 6 mois pour les filles). Mais le risque sexuel n'est pas le même en fonction des classes sociales. Il apparaît nettement amplifié dans des situations de précarité dues à des déficits sociaux, de même que le risque de violence sexuelle. L'usage de drogues est présenté comme multiplicateur du risque sexuel, alcoolisation excessive incluse.

L'école est massivement reconnue comme le lieu où doit se faire l'éducation sexuelle et le passage vers l'éducation au risque sexuel, ce qui n'est pas sans poser le problème des jeunes exclus du système scolaire. Certaines publications préconisent une éducation aux risques sexuels dès l'école primaire.

Données sur les comportements à risque des jeunes de 15-18 ans sexuellement actifs – D'après l'enquête ACSJ (analyse des comportements sexuels des jeunes).

	Âge			Tous*
	15-16 ans	17 ans	18 ans	
Fréquence (%) des rapports non protégés (dernier rapport pénétratif, quel que soit le partenaire)				
Garçons	25,0	31,8	41,1	32,5
Filles	33,2	52,7	67,4	49,8
Fréquence (%) des MST autres qu'une mycose				
Garçons	0,0	2,4	0,5	1,1
Filles	0,3	1,5	1,5	1,1
Fréquence (%) des grossesses chez les jeunes filles				
Suivies d'une IVG	1,8	3,2	1,8	2,3
Suivies d'un enfant	0,8	0,0	0,3	0,4
Total des grossesses	2,8	4,1	2,8	3,3

* 1 883 garçons et 1 384 filles, ayant eu au moins un coït dans leur vie

Cependant, pour être compris, il vaut mieux faire une éducation sexuelle adaptée à l'âge et aux intérêts des enfants qu'une éducation aux risques de la sexualité et, bien entendu, la poursuivre en abordant la question des risques avant que l'adolescent s'engage dans une vie sexuelle. Cette éducation est effectivement inscrite dans de nombreux programmes scolaires, sans se limiter aux cours de biologie, mais la question est de savoir qui la fait. Les enseignants n'y sont pas toujours bien préparés ; parfois réticents, ils sont souvent plus à l'aise pour aborder la question des risques sexuels liés au sida et aux autres MST que pour traiter de la sexualité.

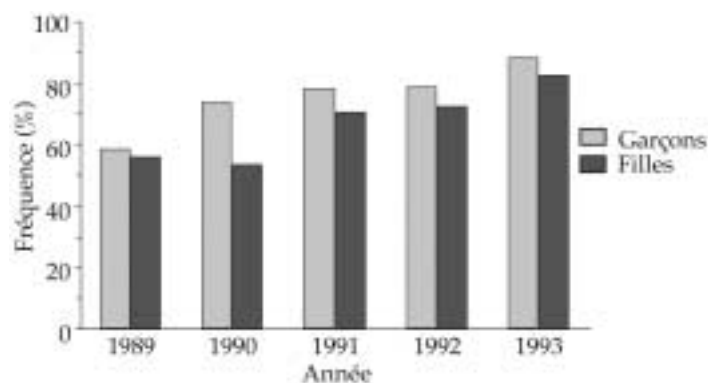
Dans certains pays, les services sanitaires scolaires, les dispensaires scolaires, les médecins, les infirmières et la médecine communautaire sont mis à contribution. D'autres expériences ont été tentées dans le domaine de la prévention du sida, comme faire appel aux associations, faire porter le message par des personnes atteintes, former des groupes de pairs, ou utiliser d'autres types d'acteurs de prévention comme les étudiants en médecine. L'éducation par les pairs bénéficie d'un préjugé favorable parce qu'elle est présentée comme permettant à la fois de faire passer une information sur les risques mieux adaptée aux attentes, et d'agir au niveau des normes influant sur les conduites sexuelles. Ce préjugé n'apparaît pas justifié au vu des recherches, et l'approche par les pairs ne peut pas se substituer aux autres approches éducatives et ne doit être considérée que comme une stratégie complémentaire.

Les interventions, pour la plupart, sont fondées sur un cadre théorique. Elles peuvent être classées en deux grandes catégories : les approches individualistes qui utilisent le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*) et la théorie de l'action raisonnée, et les approches interactionnistes et globales. Les approches individualistes, majoritaires, se réfèrent à des modèles d'apprentissage et de prises de décision individuelles. Dans les interventions relatées dans la littérature nord-américaine et qui se fondent sur ces modèles, les différents objectifs sont d'enseigner aux adolescents, suivant les cas, l'abstinence, le délai, de leur apprendre à savoir dire non, enfin à négocier avec un futur partenaire l'utilisation de préservatifs. Mais ces démarches, qui ne tiennent pas réellement compte du fait qu'une situation sexuelle est une situation d'interaction sociale où la décision n'est pas seulement individuelle, ont prouvé leur insuffisance en termes de concrétisation de comportement. À vouloir définir la sexualité de façon uniquement fonctionnelle, son lien avec l'affectivité est négligé. Des approches globales se sont substituées aux approches injonctives. Il s'agit alors de partir de l'expression des adolescents pour appréhender le vécu social et affectif de la sexualité, de comprendre sa dimension normative, de l'ancrer dans un contexte social et d'apporter les réponses aux interrogations qui émergent au niveau auquel elles s'expriment.

La littérature existante fait peu de place aux liens entre éducation sexuelle et identité de genre. L'idée toute simple de faire une éducation aux risques sexuels en séparant filles et garçons, donc en tenant compte des idéologies liées aux rôles masculin et féminin dans la sexualité, est préconisée par les auteurs d'une très récente étude nord-américaine réalisée conjointement par un groupe d'acteurs de la prévention et un centre de recherche.

La question des outils pédagogiques est souvent abordée : jeux, marionnettes, bandes dessinées, supports audiovisuels, programmes informatiques... Il s'agit de supports utiles, mais qui ne dispensent pas d'une réflexion approfondie sur le type de programmes dans le cadre desquels ils sont utilisés. Les outils, quels qu'ils soient, ne devraient pas être utilisés en dehors d'une stratégie globale avec des objectifs explicites, ni sans test préalable.

De nombreux programmes ont été mis en place, pas toujours contrôlés et laissant libre cours aux préjugés, quels qu'ils soient, des intervenants. Néanmoins, la cohérence des données, au fil du temps dans les différents pays, montre des évolutions dans le sens d'une meilleure prévention du risque sexuel chez les adolescents. Il reste cependant difficile d'attribuer ces changements de comportements à l'efficacité de programmes spécifiques, de la prévention grand public ou des messages de prévention diffusés dans les médias et relayés à de nombreux niveaux. Les adolescents sont le groupe de population qui s'est le mieux adapté à la menace du sida. L'usage du préservatif au premier rapport sexuel augmente régulièrement. En France, d'après l'enquête ACSJ, 78,9 % des garçons et 74,4 % des filles de 15-18 ans avaient utilisé un préservatif à leur premier rapport sexuel. Les données correspondantes du Baromètre santé jeunes 97/98 sont respectivement de 88,6 % et 85,4 % chez les jeunes de



Fréquence d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel chez les jeunes de 15 à 18 ans en France, selon l'année de ce premier rapport – Données de l'enquête ACSJ (analyse des comportements sexuels des jeunes).

15 à 19 ans. La déperdition, toujours observée, de l'usage du préservatif au dernier rapport doit être liée, entre autres, à une stabilisation des couples.

Les actions d'éducation aux risques de transmission du sida ont pour effets attendus de retarder l'entrée dans la vie sexuelle, de diminuer l'activité sexuelle, d'induire une plus grande sélectivité des partenaires et d'inciter à l'utilisation de préservatifs. On peut s'interroger sur les « effets pervers » des programmes préventifs, qui, se fondant parfois sur l'« anticipation des regrets » de s'être engagé trop tôt dans la vie sexuelle, augmentent la peur, voire l'intolérance aux actions non conformes d'autrui, sans toujours induire une attitude plus rationnelle vis-à-vis de la protection, contraceptive notamment.

La question des grossesses et maternités précoces est généralement conçue comme un échec de la prévention des risques sexuels, de la contraception, lié à une immaturité et à un déficit scolaire et social. Néanmoins, les grossesses précoces sont parfois désirées et peuvent être structurantes pour certaines jeunes femmes. Cet état de fait ne doit pas masquer la nécessité de transmettre aux jeunes femmes les ressources qui leur permettent d'éviter les grossesses non désirées, dont le risque est bien plus présent que celui du sida chez les jeunes. D'où la nécessité d'une éducation à la contraception qui tienne compte des attentes et des trajectoires sexuelles.

Une des lacunes principales des programmes concerne l'éducation des enfants et des adolescents au risque de la violence sexuelle. La fréquence de « rapports sexuels sous la contrainte », signalés par 15,4 % des filles interrogées dans le cadre de l'enquête ACSJ, est préoccupante. Or, elle concerne plus les adolescentes hors du système scolaire ou dans des filières dévalorisées, et est donc liée à des situations de précarité sociale.

Prévention des risques liés au tabagisme

Dans le domaine de la prévention des risques liés à la consommation de produits psychoactifs, la majorité des actions auprès des jeunes se sont, dans un premier temps, focalisées sur un produit particulier (tabac, alcool, drogues). Peu à peu, à la lumière des travaux expérimentaux, une approche de prévention globale orientée vers le changement de comportements a été préconisée. Dans tous les cas, le moment de l'action de prévention, les acteurs et le type d'intervention constituent d'importants facteurs d'efficacité.

D'après les données internationales, la prévention du tabagisme est prioritaire. En effet, le tabagisme est le comportement qui cause le plus de décès à terme et le tabac est aussi présenté comme une drogue introductive à d'autres produits, surtout le cannabis et l'alcool. Par ailleurs, on assiste à une augmentation, encore inexploitée, du tabagisme féminin.

Les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes, qui existent depuis les années cinquante, se sont généralement situées dans une perspective de prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers. Ce n'est que plus récemment que la prévention des toxicomanies s'y est ajoutée.

