



En raison de son poids et afin de faciliter son téléchargement, le rapport a été découpé en quatre fichiers. Pour permettre la navigation entre les fichiers, utilisez la table des matières active (signets) à gauche de l'écran.

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

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

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

Groupe d'experts et auteurs

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

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

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

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

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

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

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

Coordination scientifique et éditoriale

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

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

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

Assistance bibliographique et technique

Chantal GRELLIER et Florence LESECQ, Centre d'expertise collective

Iconographie

Service commun n° 6 de l'Inserm

Préface

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marc Brodin

Président de la Conférence nationale de Santé

Sommaire

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

Avant-Propos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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