
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 pédagogthèque 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.

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.