Le processus de tabagisme peut être décomposé en cinq étapes : une étape préparatoire, l'initiation au tabac, une phase expérimentale, une phase de consommation régulière sans dépendance, une phase de dépendance avec consommation quotidienne.

La majorité des actions de prévention ont pour objectif soit d'éviter ou de retarder l'initiation au tabac, soit d'aider à l'arrêt du tabagisme. Dans le premier cas, les actions se situent au niveau individuel, familial ou collectif. Il est observé que, selon le sexe, le statut scolaire et l'époque, les facteurs qui influent le début du processus diffèrent. Dans le second cas, il s'agit d'une aide à l'arrêt du tabagisme qui peut concerner soit le jeune soit ses parents, l'arrêt devant alors intervenir avant le début du tabagisme des jeunes. L'étude de la motivation du sujet est un préalable indispensable. À côté de ces programmes se profile la prévention de la consommation régulière, c'est-à-dire la réduction des risques.

Les premières interventions avaient pour objectif d'apporter exclusivement des informations sur les dangers du tabac puis, à partir des années soixante, d'apprendre à résister aux influences sociales. Depuis les années soixante-dix, les programmes sont basés sur le renforcement des « compétences sociales générales » ou « compétences de vie » incluant des composantes cognitives, la prise de décision, les compétences pour faire face et l'affirmation de soi. Toutes ces stratégies ont été élaborées pour éviter le début de la consommation. Actuellement se développent des actions qui permettent de réduire le risque de passage de la consommation occasionnelle à la consommation régulière et celles qui ont pour objectif de promouvoir le bien-être psychologique des adolescents, comme moyen de prévention de toute consommation.

La prévention de l'initiation tabagique est souvent un échec à terme, quelle que soit la technique utilisée : après quatre années on n'observe pas de différence entre ceux qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié. On privilégie actuellement des actions qui tiennent compte du développement cognitif et social du jeune et incluent ses propres expériences avec les produits tout au long de l'adolescence. Cependant le contenu argumentaire des actions menées continue de s'adresser plus aux garçons qu'aux filles.

Les programmes basés sur la capacité à faire face au stress ne peuvent être efficaces que lorsqu'ils ont lieu avant l'initiation : une fois l'habitude de consommer prise, il semble que le processus physiologique a pris le dessus par rapport au processus psychologique.

Parmi les acteurs de prévention, les enseignants jouent un rôle important et leur formation s'avère indispensable. L'intervention, par classe ou par niveau scolaire, comporte au moins cinq sessions, situées entre la fin de l'école primaire et les deux premières années de l'école secondaire. L'intervention des cliniciens auprès des jeunes et des familles à risque, et auprès des responsables scolaires pour maintenir les programmes antitabac dans les écoles s'avère plus efficace que les programmes scolaires eux-mêmes. L'action conjuguée entre pairs et adultes donne de meilleurs résultats que celles menées seulement par les pairs. Les actions qui impliquent les parents apparaissent comme les plus efficaces.

Les politiques publiques s'avèrent plus efficaces dans la « non-initiation » au tabac quand elles proposent l'augmentation des prix et la limitation de l'accessibilité au tabac que quand elles proposent l'interdiction de fumer. Pour éviter l'initiation ou pour promouvoir l'arrêt, les actions aux niveaux scolaire, familial ou communautaire se révèlent plus efficaces que les actions isolées.

Prévention des risques liés à l'alcoolisation

La prévention de l'alcoolisation est plus complexe que la prévention du tabagisme parce que la consommation excessive d'alcool peut avoir, même de façon occasionnelle, des effets sociaux, médicaux et personnels néfastes et parce que l'alcool est un produit plus consommé et plus valorisé que le tabac. C'est un produit plus redouté en raison des accidents et de la violence dont il peut être la cause. Des facteurs individuels de sensibilité aux effets de l'alcool interviennent comme le sexe, la corpulence du sujet, les polymorphismes génétiques.

Plusieurs schémas d'alcoolisation sont proposés : celui des adolescents « normalement socialisés », et celui des adolescents « à problèmes » où une implication plus rapide vers l'alcoolisation excessive est observée. Les facteurs intrapsychiques ont souvent été sous-estimés pour expliquer le début de

l'alcoolisation. Ces facteurs sont associés à une diminution des compétences, en particulier des compétences scolaires. Ainsi, les troubles scolaires précoces et les faibles attentes scolaires des parents et du sujet représentent des indicateurs de risque importants.

Les actions de prévention concernent plutôt la prévention des risques que la consommation elle-même. Elles visent à limiter les risques liés à l'ivresse (accidents de la route, conduites sexuelles), à promouvoir une consommation raisonnable et à réduire l'alcoolisation juvénile. Les actions qui s'intéressent à prévenir l'initiation à la consommation d'alcool ont été orientées vers le « renforcement des compétences sociales générales » mais la famille a rarement été impliquée. La consommation modérée étant considérée comme un critère d'intégration sociale, peu d'actions portent sur la prévention de toute consommation d'alcool.

La majorité des actions qui ont lieu auprès des jeunes de 10 à 18 ans à l'école sont trop tardives, selon les auteurs, car elles arrivent lorsque les jeunes sont déjà initiés à l'alcool. Mais les interventions dès l'école élémentaire n'ont pas été évaluées. Pour les groupes à haut risque, l'école ne donne pas suffisamment de garantie de confidentialité. La télévision et les médias peuvent être considérés comme un canal d'information performant en ce qu'ils permettent de modifier les normes sociales.

Parmi les acteurs de prévention, les infirmières scolaires sont reconnues comme des vecteurs positifs d'actions de prévention individuelle de consommation excessive. La famille doit être réellement impliquée et informée sur l'apprentissage du « bon boire » à la maison. L'amélioration des relations intrafamiliales reste un des moyens privilégiés de prévention. L'acceptation par les adultes que les jeunes sont matures et responsables et qu'on peut donc discuter avec eux est un point essentiel dans la réussite des actions. Les filles et les garçons ayant des modes et des motifs différents de consommer de l'alcool, les actions devraient prendre en compte ces attentes spécifiques pour modifier la consommation. Les actions menées auprès de groupes « à haut risque » s'avèrent plus efficaces que celles menées auprès de publics hétérogènes. Les jeunes préfèrent les interventions brèves et procédant « par étapes ». Les programmes qui incluent un traitement individuel n'ont pas beaucoup de succès, il faut les proposer ultérieurement, quand les adolescents ont pris conscience de leur problème avec l'alcool.

Parmi les actions orientées vers la prévention des risques d'accidents liés à l'alcoolisation excessive, la formation des professionnels de nuit à l'identification des signes précoces d'ivresse semble actuellement la plus porteuse d'espoir. Des mesures concrètes, comme l'alcoolémie « zéro » pour les jeunes, l'augmentation du prix de l'alcool dans les bars ou l'organisation de l'accompagnement en fin de soirée donnent de bons résultats.

Prévention des risques liés à la consommation de « drogues »

Sous le vocable « drogues » sont pris en compte dans la majorité des cas l'alcool et les drogues illicites, c'est-à-dire les produits qui altèrent la conscience. Quelques actions ciblent exclusivement les drogues illicites, et plus spécifiquement le cannabis.

Pendant longtemps, l'objectif de la prévention contre la drogue était l'abstinence. La consommation de drogues n'ayant cessé d'augmenter, d'autres objectifs, tels que prévenir l'abus ou promouvoir la gestion du risque, ont été avancés.

Le processus de la consommation de « drogue » est rarement défini. Dans les études comme dans les programmes de prévention, une confusion règne encore entre l'usage, l'abus et la dépendance. Actuellement une tendance se profile, qui tient compte de l'expérience qu'ont les jeunes avec la drogue et des difficultés qu'ils rencontrent.

Les divers types d'actions de prévention ont deux objectifs : diminuer la consommation de drogues par des actions directes ou indirectes ou améliorer la qualité de vie. Les actions basées sur l'information sont les plus répandues. Le modèle CAP (connaissances, attitudes, pratiques) ou KAB (*Knowledge, Attitudes, Behaviour*) est utilisé pour informer les jeunes sur les conséquences négatives de la drogue afin d'aboutir à un changement de comportement. Il a souvent été associé à des programmes portant sur les choix de vie. Vers 1970, un modèle psychosocial, le projet DARE (*Drug Abuse Resistance Education*) a été utilisé par plus de 50 % des écoles aux États-Unis, il avait pour objectif de former les jeunes à résister aux pressions de consommation de la part de leur proches (pairs, fratrie, adultes de l'environnement familial ou social) et des médias. Dans une perspective plus globale, des programmes comme le *Life Skills Training* ont été mis en place pour apprendre aux jeunes à communiquer, à résoudre les conflits interpersonnels et à faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

