



**Institut national
de la santé et de la recherche médicale**

Paris, le 19 juin 2001

Education pour la santé des jeunes Démarches et méthodes

Une expertise collective de l'Inserm

Environ 10 francs par habitant, c'est ce que la France consacre chaque année à l'éducation pour la santé, contre 11 000 francs aux soins ! Les acteurs de la prévention conviennent de cette insuffisance dont les jeunes sont les premiers à pâtir. Il est pourtant essentiel de leur apprendre, dès les premières années de la vie, les gestes qui les aideront à rester en bonne santé. Qui doit le faire et comment ? Pour tenter de répondre à ces questions, l'Inserm publie aujourd'hui l'expertise collective « Education pour la santé des jeunes » réalisée à la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM).

Principaux constats : les multiples actions d'éducation pour la santé menées en France auprès des jeunes sont souvent ponctuelles et rarement coordonnées. Peu ciblées, elles ne tiennent pas toujours compte de l'âge, du sexe, du statut psychologique et social des jeunes auxquels elles s'adressent ; et s'appuient insuffisamment sur les résultats de la recherche.

Les principales recommandations du groupe d'experts portent sur plusieurs points :

- ◆ assurer la cohérence et la continuité des programmes éducatifs tout au long de la scolarité des jeunes, de la maternelle jusqu'au secondaire
- ◆ développer en France, comme c'est déjà le cas dans de nombreux autres pays, des compétences propres à l'éducation pour la santé
- ◆ faire évoluer les méthodes éducatives et définir de nouveaux critères adaptés à leur évaluation
- ◆ valoriser les résultats de la recherche en éducation pour la santé et accélérer leur diffusion auprès des acteurs de la prévention

L'école : un lieu de prédilection pour éduquer les jeunes à la santé

Le système scolaire constitue le cadre idéal pour éduquer les jeunes à la santé. En effet, l'école demeure un endroit de passage obligé qui permet d'atteindre la très grande majorité d'une classe d'âge. Les jeunes y représentent une population "captive" facile à informer dans le cadre des programmes d'enseignement. Mais surtout, de par sa mission d'éducation, l'école participe à la « construction » des individus : elle prépare notamment à adopter des comportements « sains ». Il est bien établi qu'il existe un lien direct entre les apprentissages, la réussite scolaire et la santé, et l'école doit y être attentive.

Si l'école est désignée comme le lieu privilégié pour éduquer les jeunes à la santé, le cercle familial conserve néanmoins un rôle de premier plan. A ce sujet, les experts rappellent que la participation des parents est capitale pour le bon déroulement d'un programme de prévention. En effet, bien que de nombreuses études soulignent l'intérêt de les impliquer dans la conception et la mise en œuvre des programmes, ils en sont souvent absents.

L'éducation à la santé à l'école : 4 dates clés

1989 : la loi d'orientation du Ministère de l'éducation nationale inscrit explicitement l'éducation à la santé parmi les missions de la communauté éducative.

1990 : les comités d'environnement social (CES) sont créés. Ils seront remplacés en 1998 par les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Ils associent l'ensemble des personnels, les élèves, les parents et les partenaires de l'éducation nationale. Ils organisent la prévention des conduites à risque, des dépendances et de la violence, et assurent le suivi des jeunes en difficulté dans et hors de l'école. Mis en place par les chefs d'établissements, ils sont prévus pour les classes du secondaire essentiellement. L'objectif du Ministère de l'éducation nationale est de les généraliser.

1998 : une circulaire d'orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège instaure les rencontres éducatives sur la santé, auxquelles s'intègrent pour les classes de 4^{ème} et de 3^{ème} les « séquences d'éducation à la sexualité ».

2001 : un texte, paru le 25 janvier au bulletin officiel, définit les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves. Il affirme clairement la mission de promotion de la santé du système éducatif.

