

2

Éducation pour la santé des jeunes Concepts, modèles, évolution

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

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

Santé : évolution des concepts

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

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

Santé et actions de santé

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

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

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

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

« Salutogenèse »

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

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

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

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

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

Prévention

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

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

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

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

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

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

Promotion de la santé

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

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

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

Cohérence des politiques et des actions

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

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

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

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

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

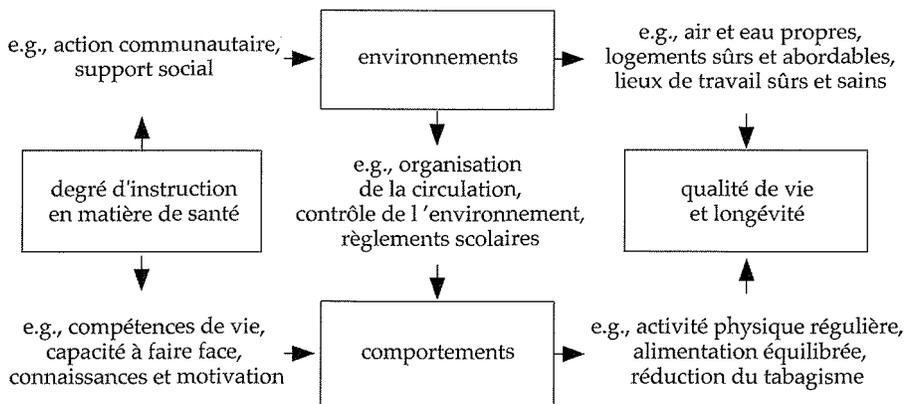


Figure 2.1 : Interactions entre déterminants, objectifs et actions de santé, d'après Nutbeam (1997).

Milieu et cadres de vie

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

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

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

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

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

Stratégies participatives

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Éducation pour la santé

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

Conceptions actuelles de l'éducation pour la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Santé des enfants et des adolescents, perceptions et représentations

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

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

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

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

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

Modèles de santé et modèles d'éducation

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

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

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

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

Modèles d'éducation pour la santé

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

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

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

Type 1 : enseignement de savoirs médicaux

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

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

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

Type 3 : apprentissage de savoirs médicaux

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

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

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

Acteurs de l'éducation pour la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

Éducation pour la santé en milieu scolaire

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

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

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

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

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

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

Recherche en éducation pour la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

- DRAPER P, GRIFFITHS J, DENNIS J, POPAY J. Three types of health education. *BMJ* 1980, **281** : 493-495
- DUBOS R. *Torch of the life*. Trident Press, Simon & Schuster, New York 1962
- ELDERS MJ. Schools and health : a natural partnership. *J Sch Health* 1993, **63** : 312-315
- FISHBEIN M, AJZEN I. *Belief, attitude, intention and behavior : an introduction to theory and research*. Addison-Wesley, Reading, Mass. 1975 : 477 p
- GALICHET F, MANDERSCHIED JC. L'éducation à la santé et la construction de l'identité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 7-17
- GALLAGHER NE, BRUESS CE. A special feature : research in health education. *Health Educ* 1983, **14** : 3
- GODIN G. L'éducation pour la Santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé* 1991, **IX** : 67-93
- GOVERNALI JF. Health education and the « back to basics » movement. *J Sch Health* 1983, **53** : 564-567
- GREEN L, KREUTER M., DEEDS S, PARTRIDGE K. *Health education planning : a diagnostic approach*. Mayfield publishing, Palo Alto, CA 1980
- GREEN LW, KREUTER MW. *Health promotion planning : an educational and environmental approach*. Mayfield publishing, Mountain View, CA 1991
- HAINES A, JONES R. Implementing findings in research. *BMJ*, **308**, 1994 : 1488-1492
- INDJEAGOPIAN MN, VIGARELLO G. Les médecins nouveaux acteurs de l'école. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 19-27
- LEVENTHAL H, CAMERON L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns* 1987, **10** : 117-138
- LEVIE K. *Programme de promotion de la santé dans un quartier défavorisé*. Mémoire de licence en éducation pour la santé, Unité d'éducation pour la santé, RESO-UCL, Bruxelles, septembre 1999 : 150 p
- LIVINGOOD WC. Becoming a health education profession : key to societal influence 1995 SOPHE presidential address. *Health Educ Q* 1996, **23** : 421-430
- MEN (ministère de l'Éducation nationale). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998, **45**
- MEREMANS P. *L'éducation affective et sexuelle des adolescents dans le contexte de l'épidémie du sida*. Thèse de santé publique, spécialité éducation pour la santé, UCL, Bruxelles 1997
- MULLEN PD, EVANS D, FORSTER J, GOTTLIEB NH, KREUTER M et coll. Settings as an important dimension in health education/promotion. *Health Educ Q* 1995, **22** : 329-345
- NUTBEAM D. Creating health-promoting environments : overcoming barriers to action *Aust N Z J Public Health* 1997, **21** : 355-359
- OLDENBURG BF, SALLIS JF, FRENCH ML, OWEN M. Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Educ Res* 1999, **14** : 121-130

- OMS (Organisation mondiale de la santé). Constitution du 22 juillet 1946
- OMS (Organisation mondiale de la santé). Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 12 septembre 1978
- OMS (Organisation mondiale de la santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, Ontario, Canada, 21 novembre 1986
- OMS-Europe. Promotion de la santé, une base de discussion sur le concept et les principes. Rapport du Groupe de travail organisé à Copenhague par l'OMS-Europe, septembre 1984
- PENDER NJ. *Health promotion in nursing practice*. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Conn. 1982
- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In : *Progress in behavior modification*. Herson M, Eisler RM, Miller PM eds. Sycamore, Homewood, Ill. 1992 : 184-206
- ROTTER JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966, 80 : whole n° 609
- SANDRIN-BERTHON B, LESTAGE A, BAUDIER F, MONNOT A. 1, 2, 3... Santé. *Éducation pour la santé en milieu scolaire*. Éditions CFES, Paris 1994 : 218 p
- SANDRIN-BERTHON B. L'éducation pour la santé à l'école. *Santé Publique* 1998, 10 : 459-471
- STECKLER A, ALLEGRANTE JP, ALTMAN D, BROWN R, BURDINE JN et coll. Health education intervention strategies : recommendations for future research. *Health Educ Q* 1995, 22 : 307-328
- TONES K. The importance of horizontal programmes in health education. *Health Educ Res* 1993, 8 : 455-459
- TRIANDIS HC. *Interpersonal behavior*. Brookd/Cole, Monterey, CA 1977
- TURSZ A, ROMANO MC. La santé des enfants, la santé scolaire. Une réponse et un dispositif appropriés ? *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997, 21 : 2-7
- WALLSTON BS, WALLSTON KA, KAPLAN GD, MAIDES SA. Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* 1976, 44 : 580-585
- WALSH JME, MC PHEE SJ. A systems model of clinical preventive care : an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q* 1992, 19 : 157-175
- WYNDER EL, PRUE DM. Reshaping the future of health education. *J Sch Health* 1985, 55 : 214