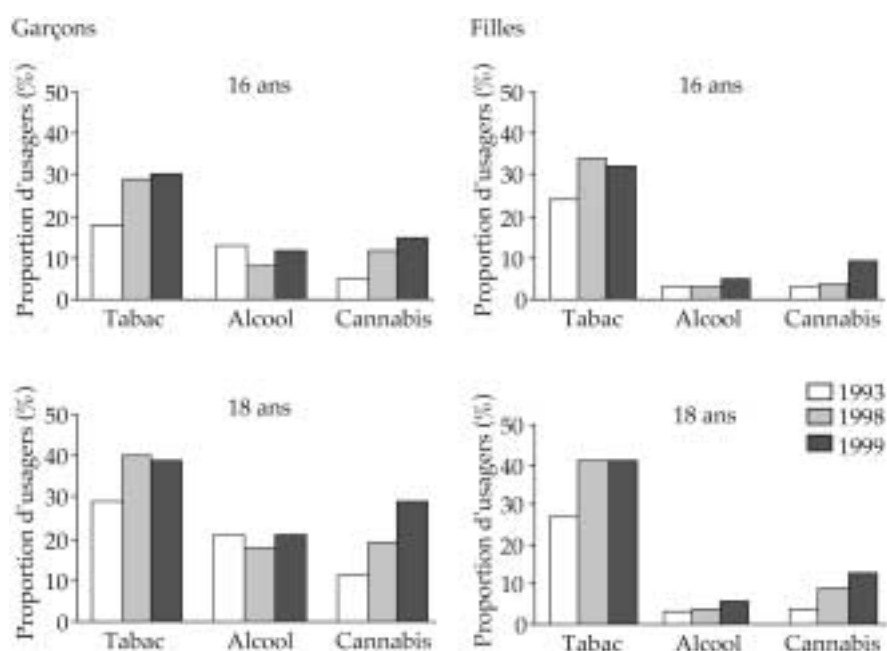
Les actions de prévention doivent commencer en fonction de l'âge de début de consommation des différents produits. L'âge optimum reconnu se situe entre 12 et 14 ans. De 10 à 60 sessions semblent nécessaires, réparties sur plusieurs années. Le programme *Life Skills Training* comporte 15 sessions la première année, 10 la seconde et 8 la troisième. Les enseignants et les autres professionnels scolaires interviennent dans la majorité des programmes. Plus les enseignants sont formés, plus ils se sentent capables d'intervenir. La mobilisation des professionnels de santé à l'école est importante pour la réussite des actions. La participation des parents est peu sollicitée dans les démarches de prévention vis-à-vis de la drogue alors que l'on sait l'importance des parents dans l'éducation. Les interventions par des policiers (DARE) paraissent peu efficaces en termes de réduction de la consommation. Les

interventions des praticiens auprès des jeunes par le questionnement au cours des consultations ont montré une bonne efficacité.

Ce sont les programmes qui utilisent des méthodes interactives et permettent aux jeunes d'acquérir des compétences générales qui s'avèrent plus efficaces que les programmes basés sur l'information et les valeurs. Mais, toutes les actions incluant une partie d'information, il est difficile de dire qu'elle ne sert à rien, on peut seulement souligner qu'elle ne suffit pas. En général, les jeunes qui consomment le moins ont une opinion plus positive sur les actions que ceux qui consomment plus.

Prévention des risques liés à la consommation de produits psychoactifs en France

Les données récentes sur l'évolution des usages de produits psychoactifs chez les jeunes scolarisés, présentées dans la figure ci-dessous, montrent que les



Tabac : quotidien
 Alcool : plusieurs fois par semaine (données 1993 et 1998) ; au moins 10 fois par mois (données 1999)
 Cannabis : au moins 10 fois par an

Évolution 1993-1999 des usages répétés de produits parmi les jeunes scolarisés dans le secondaire. Données 1993 : Choquet et Ledoux, Inserm U472 ; données 1998 : Baromètre Santé Jeunes, CFES ; données 1999 : ESPAD 99, Inserm/OFDI/MENRT.

consommations répétées tendent à augmenter. Pour le tabac, cette hausse concerne davantage les filles. Pour l'alcool, les prévalences tendent à se stabiliser. Pour le cannabis, l'augmentation est nette à la fois chez les filles et les garçons et quel que soit l'âge. Par ailleurs, les études publiées établissent clairement le lien avec les caractéristiques sociales (âge, sexe, scolarité, style de vie) et psychologiques du sujet (estime de soi, qualités relationnelles avec parents et amis, état dépressif).

La plupart des actions s'appuient sur des constats souvent « impressionnistes » et qualitatifs faits par les acteurs de terrain. La diversité de ces acteurs oriente le type d'action menée : les enseignants font de l'information, les professionnels de santé font de l'« écoute » et les travailleurs sociaux s'intéressent aux jeunes exclus. L'approche par « programme » est généralement mal ressentie par tous ces acteurs qui lui préfèrent l'« action ». Le contenu des documents qui accompagnent les actions est souvent très vague, peu étayé, parfois incompréhensible pour un acteur « moyen ». L'évaluation est rarement prévue au départ des interventions. Lorsqu'elle est mise en place, elle se limite à des indicateurs peu pertinents ou imprécis. Elle est le plus souvent qualitative et l'évaluation externe demeure exceptionnelle.

Une évaluation de 12 actions menées en milieu scolaire montre de multiples contradictions entre les pratiques de prévention et les conclusions des études d'évaluations publiées dans les revues internationales : faible implication des élèves, pourtant jugée essentielle ; toutes n'abordent pas les aspects psychologiques, émotionnels, affectifs et comportementaux, pourtant jugés indispensables ; aucune n'a été expertisée ; une seule comporte des références bibliographiques pour justifier l'action. Toutefois, selon cette même analyse les actions de prévention menées ont un fort ancrage communautaire, une bonne implication des divers acteurs de l'école, et le désir d'impliquer les parents et d'améliorer la vie dans l'établissement.

En France, comme ailleurs, on est passé d'une prévention de toute consommation de produits psychoactifs à une prévention des conduites à risque et, de ce fait, la place des produits eux-mêmes a pratiquement disparu. Par rapport aux politiques antérieures, ce virage en faveur de la prévention d'une dépendance à quelque produit que ce soit, et non de la consommation d'un produit en particulier, n'est pas sans poser des problèmes pratiques : les jeunes sont rarement dépendants aux produits en général et, pour chaque produit, la consommation a une valeur sociale et culturelle spécifique.

Quelques actions originales en direction des populations non scolaires ont été menées et méritent d'être soulignées : des interventions ciblées sur les jeunes en errance ; les actions menées par les missions locales ; les « points d'accueil et d'écoute », dont le but est de permettre aux jeunes la mise en paroles de leurs difficultés.

Recommandations

Au cours du dernier quart de siècle, le concept de prévention a été peu à peu élargi au concept de promotion de la santé incluant la dimension éducative. Ce courant, formalisé par la Charte d'Ottawa (1986), s'intéresse au développement du « capital santé » des individus en intégrant le rôle joué par un ensemble de conditions sociales. Cette approche propose un cadre théorique et d'intervention qui se veut global et cohérent, et des stratégies où les notions d'*enabling* (rendant capable) et d'*empowerment* (donnant le pouvoir sur les événements) sont à la base de la démarche éducative en général et de l'éducation pour la santé en particulier.

Les pays développés ont mis en place des programmes d'éducation pour la santé qui s'appuient généralement sur ces nouveaux concepts. L'analyse de ces programmes permet de dégager un ensemble de constats. L'école est reconnue comme le lieu privilégié (mais non unique) en raison des interactions importantes entre la santé, la réussite scolaire et l'éducation, et aussi parce qu'elle permet d'atteindre la majorité d'une classe d'âge. La planification et l'organisation des programmes demandent un investissement substantiel en temps et en ressources. La formation des adultes, et particulièrement des enseignants et des équipes éducatives, est déterminante. La constitution de ressources (organismes de référence, documentation, guides méthodologiques) et d'outils pédagogiques à la disposition des enseignants est primordiale. L'allocation de temps doit être suffisante ; le constat général de la diminution des effets des programmes avec le temps conduit en outre à la notion de programmes progressifs tout au long de la scolarité, en coordination avec les programmes scolaires. Le partenariat avec les familles et les communautés locales renforce les effets des programmes.

Dans le cas de la France, un grand nombre d'institutions, d'organismes et d'individus apparaissent comme acteurs de l'éducation pour la santé. Il existe néanmoins un contraste entre la vigueur évidente des réseaux d'éducation pour la santé, témoignant de la mobilisation des acteurs et des publics eux-mêmes, et le manque de capitalisation des acquis des diverses expériences.

Le groupe d'experts, après analyse et synthèse de la littérature internationale et examen des rapports relatifs à différentes expériences dans le domaine de l'éducation pour la santé, propose plusieurs axes de recommandations : installer la cohérence et la continuité des programmes en instituant un système pérenne de la maternelle au secondaire ; développer des compétences propres à l'éducation pour la santé par la mise en place de formations définies par un cadre d'aptitudes et sanctionnées par un diplôme, comme dans d'autres pays ;

adapter les modes d'évaluation des actions à l'évolution des méthodes d'éducation ; valoriser les résultats de la recherche auprès des acteurs de l'éducation à la santé et capitaliser les expériences de terrain pour nourrir cette recherche.

Installer la cohérence et la continuité de programmes intégrant dépistage, prévention et éducation

DÉFINIR UNE STRATÉGIE ET DES PROGRAMMES

Un des facteurs de qualité et d'efficacité des actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes réside dans la continuité des programmes, à la fois au sein de l'école et de l'école vers les familles et les communautés.

En France, dans le cadre scolaire, la loi d'orientation du ministère de l'Éducation nationale de 1989 a inscrit l'éducation pour la santé parmi les préoccupations de la communauté éducative. En 1998, de nouvelles directives ont défini les orientations de l'éducation pour la santé « dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté », l'éducation pour la santé figurant dans le projet d'établissement en liaison avec le Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC). L'éducation pour la santé est dorénavant présente dans plusieurs disciplines au sein des programmes scolaires. Non seulement des objectifs d'acquisition de connaissances sont définis, mais aussi des objectifs d'acquisition de compétences personnelles et relationnelles. De plus, au niveau des collèges, le ministère recommande la programmation de « rencontres éducatives sur la santé ». L'enracinement de ces dispositions et la cohérence de leur application implique que les acteurs soient formés, reconnus, soutenus dans leur mission et bénéficient d'un partenariat entre les secteurs éducatif et de santé.