Une multiplicité d'intervenants qui rend difficile la coordination des programmes

En France, un grand nombre d'institutions, d'organismes et d'individus apparaissent comme acteurs de l'éducation pour la santé : collectivités territoriales, organismes de protection sociale, établissements de santé, médecins, pharmaciens, membres d'associations...sans qu'un lien soit nécessairement établi entre les différentes initiatives : qui fait quoi et pour qui ? Ce manque de coordination ne facilite ni la cohérence, ni la visibilité des programmes d'éducation pour la santé des jeunes. Certains de ces programmes sont pourtant riches en enseignements et pourraient bénéficier à l'ensemble des acteurs de la prévention.

Pour améliorer cette situation, le groupe d'experts recommande de mettre en place un programme cadre national d'éducation pour la santé qui évite l'éparpillement des actions et assure la continuité des démarches éducatives.

Pour être efficaces, les actions d'éducation pour la santé doivent s'inscrire dans la continuité

Selon le groupe d'experts, l'éducation pour la santé doit pouvoir se poursuivre tout au long de la scolarité des élèves, de la maternelle jusqu'au secondaire. Ceci est d'autant plus important que les effets des actions éducatives tendent à s'estomper avec le temps. C'est pourquoi les programmes d'éducation pour la santé des jeunes doivent être mis en œuvre de manière progressive, en tenant compte des préoccupations liées à l'âge des élèves et de la présence ou non du risque. Il est par exemple plus opportun de parler de nutrition et de prévention des blessures aux enfants du primaire, et des « drogues », du sida et de la sexualité aux adolescents.

Le groupe d'experts recommande que les interventions ponctuelles et isolées soient remplacées par de réels programmes d'au moins une dizaine d'heures par an, poursuivis sur plusieurs

années. La continuité et la cohérence des programmes éducatifs doivent aussi s'établir entre l'école, les familles et tous ceux qui interviennent auprès des jeunes. La création des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) répond bien à ce type de besoin, à condition qu'on leur donne les moyens de remplir leurs missions. Le groupe d'experts préconise de doter les CESC de coordinateurs qualifiés, afin de garantir le bon fonctionnement et la pérennité de ces dispositifs.

Former, reconnaître et soutenir ceux qui éduquent les jeunes à la santé

La qualité et l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé dépendent en grande partie du professionnalisme de ceux qui délivrent les messages de prévention. Dans de nombreux pays, notamment les Etats-Unis, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Espagne et la Belgique l'éducation pour la santé fait l'objet d'une formation définie par un cadre d'aptitudes et validée par un diplôme. Ce n'est pas le cas de la France où les modules universitaires spécialisés restent rares et de courte durée.

Les formations destinées aux animateurs de l'éducation pour la santé doivent, selon les experts, être reconnues par la remise d'un diplôme qui validerait un cursus universitaire complet empruntant autant aux sciences de l'éducation qu'aux sciences médicales.

Les experts recommandent de mettre en place un ensemble cohérent de formations adaptées à chaque type d'intervenants selon son niveau d'implication dans les programmes : des formations complètes pour les concepteurs et animateurs de l'éducation pour la santé, des cycles courts et des séances de sensibilisation pour les membres de la communauté éducative, y compris les chefs d'établissements.

Les médecins et les infirmières de l'éducation nationale tiennent un rôle de tout premier plan pour éduquer les jeunes à la santé. A ce titre, ils doivent être soutenus dans leurs missions de prévention.

Enfin, le groupe d'experts préconise de veiller au niveau de qualification des intervenants en éducation pour la santé des jeunes, surtout quand ils sont extérieurs à l'école. Des accréditations délivrées par les rectorats permettraient de mieux réglementer leur accès au système éducatif.

Comment concevoir et mettre en œuvre les actions d'éducation pour la santé des jeunes ?

De quoi dépend la réussite d'un programme d'éducation pour la santé des jeunes ? De la qualité de l'information qui sera délivrée bien sûr, mais pas seulement. En effet, le niveau de connaissance est assez facile à faire évoluer, ce qui n'est pas le cas pour les attitudes et les comportements. Selon le groupe d'experts, un ensemble de facteurs individuels et collectifs doit être pris en considération dans les approches éducatives. Il s'agit surtout de permettre à chacun d'acquérir de nouvelles compétences psychologiques et sociales comme l'estime de soi, l'empathie, la capacité à résoudre les problèmes, à résister à l'influence des autres, à prendre des décisions et à gérer son stress et ses émotions. Autant d'éléments indispensables à la « prise de pouvoir » sur sa propre santé.

