
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 reprécisé 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 « milieu » 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 *counselling*.

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 engageant 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

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

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.

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.

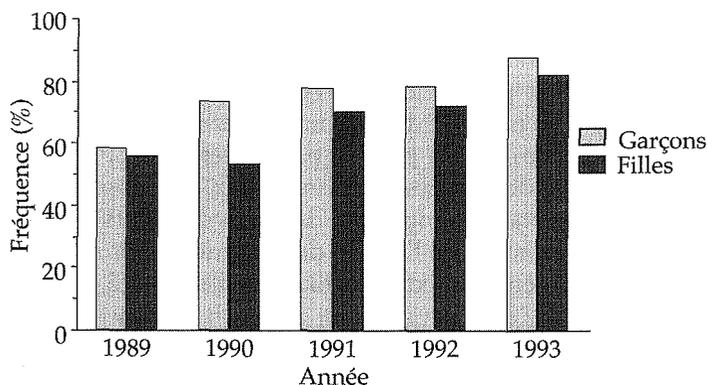
Dans certains pays, les services sanitaires scolaires, les dispensaires scolaires, les médecins, les infirmières et la médecine communautaire sont mis à contribution. D'autres expériences ont été tentées dans le domaine de la prévention du sida, comme faire appel aux associations, faire porter le message 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 conjugée 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.

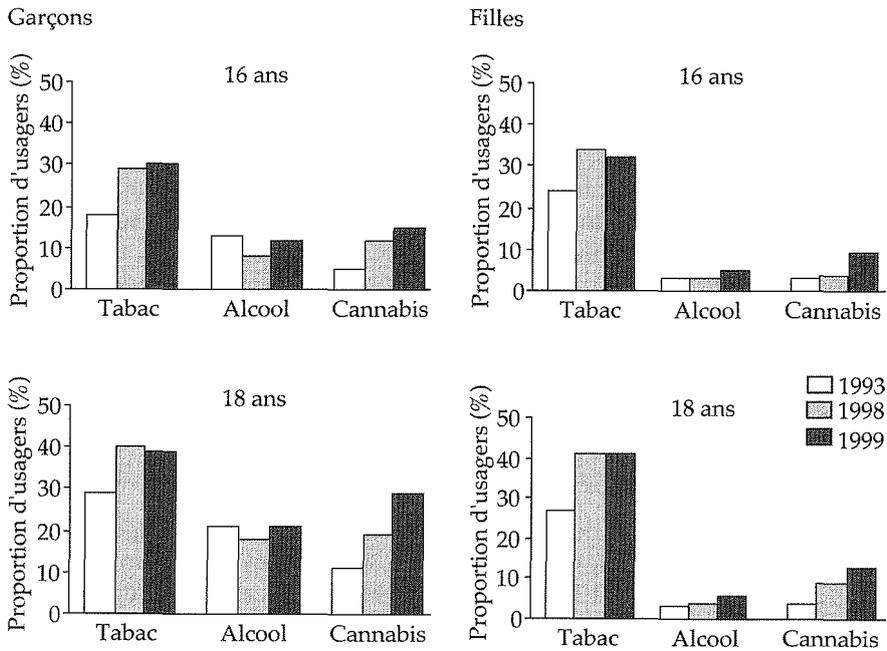
Les actions de prévention doivent commencer en fonction de l'âge de début de consommation des différents produits. L'âge optimum reconnu se situe entre 12 et 14 ans. De 10 à 60 sessions semblent nécessaires, réparties sur plusieurs années. Le programme *Life Skills Training* comporte 15 sessions la première 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.