Hors du cadre scolaire, nombre d'institutions publiques et de partenaires sociaux interviennent concrètement, seuls ou en partenariat, dans le domaine de l'éducation pour la santé des jeunes. Peuvent être cités en particulier : le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en tant que dispositif central, le ministère de la Jeunesse et des Sports (Conseils de la jeunesse, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire), la Direction des affaires sociales (Points écoute jeunes), l'École nationale de la santé publique (ENSP) et les départements universitaires de santé publique et de médecine préventive et sociale des universités (formateurs et acteurs), la Fondation de France (programme « Santé des jeunes »), le Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS), les services de prévention et de promotion de la santé des Caisses d'assurance maladie et des mutuelles, les Centres de planning familial, certaines Organisations non gouvernementales (ONG), ainsi qu'un grand nombre d'associations ayant des objectifs très divers. Il en résulte une multiplicité d'initiatives et d'acteurs qui pose le problème des territoires d'actions en éducation pour la santé, non définis par un cadre législatif.

Le groupe d'experts insiste sur la nécessité d'une véritable stratégie institutionnelle sous la forme d'un programme-cadre national en éducation pour la santé qui évite l'atomisation des actions et assure la cohérence et la continuité des démarches. La mise en place d'un tel programme témoignerait d'une volonté des autorités de donner à l'éducation pour la santé la dimension qu'elle mérite dans la politique de santé.

RENFORCER ET QUALIFIER LES DISPOSITIFS, VALORISER LE RÔLE DE TOUS LES ACTEURS

L'école est un lieu de vie privilégié pour les interventions en éducation pour la santé. En France, le Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) est l'un des dispositifs mis en place pour le développement de la promotion/éducation de la santé en milieu scolaire. Actuellement, ce dispositif n'est prévu que pour le secondaire. Les parents qui font partie de la communauté éducative sont souvent absents dans les processus alors que les études ont montré l'intérêt de leur participation pour une meilleure efficacité des actions. Les médecins et les infirmières scolaires, dont la mission de prévention, de conseil et d'éducation en santé est au tout premier plan, sont en sous-effectifs. Comme d'autres réseaux ou dispositifs, les CESC ont besoin d'être matérialisés en moyens.

Le groupe d'experts recommande la mise en place de projets pluriannuels au niveau des structures éducatives pour assurer la continuité des programmes d'éducation pour la santé de la maternelle au secondaire. Il préconise de doter les CESC de coordinateurs qualifiés. Il recommande de susciter la participation des familles en proposant des programmes ouverts et incitatifs, qui recueilleraient en priorité les préoccupations des parents sur la santé de leurs enfants, et seraient articulés avec les services de prévention et de soins présents dans les communautés.

La transparence et la professionnalisation de la mission d'éducation pour la santé impliquent que les acteurs soient qualifiés. Le groupe d'experts souhaiterait que les intervenants extérieurs à l'école soient accrédités au niveau des rectorats par une cellule représentative des secteurs de la santé et de l'éducation, et de la société civile.

De multiples actions éducatives sont régulièrement menées de façon ponctuelle, sur la base d'initiatives individuelles au sein des communautés, en particulier des établissements scolaires du primaire où, du point de vue des directives institutionnelles, l'éducation pour la santé reste à un niveau incitatif. Ces expériences, dont le rendu est le plus souvent inexistant, peuvent être porteuses d'enseignements dont l'école et les autres lieux communautaires d'intervention pourraient bénéficier.

Le groupe d'experts recommande que soit fait un bilan sur la façon dont les enseignants, le personnel de santé et les établissements se sont saisis des

directives ministérielles (en particulier des plus récentes comme les rencontres éducatives), en suivant les recommandations ou par des initiatives locales originales.

DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES PROPRES A L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

La compétence des intervenants est universellement mentionnée comme déterminante dans la qualité des programmes en éducation/promotion de la santé auprès des jeunes. Dans de nombreux pays, notamment la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, les États-Unis, l'éducation pour la santé correspond à une formation définie par un cadre d'aptitudes et sanctionnée par un diplôme. En France, la professionnalisation des éducateurs de santé, n'est pas encore établie. Les compétences des intervenants, issus principalement des champs de la santé et de l'éducation, sont généralement acquises par une formation de courte durée. Les modules universitaires (DU, DESS) spécialisés en éducation pour la santé restent rares.

Le groupe d'experts recommande de mettre en place un ensemble cohérent de formations adaptées aux différents niveaux d'implication dans l'éducation pour la santé.

Les compétences des animateurs de l'éducation pour la santé constituent une priorité parmi les moyens dont doivent bénéficier les dispositifs pour garantir leur bon fonctionnement et leur pérennité. Ils doivent avoir accès à une formation diplômante dans les différents champs de compétences : conception de programmes, coordination des réseaux et des actions, interventions éducatives, évaluation des interventions. Un autre niveau de formation pourrait être envisagé pour les intervenants appartenant à la communauté éducative (enseignants, assistants sociaux, psychologues, parents...), sur la base du volontariat, au cours d'un cycle d'une vingtaine d'heures par exemple. De plus, tous les enseignants, y compris les chefs d'établissement devraient être sensibilisés à l'éducation pour la santé, par des sessions de deux heures par exemple.

Adapter les méthodes éducatives au concept de promotion de la santé

FAIRE ÉVOLUER LES MÉTHODES ÉDUCATIVES

Malgré la diversité des approches éducatives utilisées en milieu scolaire et décrites dans la littérature, certaines convergences apparaissent concernant les éléments fondamentaux à prendre en compte pour la qualité et l'efficacité des méthodes utilisées en éducation pour la santé.

L'information est nécessaire, mais ne suffit pas, l'amélioration des connaissances ne conduisant pas nécessairement à des changements de comportement. Les outils pédagogiques sont nécessaires, mais ne doivent pas être utilisés en dehors d'une stratégie globale. De ce fait, les méthodes doivent être diversifiées et solliciter la participation active et interactive des jeunes pour les impliquer dans leurs apprentissages.

Les valeurs portées par le groupe influencent les comportements de santé, l'individu doit toujours être considéré dans son contexte social. Le développement et l'enrichissement des compétences psychosociales sont des éléments importants de l'efficacité des programmes. De même, l'affirmation par les intervenants de valeurs en accord avec le programme est reconnue comme un facteur d'efficacité.

De façon à intégrer les divers aspects signalés comme facteurs d'efficacité, le groupe d'experts recommande de mettre en œuvre des méthodes éducatives multimodales : apport d'information, participation active des publics, développement des compétences psychosociales. Cette démarche ne peut que s'inscrire dans la durée et les interventions ponctuelles doivent disparaître au profit de programmes d'au moins une dizaine d'heures par an et entretenus sur plusieurs années.

Il existe une panoplie riche et renouvelée d'outils pédagogiques dont l'utilisation doit être suscitée après un « contrôle de qualité » portant autant sur la lisibilité par des publics différents (âge, type de scolarité, conditions culturelles...) que sur des résultats de prétests. Dans ce champ, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) s'est doté d'une pédagogie et une mission interne est chargée de porter un regard d'expert sur les outils.

Le groupe d'experts recommande de veiller à la qualité, à la pertinence et au bon usage des supports pédagogiques destinés à l'éducation pour la santé. Il préconise qu'un répertoire des outils et des contextes de leur utilisation soit réalisé. L'analyse par une équipe pluridisciplinaire d'un échantillon de manuels scolaires devrait permettre d'identifier les points forts et les insuffisances de leurs contenus du point de vue de l'éducation pour la santé.

ÉVALUER LES MÉTHODES ÉDUCATIVES

La littérature rapportant les évaluations des actions d'éducation à la santé est très abondante et les méthodes de mesure et d'analyse des résultats très diverses. En termes d'évaluation, la comparaison de groupes expérimentaux à des groupes témoins reste le modèle idéal mais n'est pas facile à mettre en place. L'apport d'outils et méthodes spécifiques de disciplines comme la sociologie, la pédagogie et la psychologie a introduit l'évaluation des effets qualitatifs des interventions.

Les indicateurs d'effets sont la plupart du temps des mesures faites à partir d'auto-questionnaires, donc basées sur du déclaratif introduisant une fragilité

des données. Toutefois, il a été constaté que les réponses aux questionnaires étaient globalement fiables, notamment chaque fois que des contrôles biologiques ont pu être faits.

Les effets des interventions sans renforcements tendant à s'estomper à long terme, des sessions de rappel sont généralement programmées. Se pose alors la question de l'optimisation du moment de l'évaluation.

Le groupe d'experts recommande que les programmes fassent l'objet d'études préalables pour adapter le protocole d'intervention au public et tester le matériel proposé. Il attire l'attention sur l'importance de définir le mode d'évaluation avant la mise en place du programme et de prévoir des outils adaptés pour cette évaluation. Compte tenu de l'évolution des méthodes en éducation pour la santé intégrant les notions d'*enabling* et d'*empowerment*, de nouveaux indicateurs devront être définis et utilisés pour évaluer l'acquisition des compétences personnelles et la capacité d'action des jeunes vis-à-vis de leur santé.

ADAPTER LES THÈMES DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ AUX PUBLICS

Les études révèlent qu'un grand nombre de thèmes de prévention (maladies infectieuses et cardiovasculaires, consommation de substances psychoactives, comportements sexuels à risque...), ou d'éducation à la santé (hygiène bucco-dentaire, hygiène corporelle, hygiène de vie, rythmes veille-sommeil, sécurité domestique...) sont abordés dans les programmes développés en milieu scolaire. Idéalement, le choix est déterminé en fonction du contexte : l'âge des enfants (maternelle, primaire, collège, lycée), l'environnement économique, écologique et social des groupes, les problèmes spécifiques des classes à un moment donné.

L'option de « commencer très tôt » l'éducation aux risques pour la santé est toujours débattue. Pour certains, il paraît raisonnable de définir l'âge opportun en fonction de la présence du risque. Pour d'autres, cette option peut être considérée comme favorable quand la démarche est progressive et sous-entend une continuité des programmes tout au long de la scolarité. Dans tous les cas, les parents doivent être interrogés et informés sur les programmes proposés aux jeunes et les valeurs affirmées par l'éducateur/intervenant doivent être en accord avec le message de prévention.