La formation des intervenants, l'implication des familles et la qualité des outils pédagogiques figurent aussi parmi les principaux facteurs à prendre en compte pour mener à bien un programme d'éducation pour la santé. Autres critères de succès : les méthodes éducatives doivent susciter la participation active et interactive des jeunes.

Une approche parfois utilisée pour éduquer les jeunes à la santé consiste à proposer aux élèves eux-mêmes de devenir acteurs de la prévention auprès de leurs camarades. Cette méthode qui renforce l'implication des jeunes ne peut à elle seule suffire et doit s'intégrer dans un programme éducatif plus global.

Les outils pédagogiques (bandes dessinées, marionnettes, jeux, supports audiovisuels, matériels informatiques...) sont souvent nécessaires mais doivent avoir été testés au préalable pour être utilisés à bon escient. Le groupe d'experts recommande de veiller à la qualité, à la pertinence et au bon usage de ces supports à l'éducation pour la santé. Il préconise de réaliser un répertoire de tous ces outils et d'analyser les contextes dans lesquels ils sont utilisés.

La difficulté qu'a tout adolescent d'imaginer le bénéfice, ou au contraire la conséquence néfaste d'un changement de comportement, suggère de privilégier la communication sur les risques présents et immédiats et de répéter la démarche dans le temps. Par ailleurs, le groupe d'experts insiste sur la nécessité de délivrer des informations adaptées à l'âge et aux intérêts des jeunes, et qui tiennent compte des différences de perceptions entre les filles et les garçons. La psychologie et le statut social des élèves, les problèmes spécifiques rencontrés par une classe plutôt qu'une autre sont également des facteurs importants à prendre en considération. Enfin, les actions éducatives doivent pouvoir être relayées au niveau des familles et de tous les acteurs de l'éducation pour la santé.

Les programmes d'éducation pour la santé sont souvent non évalués, faute de moyens. Les objectifs des démarches éducatives évoluent et intègrent de plus en plus l'enrichissement personnel : développement de l'estime de soi, des relations avec les autres, de la capacité à "faire face". Ceci oblige à définir de nouveaux indicateurs permettant de mesurer ces effets qualitatifs. L'influence de nombreux facteurs (psychologiques, économiques, sociaux, environnementaux...) sur les comportements fait qu'il n'existe pas de modèle « standard » d'éducation pour la santé. Le groupe d'experts recommande de définir les moyens et les modes d'évaluation des programmes au cours d'une phase expérimentale, avant de les mettre en place. Ces méthodes d'évaluation doivent être capables de mettre en évidence les éléments qui ont contribué à l'efficacité des programmes.

Mieux valoriser les résultats de la recherche en éducation pour la santé

De nombreuses études scientifiques sont réalisées dans le domaine de l'éducation pour la santé des jeunes. Mais leurs conclusions profitent peu aux actions éducatives qui demeurent insuffisamment fondées sur les résultats de ces recherches. A l'origine d'un tel décalage : la publication des travaux scientifiques dans des revues parfois très spécialisées auxquelles n'ont pas forcément accès les acteurs de la prévention. Il en résulte un énorme écart de temps entre le moment où les chercheurs publient leurs données scientifiques et le moment où les intervenants en éducation pour la santé en prennent connaissance, 5 à 7 ans en moyenne !

Les experts recommandent de valoriser et de diffuser plus rapidement les résultats de la recherche, surtout quand il s'agit d'évaluations d'actions éducatives qui doivent bénéficier au plus grand nombre. Les scientifiques ont un rôle de « diffuseurs d'informations » : transférer les acquis de la recherche est, selon les experts, une activité spécifique qu'il convient de reconnaître.

Comportements sexuels à risques, consommation d'alcool, de tabac, de « drogues » : quand commencer à éduquer les jeunes à de tels risques sanitaires ? Comment concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention dans ce domaine ? A travers ces

deux exemples, les experts rappellent le rôle majeur que joue le système éducatif dans l'éducation pour la santé des jeunes. Ils insistent sur l'importance de proposer des approches éducatives diversifiées qui apportent une information exacte. Et qui tiennent compte des spécificités des groupes ainsi que des influences sociales auxquelles sont soumis les jeunes (famille, camarades d'école, de quartier et de loisirs...).