Le groupe d'experts recommande que les interventions éducatives tiennent compte des spécificités affirmées selon l'âge, le sexe, le statut scolaire, le statut psychologique et social des jeunes. Il recommande d'utiliser les approches préventives/éducatives thématiques comme portes d'entrée pour une éducation dans le champ global de la santé.

DÉFINIR CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS SELON LES THÈMES DE PRÉVENTION

L'éducation pour la prévention des comportements à risque, en particulier ceux liés à la sexualité et à la consommation de substances psychoactives, reste en tête des priorités pratiquées et ressenties. Dans ces domaines, les perceptions diffèrent très nettement entre les filles et les garçons, et la prise en considération des identités de genre est décrite comme un facteur d'efficacité des interventions.

L'éducation pour la prévention des comportements à risque dans le domaine de la sexualité ne doit pas se limiter à la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) mais doit s'accompagner d'une éducation à la vie sexuelle intégrant la dimension affective. Pour cela, le groupe d'experts préconise de débiter une éducation mixte dès l'école maternelle, à partir de l'image et du respect du corps. Il recommande qu'à l'adolescence, lors de l'émergence des risques liés à la sexualité, la prévention des MST et la contraception soit alors abordée, en développant des approches spécifiques par genre, mais également des approches mixtes pour éviter que les adolescents soient trop soumis aux normes de leur propre sexe. Ces interventions doivent pouvoir être relayées par d'autres acteurs au niveau des communautés comme les centres de planning familial ou les services de prévention et de soins des collectivités locales et territoriales.

L'éducation pour la prévention des consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues) ne doit pas se limiter à l'information sur les produits et leurs effets mais privilégier une information ciblée sur les conséquences à court terme, le passage de la consommation expérimentale à la consommation régulière et sur les risques de la consommation régulière et abusive. Les interventions doivent se situer le plus proche possible du moment d'expérimentation des jeunes et leur donner une information adaptée à leurs préoccupations immédiates. En particulier, cette information doit fournir les données exactes de prévalence pour corriger les perceptions exagérées que les jeunes ont de la consommation par leurs pairs et qu'ils considèrent comme la norme. La démarche éducative/préventive doit prendre en compte les déterminants psychologiques et sociaux de la consommation. Quel que soit le produit, le groupe d'experts recommande que l'intervenant tienne compte des différences entre les garçons et les filles en ce qui concerne les contextes et niveaux de consommation, et surtout soit attentif à cette différence.

Le groupe d'experts recommande que la prévention vis-à-vis des trois types de produits (alcool, tabac, drogues) soit traitée au cours de la scolarité, en abordant les produits licites plus précocement que les produits illicites. La démarche éducative/préventive doit s'établir sur la promotion de la santé physique et psychique des jeunes, en améliorant leurs compétences individuelles (vis-à-vis du stress, de l'anxiété, des inhibitions, des relations sociales) et leur estime de soi ; le développement de ce type de compétences individuelles et sociales doit faire l'objet de programmes spécifiques dans l'enseignement

primaire. Cette démarche doit intégrer une réflexion sur les représentations et perceptions des produits aussi bien chez les adultes (enseignants, intervenants, parents...) que chez les jeunes eux-mêmes. Chaque professionnel doit intervenir dans le cadre de sa compétence ; par exemple, si des représentants de l'ordre public et de la justice sont sollicités, ils doivent centrer leurs propos sur la loi et les délits. Dans la continuité de la prévention/éducation, une réflexion s'impose sur les modes de prise en charge spécifiques pour les jeunes consommateurs réguliers.

Les programmes de prévention contre le tabagisme doivent tenir compte du fait que les actions collectives ont montré une meilleure efficacité que les actions isolées. Pour les groupes à haut risque, l'intervention des cliniciens est plus efficace que les programmes scolaires. Les mesures publiques comme l'augmentation des prix et la vente réglementée sont plus efficaces sur la non-initiation que l'interdiction de fumer. Concernant l'alcool, il s'agit avant tout de prévenir les risques liés à l'alcoolisation (accidents, violences agies ou subies, sexualité à risque...), donc de développer concrètement la prévention situationnelle, comme l'organisation des accompagnements à domicile après les manifestations festives (soirées, matchs, concerts...). Contre la consommation de drogues, la crédibilité des acteurs de prévention et d'éducation ne peut être obtenue que si la différence entre les produits est clairement exposée, si l'amalgame entre usage, abus et dépendance est soigneusement évité et si les discours institutionnels sont cohérents.

Développer et valoriser la recherche en éducation pour la santé

CRÉER ET COORDONNER UNE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE

L'éducation pour la santé est un champ et une pratique qui trouvent leurs origines dans plusieurs disciplines : pédagogie, médecine, épidémiologie, psychologie clinique et sociale, communication sociale ou sociologie, mais ne se rattache à aucune en particulier. Elle leur emprunte leurs référentiels et méthodes tout en essayant de se construire un cadre théorique spécifique. Chacune de ces disciplines est elle-même porteuse de perspectives distinctes, voire conflictuelles. Les diverses écoles pédagogiques existantes procèdent de différents modèles d'éducation.

Contrairement à la situation dans d'autres pays européens (Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Espagne, Italie), au Canada, aux États-Unis ou en Australie, il n'existe pas en France de tradition universitaire développée en éducation pour la santé, ni de chaire spécialisée.

224 Le groupe d'experts recommande de développer une recherche interdisciplinaire s'appuyant sur le corpus existant des savoirs en éducation pour la santé.

La recherche qui concerne les méthodes d'intervention doit prendre en considération les connaissances scientifiques sur les facteurs de comportement, les attitudes et représentations chez les jeunes. À cette fin, le groupe d'experts préconise la création de centres inter-UFR (Unités de formation et de recherche), conférant un statut universitaire à l'éducation pour la santé et capables de travailler en partenariat avec les services et associations actifs dans le domaine. Dans cette perspective de travail interdisciplinaire et de développement de la recherche sans exclusive, expérimentale et participative, il serait souhaitable qu'au tissu universitaire soient associés les instituts de recherches (Inserm, CNRS, INRP...) et les instances qui développent des actions de terrain. En effet, faute de ressources, les activités de recherche en éducation pour la santé qui existent déjà ne sont pas suffisamment coordonnées, exploitées, mises en valeur. Le groupe d'experts propose la création d'un dispositif institutionnel, de type « Agence nationale », avec pour mission de fédérer les équipes et les compétences nécessaires (enseignants, chercheurs, acteurs de terrain) pour mettre en place des projets dotés de moyens adaptés.

DÉVELOPPER DE NOUVEAUX OUTILS D'ÉVALUATION

Les évaluations des programmes de prévention portent essentiellement sur les résultats sanitaires, épidémiologiques, et les aspects économiques. Les évaluations des interventions éducatives se sont longtemps centrées sur les changements de savoirs, en ignorant le rôle de l'ensemble des facteurs, des processus, des aspects organisationnels dans la qualité et l'efficacité de l'éducation pour la santé. L'apport des outils et méthodes des sciences humaines a peu à peu modifié les objectifs de la recherche évaluative et donné de la place au « qualitatif ».

L'évaluation en éducation pour la santé doit avoir pour objet les besoins éducatifs, les programmes d'actions et leurs effets. Le groupe d'experts recommande d'allier des approches quantitatives et qualitatives dans la recherche évaluative et de développer des outils d'évaluation qui permettent de prendre en compte tous les concepts. Dans ce champ, l'évaluation des échelles dans le contexte français, les indicateurs d'effets qualitatifs et quantitatifs (y compris les effets non attendus) et plus particulièrement la définition de nouveaux indicateurs tels que le « niveau de capacité d'action » des individus sont à promouvoir.

FAVORISER LE TRANSFERT DES ACQUIS EXPÉRIMENTAUX ET DE LA RECHERCHE

En France, malgré les nombreuses études publiées tant épidémiologiques que psychosociologiques, les actions de prévention menées auprès des jeunes publics ne sont pas suffisamment basées sur des données scientifiques. Cet écart entre la complexité des recherches et ce qui est compris au niveau des

actions pose la question de la valorisation des travaux de recherche auprès des acteurs de terrain. Les intervenants devraient pouvoir disposer des conclusions de la littérature scientifique sous une forme lisible par tous. Il pourrait leur être utile de s'appuyer sur des questionnaires et/ou des modules d'évaluation préétablis. Par ailleurs, le travail d'écriture et de lecture des chercheurs et des intervenants pourrait être facilité par l'élaboration de modèles rédactionnels pour les études évaluatives.

Le groupe d'experts recommande de favoriser la diffusion rapide et la capitalisation des résultats des programmes en particulier des études évaluatives. Il recommande d'encourager les métaanalyses pluridisciplinaires portant notamment sur l'évaluation des conditions de transférabilité des programmes. D'autre part, il attire l'attention des instances d'évaluation des chercheurs sur le fait que les activités de transfert des acquis de la recherche sont des activités spécifiques qui doivent être reconnues et financées.

Annexes

Déclaration d'Alma-Ata

pour la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable

Organisation mondiale de la Santé Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978

La conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels de secteurs de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement et les pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples sont la condition *sine qua non* d'un progrès économique et social soutenu, en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de

santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
- exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisant à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accès de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques

et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins en santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente Déclaration.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Organisation mondiale de la Santé Première Conférence internationale pour la promotion de la santé Ottawa, Canada, 21 novembre 1986

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires, au document « Les buts de la Santé pour tous », et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Conditions préalables à la santé

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir l'idée

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

Conférer les moyens

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

Servir de médiateur

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :

Élaborer une politique publique saine

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants. La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

Créer des milieux favorables

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale. L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables. L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé - et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement - est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et

le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

Acquérir des aptitudes individuelles

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

Réorienter les services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé. Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

Entrer dans l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé. L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'engagement face à la promotion de la santé

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements ;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis ; ils

s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;

- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même ;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle

Organisation mondiale de la Santé
Quatrième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé
Jakarta 21 - 25 Juillet 1997

Préambule

La Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé : « À ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXI^e siècle » a eu lieu à Jakarta du 21 au 25 juillet 1997, à un moment crucial de l'élaboration de stratégies internationales de santé. Il y a bientôt vingt ans que les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé ont pris l'engagement ambitieux d'instaurer la Stratégie mondiale de la Santé Pour Tous et ont souscrit aux principes des soins de santé primaires à travers la Déclaration d'Alma-Ata. Onze années se sont écoulées depuis la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa, au Canada. Cette Conférence a débouché sur la proclamation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui a, depuis, largement inspiré l'action de promotion de la santé.

Les rencontres et conférences internationales qui ont suivi ont permis de préciser encore le sens et la pertinence des principales stratégies énoncées dans la Charte : établir des politiques de santé publique (Adélaïde, en Australie, en 1988) et créer des milieux favorables à la santé (Sundsvall, en Suède, en 1991).

La Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé de Jakarta est la première à s'être déroulée dans un pays en développement et à avoir associé le secteur privé à la promotion de la santé. Elle a été l'occasion de réfléchir sur ce que l'on a appris de l'efficacité de la promotion de la santé, de réexaminer les déterminants de la santé et de définir les orientations et les stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé au XXI^e siècle.

Les participants à la Conférence de Jakarta ont adopté la présente Déclaration sur la promotion de la santé au XXI^e siècle.

La promotion de la santé est un investissement capital

La santé est un droit fondamental de l'être humain et un facteur indispensable au développement économique et social.

De plus en plus, on considère la promotion de la santé comme un élément essentiel du développement sanitaire. Il s'agit de permettre aux personnes d'améliorer leur santé en ayant un plus grand contrôle sur celle-ci. En investissant dans la promotion de la santé, en intervenant en promotion de la santé, on agit sur les déterminants de la santé et on contribue au progrès de la santé, à la réduction considérable des inégalités en matière de santé, à la promotion des droits fondamentaux de l'être humain, et au développement social. Le but ultime est d'accroître l'espérance de santé et de réduire les écarts dans ce domaine entre pays et groupes de population.

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé propose une vision d'ensemble et place la promotion de la santé dans le siècle prochain. Elle témoigne de l'engagement résolu des participants à la Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé de tirer parti de toutes les ressources existantes pour agir sur les déterminants de la santé au XXI^e siècle.

Les déterminants de la santé : de nouveaux défis

Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des

femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité. Par-dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé.

Les tendances démographiques telles que l'urbanisation, l'augmentation du nombre des personnes âgées et de la prévalence des maladies chroniques, la sédentarité, la résistance aux antibiotiques et autres médicaments courants, l'augmentation de la toxicomanie, les troubles civils ou la violence domestique menacent la santé et le bien-être de centaines de millions de personnes.

De nouvelles maladies infectieuses et réémergentes et une plus grande reconnaissance des problèmes de santé mentale exigent des mesures d'urgence. Il est essentiel que la promotion de la santé évolue pour répondre à ces changements dans les déterminants de la santé.

Les facteurs transnationaux ont également un impact considérable sur la santé. C'est le cas de la mondialisation de l'économie, des marchés financiers et du commerce, de l'accès généralisé aux médias et aux techniques de communication et de la dégradation de l'environnement due à l'utilisation irresponsable des ressources.

Ces changements modifient les valeurs individuelles et collectives et les modes de vie à tous les âges, ainsi que les conditions de vie partout dans le monde. Certains, comme le développement des techniques de communication offrent un potentiel immense pour la santé, tandis que d'autres, comme le commerce international du tabac, ont un impact négatif considérable.

La promotion de la santé change quelque chose

Les travaux de recherche et les études de cas effectués un peu partout dans le monde fournissent des éléments attestant que la promotion de la santé a une réelle efficacité. Les stratégies de promotion de la santé peuvent créer et modifier les modes de vie, ainsi que les conditions sociales, économiques, et de l'environnement, qui déterminent la santé. La promotion de la santé est une approche concrète pour instaurer plus d'équité en matière de santé.

Les cinq stratégies de la Charte d'Ottawa sont indispensables pour réussir :

- établir une politique publique saine ;
- créer des milieux favorables ;
- renforcer l'action communautaire ;
- développer les aptitudes personnelles ;
- réorienter les services de santé.

On sait désormais que :

- les approches globales de développement de la santé sont les plus efficaces, en particulier celles qui associent les cinq stratégies de la Charte par rapport à celles qui utilisent des stratégies isolées ;
- certains cadres offrent des possibilités concrètes pour la mise en œuvre de stratégies globales. C'est le cas des mégapoles, des îles, des villes, des municipalités, des communautés locales, des marchés, des écoles, des lieux de travail et des centres de santé ;
- la participation est indispensable pour poursuivre les efforts. Il faut placer les personnes au cœur des processus de prise de décisions et de l'action si l'on veut que les interventions soient efficaces ;
- l'apprentissage favorise la participation. L'accès à l'éducation et à l'information est essentiel pour obtenir une véritable participation et responsabiliser les personnes et les communautés en leur donnant les moyens d'agir.

Ces stratégies sont les éléments fondamentaux de la promotion de la santé et sont adaptées à tous les pays.

De nouvelles solutions s'imposent

238 Pour faire face aux nouveaux dangers qui menacent la santé, de nouvelles formes d'action sont nécessaires. Dans les années à venir, le défi consistera à mobiliser le potentiel de la promotion de

la santé qui existe dans de nombreux secteurs de la société, dans les communautés locales et au sein des familles. Il faudra surmonter le cloisonnement traditionnel existant à l'intérieur même des pouvoirs publics, entre organisations gouvernementales et non gouvernementales, et entre secteur public et secteur privé. La coopération est indispensable, ce qui suppose la création de nouveaux partenariats pour la santé, sur un pied d'égalité, entre les différents secteurs, à tous les niveaux de la gestion des affaires publiques.

Priorités pour la promotion de la santé au XXI^e siècle

Promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé

Les décideurs doivent être résolument attachés au principe de responsabilité sociale. Tant le secteur public que le secteur privé doivent promouvoir la santé en menant des politiques et des pratiques qui :

- ne soient pas préjudiciables à la santé d'autres personnes ;
- protègent l'environnement et assurent une utilisation durable des ressources ;
- restreignent la production et le commerce de produits et substances nocifs par nature, comme le tabac et les armes, et dissuadent les pratiques de marketing nuisibles à la santé ;
- protègent à la fois le citoyen sur le marché et l'individu sur son lieu de travail ;
- incluent les évaluations d'impact sur la santé, comme une partie intégrante du développement des politiques en ayant constamment à l'esprit le principe d'équité.

Accroître les investissements pour développer la santé

Dans de nombreux pays, la part des ressources allouées à la santé est inadéquate et souvent inefficace. Accroître les investissements pour développer la santé exige une approche véritablement multisectorielle prévoyant l'allocation de ressources aussi bien aux secteurs de l'éducation et du logement qu'à celui de la santé. Un investissement plus important dans le domaine de la santé et une réorientation des ressources existantes - au sein de chaque pays mais aussi entre les pays - peuvent faire progresser de manière significative le développement humain, la santé et la qualité de la vie. Il faut que dans cette réorientation des ressources soient pris en compte les besoins de certains groupes comme les femmes, les enfants, les personnes âgées, les populations indigènes, les pauvres et les personnes marginalisées.

Renforcer et élargir les partenariats pour la santé

La promotion de la santé exige la mise en place de partenariats en faveur du développement sanitaire et social entre les différents secteurs à tous les niveaux de la gestion des affaires publiques. Il convient de renforcer les partenariats existants et d'explorer les possibilités d'en établir de nouveaux. Le partenariat augmente le potentiel de réussite des projets par une mise en commun de l'expérience, des compétences et des ressources. Tout partenariat doit être transparent, responsable et s'appuyer sur des principes éthiques acceptés, le respect et la compréhension mutuels. Les principes directeurs de l'OMS doivent être respectés.

Accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir

La promotion de la santé est mise en œuvre par et avec les personnes et ne leur est pas imposée. Elle améliore à la fois la capacité d'agir des individus et celle des groupes, organisations ou communautés, d'influer sur les déterminants de la santé. Pour cela, il est nécessaire d'éduquer, de former à l'animation et au « leadership » et de bénéficier de ressources et de moyens. La responsabilisation des individus exige de participer systématiquement à la prise de décisions ainsi que des compétences et des connaissances essentielles pour pouvoir mettre en œuvre des changements. Les moyens de communication traditionnels et les nouvelles technologies

contribuent à ce processus. Il faut aussi trouver de nouvelles manières d'exploiter les ressources sociales, culturelles et spirituelles en faveur de la santé.

Mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé

Pour mettre en place une infrastructure de promotion de la santé, de nouveaux mécanismes de financement doivent être recherchés aux niveaux local, national, et mondial. Des mesures d'incitation doivent être proposées afin d'influencer l'action des pouvoirs publics, des organisations non gouvernementales, des établissements d'enseignement et du secteur privé et accroître ainsi la mobilisation des ressources en faveur de la promotion de la santé.

« Les cadres propices à la santé » représentent la base structurelle de la promotion de la santé. Les nouveaux défis qui se posent à la santé signifient qu'il faut créer de nouveaux réseaux de collaboration intersectorielle. Ces réseaux doivent s'apporter une assistance mutuelle à l'intérieur des pays et entre les pays et faciliter l'échange d'informations sur ce qui marche et dans quel cadre.

On doit encourager l'acquisition et l'exercice des compétences de « leadership » au niveau local pour soutenir les interventions de promotion de la santé. Seront encouragés également les travaux de recherche et les rapports d'expériences pour améliorer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de la promotion de la santé.

Tous les pays doivent s'employer à mettre en place l'environnement politique, juridique, éducatif, économique et social, favorable à la promotion de la santé.