Prévention des comportements sexuels à risque

La prévention des comportements sexuels à risque chez les adolescents porte essentiellement sur l'infection par le VIH, le virus responsable du sida, et sur les grossesses précoces non désirées.

Les adolescents demeurent le groupe le mieux adapté à la menace du sida et la fréquence d'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel a augmenté régulièrement : 78 % des 15-18 ans interrogés début 1994¹ et 87 % des 15-19 ans interrogés fin 1997². D'autres chiffres sont moins satisfaisants : chaque année en France, sur les 10 000 adolescentes de moins de 18 ans qui sont enceintes, 6 500 pratiquent une interruption volontaire de grossesse.

Une des lacunes principales des programmes de prévention des comportements sexuels à risques concerne l'éducation au problème de la violence sexuelle. Dans la cadre de l'enquête ACSJ¹, 15,4 % des jeunes filles interrogées déclaraient avoir eu des rapports sexuels sous la contrainte.

Les actions d'éducation concernant la sexualité ne doivent pas se cantonner aux risques, elles doivent aborder plus largement la vie affective et sexuelle en s'adaptant au vécu et aux intérêts des jeunes. Les experts recommandent d'aborder la notion du risque lié à la sexualité au moment de l'adolescence. A l'école primaire, il est plus opportun de débattre de l'image et du respect du corps.

Les experts s'accordent sur l'idée de séparer les filles et les garçons pour parler de sexualité à l'adolescence. En effet, leurs perceptions sur le sujet diffèrent nettement. Il est néanmoins important de continuer à proposer quelques séances d'éducation sexuelle en classes mixtes de manière à confronter les jeunes aux représentations de l'autre sexe.

Prévention des risques liés à la consommation de substances psychoactives

Les consommations répétées de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes scolarisés ont régulièrement augmenté ces dernières années. Pour le tabac, cette hausse concerne surtout les filles. Pour l'alcool l'usage tend à se stabiliser. Pour le cannabis, l'augmentation est très nette, à la fois chez les filles et les garçons et quel que soit l'âge.

¹ Enquête ACSJ, *Analyse des comportements sexuels des jeunes*, réalisée auprès de 6 000 jeunes âgés de 15 à 18 ans au 1^{er} janvier 1994

² Baromètre Santé Jeunes 97/98, Comité français d'éducation pour la santé

Evolution entre 1993 et 1999 des usages répétés* de produits psychoactifs parmi les jeunes scolarisés dans le secondaire en France³

Proportion d'usagers en % :

		Garçons					
		16 ans			18 ans		
		1993	1998	1999	1993	1998	1999
Tabac		18	29	30	29	40	39
Alcool ^{a,b}		13 ^a	8 ^a	12 ^b	21 ^a	18 ^a	21 ^b
Cannabis		5	12	15	11	19	29

		Filles					
		16 ans			18 ans		
		1993	1998	1999	1993	1998	1999
Tabac		24	34	32	27	41	41
Alcool ^{a,b}		3 ^a	3 ^a	5 ^b	3 ^a	4 ^a	6 ^b
Cannabis		3	4	9	4	9	13

* tabac : quotidien
 alcool : ^aplusieurs fois par semaine, ^bau moins 10 fois par mois
 cannabis : au moins 10 fois par an

L'éducation des jeunes aux risques liés à la consommation de tabac, d'alcool et de « drogues » doit, selon les experts, se poursuivre tout au long de la scolarité, en abordant les produits licites avant les produits illicites. En tout état de cause, l'information ne doit pas se limiter aux produits et à leurs effets. Il convient notamment d'aborder le risque de passer d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière et abusive des produits.

Par ailleurs, les acteurs de la prévention doivent prendre le soin de vérifier l'exactitude des informations qu'ils délivrent aux jeunes, notamment quand il est question de données chiffrées. Rappeler la proportion exacte de jeunes qui fument du tabac ou du cannabis en France permet de battre en brèche les taux de consommations surestimés qui sont parfois véhiculés par les camarades et que les jeunes considèrent comme la norme.