Appel à l'action

Les participants à la Conférence s'engagent à faire connaître les messages clés de cette Déclaration à leur gouvernement, aux institutions et aux communautés de leur pays, à mettre en pratique les actions proposées, et à présenter un rapport à la Cinquième Conférence internationale sur la promotion de la santé.

Afin d'accélérer les progrès en faveur de la promotion de la santé dans le monde, les participants ont approuvé la formation d'une alliance mondiale pour la promotion de la santé. Le but de cette alliance est de faire avancer les priorités d'action énoncées dans la présente Déclaration.

Les priorités de l'alliance sont les suivantes :

- sensibiliser sur l'évolution des déterminants de la santé ;
- soutenir le développement de la collaboration et la mise en place de réseaux pour le développement de la santé ;
- mobiliser des ressources en faveur de la promotion de la santé ;
- accumuler les connaissances sur les meilleures pratiques ;
- favoriser l'apprentissage en commun ;
- promouvoir la solidarité dans l'action ;
- encourager la transparence et la responsabilité publique en promotion de la santé.

Les gouvernements sont invités à aider les réseaux de promotion de la santé à se créer et à fonctionner au sein même des pays et entre les pays.

Les participants demandent à l'OMS de prendre l'initiative de créer cette alliance mondiale de promotion de la santé et de permettre à ses États Membres de mettre en œuvre les conclusions de la Conférence. Le rôle de l'OMS consistera principalement à engager les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les banques de développement, les agences des Nations-Unies, les organismes interrégionaux, les agences bilatérales, le mouvement syndical et les coopératives, de même que le secteur privé, à mettre en œuvre les priorités d'action en faveur de la promotion de la santé.

WHO's Global School Health Initiative (GSHI)

Un des programmes mondiaux de santé publique de l'OMS, la *WHO's Global School Health Initiative* vise à promouvoir la santé grâce à l'école. Ce programme est basé sur trois éléments principaux :

- les points définis en 1986 dans la Charte d'Ottawa ;
- la Déclaration de Jakarta en 1997 qui lançait un appel en faveur d'actions internationales, nationales, régionales, locales et en particulier la mise en place d'infrastructures pour la promotion de la santé via l'école ;
- les conclusions du *WHO's Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion* (1995) qui a identifié cinq obstacles majeurs au développement de programmes de santé scolaire : (i) vision et planification mal adaptées, (ii) mauvaise compréhension et acceptation des programmes, (iii) défaut de responsabilité et de restitution, (iv) défaut de collaboration et de coordination entre les acteurs de la santé scolaire, (v) défaut de programmes-cadres incluant les ressources financières, humaines et pratiques ainsi que les mécanismes organisationnels.

Le comité a également élaboré dix recommandations. Deux d'entre elles, destinées à renforcer la capacité de chaque nation à améliorer la santé et l'éducation, doivent être soutenues à l'échelle locale, nationale et internationale : (i) augmenter l'investissement dans la scolarisation ; (ii) augmenter la scolarisation des filles. Trois autres insistent sur ce que l'école se doit de faire pour promouvoir la santé : (iii) offrir un environnement sain d'étude et de travail pour les élèves et le personnel scolaire ; (iv) servir de porte d'entrée pour la promotion de la santé et de lieu privilégié aux interventions dans le domaine de la santé ; (v) permettre aux enfants et aux adolescents d'acquérir les aptitudes déterminantes à la santé et à la vie. Enfin cinq recommandations pour procurer un soutien à l'école et lui permettre de promouvoir la santé : (vi) développer les politiques, législations et directives pour assurer l'identification, la mobilisation et la coordination des ressources à l'échelle locale, nationale et internationale ; (vii) les enseignants et le personnel scolaire doit être qualifié, et disposer du soutien nécessaire pour leur permettre de promouvoir la santé ; (viii) les communautés et les écoles doivent collaborer pour favoriser la santé et l'éducation ; (ix) les programmes de santé scolaire doivent être soigneusement élaborés, suivis et évalués pour pouvoir être effectivement mis en œuvre et atteindre leurs objectifs ; (x) l'aide internationale doit être encore plus développée pour accroître la capacité des pays, des communautés locales et des écoles à promouvoir la santé et l'éducation.

L'objectif de cette initiative est d'augmenter le nombre d'écoles répondant aux critères d'une *Health Promoting School* - Ecole promotrice de santé, dont la définition peut varier en fonction des besoins et des circonstances mais que l'on peut caractériser comme une école renforçant en permanence sa capacité à être un milieu sain pour vivre, étudier et travailler.

Dans le cadre de cette initiative l'OMS édite une collection de documents destinés aux acteurs de la santé scolaire. Ces fascicules sont regroupés sous deux rubriques :

• **WHO Expert Committee documents**

Présentations de la GSHI (concepts, objectifs, définitions, informations) et recommandations d'un comité d'experts.

<i>The Status of School Health</i>	WHO/HPR/HEP/96.1
<i>Improving School Health Programmes : Barriers and Strategies</i>	WHO/HPR/HEP/96.2
<i>Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes</i>	WHO/HPR/HEP/96.3
<i>Promoting Health Through Schools : A summary and recommendations of WHO's Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion</i>	WHO/HPR/HEP/96.4

● **WHO Information Series on School Health**

Série thématique.

<i>Strengthening Interventions to Reduce Helminth Infections : An Entry Point for the Development of Health-Promoting Schools</i>	WHO/HPR/HEP/96.10
<i>Violence Prevention : An Important Element of a Health-Promoting School</i>	WHO/HPR/HEP/98.2
<i>Healthy Nutrition : An Essential Element of a Health-Promoting School</i>	WHO/HPR/HEP/98.3
<i>WHO's Global School Health Initiative Health-Promoting Schools</i>	WHO/HPR/HEP/98.4
<i>Tobacco Use Prevention : An Important Entry Point for the Development of a Health-Promoting School</i>	WHO/HPR/HEP/98.5
<i>Preventing HIV/AIDS/STDs and Related Discrimination : An Important Responsibility of Health-Promoting Schools</i>	WHO/HPR/HEP/98.6
<i>Local Action : Creating Health-Promoting Schools</i>	WHO/HPR/HEP/98.7
<i>Active Living : An Essential Element of a Health-Promoting School</i>	WHO/HPR/HEP/98.8

Actions de communication

En termes de communication, l'éducation pour la santé dispose d'une palette de moyens : les médias avec l'achat d'espaces publicitaires et/ou les partenariats, et les actions hors média. Les supports médiatiques utilisés peuvent être la télévision, le cinéma, la radio, la presse écrite ou l'affichage. Les actions hors média sont développées à l'occasion de manifestations publiques, de festivals, et mobilisent parfois des personnalités (acteurs, sportifs...).

L'OMS et l'ONU organisent des actions de communication annuelles sous forme de Journées mondiales à date fixe : Journées mondiales du sida, le 1^{er} décembre ; Journées mondiales sans tabac, le 31 mai ; Journées mondiales de lutte contre la drogue, le 26 juin.

En France, les grandes campagnes de communication mises en place par le ministère chargé de la Santé, le CFES et la CNAMTS (grâce au Fonds national d'information et d'éducation sanitaire, FNPEIS) s'inscrivent dans des programmes nationaux de prévention et d'éducation pour la santé, et s'articulent sur des actions de terrain. Les jeunes sont toujours concernés par ces campagnes, même si les slogans ciblent plus particulièrement certains publics.

Exemples d'actions de communication mises en place par le ministère chargé de la Santé et le CFES sous forme de campagnes audiovisuelles.

Thème de prévention	Slogan	Période
Sida	Il ne passera pas par moi. Il ne passera pas par nous.	1987
	Aujourd'hui le préservatif préserve de tout, même du ridicule.	1988
	Les préservatifs préservent de tout. De tout, sauf de l'amour.	1989
	Les préservatifs vous souhaitent de bonnes vacances.	1989-1990
	Le sida. Chacun de nous peut le rencontrer.	1989
	Les préservatifs. Pourquoi hésiter plus longtemps ?	1991
	Les préservatifs. Aujourd'hui tout le monde dit oui.	1992-1993
	En vacances, j'oublie tout sauf le préservatif.	1994
	Sida. Une priorité de santé publique.	1995
	Vivre avec le virus du sida.	1995
	Protégez-vous du sida. Protégez les autres.	1996
	Sida. La science progresse. Et la solidarité ?	1997
	Sida. Aujourd'hui, on peut faire beaucoup. Mais rien sans vous.	1998-1999
	Le sida, on en meurt encore.	2000-2001
Tabagisme	Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons.	1976
	Une cigarette écrasée, c'est un peu de liberté.	1978
	Arrêter de fumer, c'est possible.	1983
	Le tabac c'est plus ça.	1988-1991
	Fumer c'est pas ma nature.	1991
	L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée.	1993-1996
	La vie sans tabac vous commencez quand ?	1997-1999
Aujourd'hui c'est peut-être un bon jour pour arrêter de fumer.	2000-2001	
Alcoolisation	Un verre ça va, trois verres... bonjour les dégâts.	1984
	Tu t'es vu quand t'as bu ?	1991
	Et vous avec l'alcool, vous en êtes où ?	1997-2000
Consommation de drogue	La drogue, parlons-en avant qu'elle ne lui parle.	1986
	La lutte contre la drogue, un combat pour la vie.	1989
	Aidons les à trouver la force de dire non.	1990-1992
	Contre la drogue, on n'est jamais trop.	1994
	Savoir plus, risquer moins.	1999-2001

Objectifs de l'éducation à la santé de l'école maternelle à la fin du collège en France

Annexe à la circulaire du MEN n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège

École primaire

Compétences relatives à :					Compétences personnelles et relationnelles
La connaissance et la maîtrise du corps	La sexualité et la reproduction	L'environnement et la santé	La vie sociale et la santé		
Cycle 1	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer ses possibilités motrices (<i>Agir dans le monde</i>) • Montrer et nommer les différentes parties du corps (<i>Découvrir le monde</i>) • Repérer les manifestations du vivant : nutrition, locomotion (<i>Découvrir le monde</i>) • Identifier les informations données par les sens (<i>Traitement de l'information</i>) • Observer des rythmes de vie et des règles d'hygiène dans des situations concrètes (<i>Découvrir le monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer parmi les grandes fonctions du vivant, la reproduction • Reconnaître les caractéristiques du vivant : naissance, croissance, développement, vieillissement, mort (<i>Découvrir le monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les risques de l'environnement familial (objets dangereux et toxiques) (<i>Découvrir le monde</i>) • Identifier les risques de la rue, de la route (<i>Découvrir le monde</i>) • Repérer les nuisances : bruits, odeurs, importance des déchets (<i>Découvrir le monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer des produits de consommation (nature, origine, emballage) (<i>Découvrir le monde</i>) • Reconnaître un message publicitaire (<i>Découvrir le monde</i>) 	<p>Image de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affirmer son identité, évaluer ses possibilités et ses limites • Exprimer ses émotions et ses sentiments • Faire respecter son corps (référence à la maltraitance et à la violence physique) <p>Autonomie et initiative personnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge de manière autonome des soins d'hygiène • Faire preuve d'initiatives personnelles dans la gestion de son temps et de son travail
Cycle 2	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter ses efforts suivant la nature des actions motrices effectuées, en prenant compte de ses limites (<i>EPS</i>) • Décrire le rôle et le fonctionnement des organes (<i>Découverte du monde</i>) • Agir en fonction d'un risque reconnu et apprécié et de la difficulté de la tâche (<i>EPS</i>) • Mettre en œuvre des règles de vie : hygiène (habitudes quotidiennes de propreté, d'alimentation, de sommeil, de rythme de vie), sécurité (<i>Découverte du monde et Éducation civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire parmi les grandes fonctions du vivant, la reproduction (<i>Découverte du monde</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre part avec pertinence à des discussions et/ou des actions relatives à la gestion de l'environnement (<i>Éducation civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à des discussions sur des problèmes de consommation : publicité, différents types de produits (<i>Éducation civique</i>) • Respecter des règles de vie en commun dans la classe et dans l'école : prise de parole, camaraderie, entraide, coopération, sécurité, tenue (<i>Éducation civique</i>) 	<p>Relation aux autres et solidarité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer, participer à des discussions sur des situations de la vie quotidienne • Participer à des jeux sportifs, à des actions sur l'environnement • Demander, apporter une aide à bon escient <p>Esprit critique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparer des habitudes d'hygiène de vie, analyser leurs conséquences possibles à court et à long terme sur la santé • Manifester son esprit critique pour résister à la pression des autres <p>Responsabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecter le cadre de vie de l'école et participer à son amélioration pour le mieux-être de tous • Réagir face à une situation imprévue de danger, donner l'alerte
Cycle 3	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser ses ressources physiques et gérer ses efforts (<i>EPS</i>) • Décrire les fonctions de nutrition • Identifier les conséquences à court et long terme de l'hygiène de vie (actions bénéfiques et nocives de nos comportements) (<i>Sciences et technologie</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer les divers modes de reproduction animale avec la sexualité et la reproduction des humains (<i>Sciences et technologie</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des responsabilités personnelles et collectives et proposer des réactions face à un problème lié à l'environnement et à sa protection (<i>Éducation civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des responsabilités personnelles et collectives face aux problèmes liés <ul style="list-style-type: none"> — aux droits de l'homme et aux atteintes qu'ils subissent (en particulier discrimination et violence) — à la santé et à sa protection (<i>Éducation civique, Sciences et technologies</i>) • Donner l'alerte en cas de danger, décrire ou pratiquer des gestes de premier secours (<i>Éducation civique</i>) 	

EPS : Éducation physique et sportive ; SVT : Sciences de la vie et de la terre

Collège

	Compétences relatives à :				Compétences personnelles et relationnelles
	La connaissance et la maîtrise du corps	La sexualité et la reproduction	L'environnement et la santé	La vie sociale et la santé	
Cycle d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les effets de la motricité et de l'effort physique sur le corps (<i>EPS</i>) • Maîtriser la position de son corps dans des activités habituelles (<i>Technologie</i>) • Repérer les principaux constituants des aliments de l'Homme (<i>SVT</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître dans le milieu de vie ou en élevage, les manifestations de la sexualité et les phénomènes liés à la reproduction animale (<i>SVT</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les composantes de son environnement proche (<i>SVT</i>) • Repérer des actions de l'Homme sur son environnement (aménagement, prélèvements, pollutions) et analyser leurs effets (<i>SVT, Education civique</i>) • Discuter des effets sur l'environnement et la santé de pratiques de cultures ou d'élevages (<i>SVT</i>) • Contribuer à une gestion harmonieuse du cadre de vie (<i>Education civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier des principes de la vie sociale en rapport avec la santé : sécurité, prévention des accidents, de la violence (<i>Education civique</i>) 	<p>Ces compétences sont développées dans tous les enseignements, au cours des rencontres éducatives et dans l'ensemble des activités et de la vie scolaire</p> <p>Image de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer ses aptitudes physiques et leurs limites • Valoriser ses qualités et ses compétences • Savoir faire respecter son corps (référence à la maltraitance, à la violence physique) <p>Autonomie et initiative personnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affirmer ses choix, ses opinions, savoir dire non • Etre capable de gérer indépendamment de toute pression, des situations pouvant avoir des conséquences sur sa santé ou celle des autres • Faire preuve d'initiatives personnelles dans des activités de la vie scolaire <p>Relation aux autres et solidarité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echanger, écouter, argumenter pour faire partager un point de vue • Respecter l'autre à travers ses différences physiques ou culturelles (cf loi de 1975 sur l'intégration) • Adopter des comportements qui ne perturbent pas les autres, dans le collège, en dehors du collège • Adopter des attitudes d'aide ou de solidarité lorsque les circonstances le justifient
Cycle central	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître et expliquer l'intervention coordonnée des différentes fonctions dans une activité physique (<i>SVT</i>) • Discuter des effets positifs ou négatifs sur le développement corporel et la santé de pratiques et comportements <ul style="list-style-type: none"> — exercices physiques — postures, manutention — consommations nocives : tabac, alcool, drogue (<i>SVT</i>) • Repérer les conditions du bon accomplissement des fonctions et les causes de leur dérèglement (<i>SVT</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer et analyser des transformations physiques, physiologiques et comportementales liées à la puberté (<i>SVT</i>) • Identifier des composantes biologiques affectives de la sexualité humaine (<i>Séquences d'éducation à la sexualité</i>) • Expliquer les rôles des différents organes au cours du rapport sexuel et de la procréation (<i>SVT</i>) • Expliquer les relations anatomiques et fonctionnelles entre le fœtus et l'organisme maternel (<i>SVT</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les effets des conditions de vie et de l'action de l'Homme (pollutions) sur le peuplement des milieux (<i>SVT</i>) • Justifier les règles de sécurité à l'égard de l'environnement technologique : électricité, écran informatique ou vidéo (<i>Technologie, Physique et Chimie</i>) • Discuter de l'existence d'un risque naturel (pollution, inondation, séisme) et des moyens d'y parer ou de s'en protéger (<i>SVT, Education civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer les principes et les modalités de la solidarité instituée en matière de santé en France (<i>Education civique</i>) • Justifier les pratiques individuelles et collectives de protection contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida (<i>SVT, Séquences d'éducation à la sexualité</i>) • Discuter, avec un esprit critique, des messages de l'image et des médias, en matière de santé (<i>Arts plastiques, Lettres</i>) 	<p>Esprit critique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser de manière critique des informations concernant la santé dans les médias, dans la publicité • Anticiper une action en évaluant l'impact de celle-ci sur les autres ou sur son environnement <p>Responsabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecter le cadre de vie de l'école et participer à son amélioration pour le mieux-être de tous • Evaluer les risques et adopter une attitude responsable vis-à-vis de consommations nocives : tabac, alcool, drogues, médicaments non prescrits • Gérer son travail scolaire en respectant sa santé (rythmes, sommeil...)
Cycle d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> • S'engager dans une activité physique ou sportive en tenant compte des risques encourus, de la nécessité d'assurer sa santé, sa sécurité et celle des autres (<i>EPS</i>) • Fonder le respect de l'autre et des différences sur la connaissance de l'unité de l'espèce et de l'originalité de chaque individu (<i>SVT</i>) • Relier le fonctionnement de l'organisme, ses échanges avec le milieu (respiration, alimentation, excrétion) et l'activité cellulaire (<i>SVT</i>) • Discuter la composition d'un menu • Relier des maladies à des excès ou des carences alimentaires (<i>SVT</i>) • Discuter des rôles respectifs des barrières naturelles et des comportements individuels dans la protection de l'organisme contre les infections (<i>SVT</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les connaissances acquises sur la procréation à l'explication des différents modes de contraception et de procréation médicalement assistée (<i>SVT, Education civique</i>) • Analyser les raisons pouvant conduire un individu ou un couple à recourir à un mode de contraception, à une technique de procréation médicalement assistée ou à une interruption volontaire de grossesse (<i>SVT, Education civique</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter sur des bases scientifiques de la responsabilité de l'Homme quant aux conséquences de ses activités sur sa santé à travers l'environnement à l'échelle de la planète (<i>SVT, Education civique</i>) • Justifier les règlements de sécurité à l'égard de l'environnement technologique : utilisation d'un transformateur, installation électrique domestique (<i>Physique-Chimie</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter en fonction de données scientifiques et sociales, de l'utilisation de moyens de prévention et de protection à l'égard de certaines infections (<i>SVT</i>) • Discuter la légitimité scientifique et sociale d'une transfusion sanguine, d'une greffe (<i>SVT, Education civique</i>) 	