De plus, chaque intervenant doit intervenir dans le cadre de ses compétences. Par exemple, si des représentants de l'ordre public et de la justice interviennent sur les risques liés à la consommation de « drogues », ils doivent centrer leur propos sur la loi et les délits.

Que ce soit pour l'alcool, le tabac ou les autres substances, les perceptions diffèrent très nettement entre les filles et les garçons : ils n'ont pas toujours les mêmes motifs à consommer ces produits ni les mêmes modes d'usage. Le groupe d'experts recommande de tenir compte de cette différence pour éduquer les jeunes aux risques liés à la consommation de produits psychoactifs.

Les programmes de prévention des risques liés au tabagisme sont plus efficaces quand ils sont dirigés vers des groupes que lorsqu'ils s'adressent à chaque élève individuellement. Par ailleurs,

³ Données 1993 : Choquet et Ledoux (Unité Inserm 472) ; données 1998 : Baromètre Santé Jeunes (CFES) ; données 1999 : ESPAD 99 (Inserm/OFDT/MENRT).

les politiques publiques qui consistent à augmenter le prix des paquets de cigarettes et à réglementer leur vente ont plus d'impact pour dissuader les jeunes de commencer à fumer que les mesures radicales qui le leur interdisent. En outre, les programmes qui cherchent principalement à prévenir l'initiation au tabagisme se soldent généralement par un échec : après un suivi de 4 années, certaines études constatent qu'il n'y a pas moins de jeunes qui fument dans les groupes ayant bénéficié de tels programmes.

La prévention des risques liés à l'alcool repose surtout sur les dangers auxquels s'exposent les jeunes en état d'ivresse : accidents de la route, violence, rapports sexuels non protégés... Pour ce produit, certaines actions se sont orientées vers la prévention « en situation », comme la formation des professionnels de la nuit à identifier les individus présentant les premiers signes d'ivresse. Les mesures concrètes, telles que l'alcoolémie « zéro », l'augmentation du prix de l'alcool dans les bars ou la reconduite à leur domicile des jeunes en état d'ivresse après les manifestations festives (soirées, matchs sportifs, concerts...), se révèlent efficaces.

Pour lutter contre la consommation des autres « drogues », des actions de prévention ont d'abord prôné l'abstinence. Aujourd'hui, elles se consacrent principalement à prévenir les consommations abusives et à mettre en avant le risque auquel s'exposent les jeunes. Pour y parvenir, les experts recommandent que les programmes éducatifs concernant "les drogues" établissent bien la différence entre les notions d'usage, d'abus et de dépendance.

Qu'est-ce que l'expertise collective ?

L'expertise collective Inserm fait le point, dans un domaine précis, sur les connaissances scientifiques et médicales. Pour répondre à une question posée par les pouvoirs publics ou le secteur privé, l'Inserm réunit un groupe pluridisciplinaire composé de scientifiques et de médecins. Ces experts rassemblent, analysent la littérature scientifique internationale et en synthétisent les points essentiels. Des lignes de force sont dégagées et des recommandations sont ensuite élaborées afin d'aider le demandeur dans sa prise de décision.

Qui a réalisé cette expertise ?

□ **Le groupe d'experts**

- 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
- Geneviève PAICHELER, sociologie, politiques publiques et santé, Inserm Unité 502, Paris

□ **La coordination scientifique**

Centre d'expertise collective de l'Inserm (Service commun 14), Paris, sous la responsabilité de Jeanne ETIEMBLE

Contact Presse Inserm

Eric MILBERGUE

Tél. : 01 44 23 60 97

Fax : 01 45 70 76 81

Mél : presse@tolbiac.inserm.fr

Cette expertise collective est publiée sous le titre :

"Education pour la santé des jeunes – Démarches et méthodes"

Editions Inserm, juin 2001, 247 pages, 150 Francs (22,87 Euros)

Tél. : 01 44 23 60 82

Mél : durrande@tolbiac.inserm.fr