

L'EDUCATION A LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE

« QUELLES APPROCHES DES CONDUITES ADDICTIVES ? »

Nelly Leselbaum, Université Paris-X

INTRODUCTION

On voit s'opérer actuellement en France et dans tous les pays de Communauté Européenne, un élargissement des missions à la fois des sciences de la santé et de l'école.

Parallèlement aux aspects curatifs, la médecine développe une visée préventive et l'école, parallèlement aux acquis disciplinaires, une visée proprement éducative. L'une et l'autre se rejoignent dans les actions d'information de chaque citoyen des risques qu'il prend à l'égard de sa propre santé, par le non-respect d'une hygiène de vie, de rythmes de vie équilibrés, par l'abus de consommation de produits toxiques, licites ou illicites, de médicaments, et plus généralement par le non-usage de moyens prophylactiques...

L'école, du fait de la permanence des habitudes de vie nuisibles à la santé, se trouve naturellement placée dans un rôle nouveau, proprement d'éducation à la santé. L'enjeu d'une égalité des droits de tous les citoyens à sauvegarder leur capital santé tient d'abord au respect des règles d'une hygiène de vie, au sein même de l'institution scolaire et hors d'elle, et ce, dès l'enfance.

C'est que depuis les rapports de R. DEBRE et D. DOUADY sur la fatigue des écoliers français (1962), et de J. LEVINE et G. VERMEIL sur les difficultés scolaires (1980), la France n'ignore plus les liens qui se tissent entre la réussite scolaire, la santé, le bien-être des jeunes et leurs conditions et habitudes de vie (en particulier l'alimentation et l'équilibre travail-sommeil-détente).

On sait tout l'intérêt à développer une médecine qui accompagne la scolarité et tente de réaliser « un suivi scolaire intégré, travaillant avec les pédagogues pour examiner les élèves sous tous les angles et traiter leurs problèmes globalement » dans les établissements scolaires. Car la sauvegarde du « capital santé » de chacun et sa réussite scolaire tiennent pour une part appréciable au respect des règles élémentaires d'hygiène de vie. Cette sauvegarde du capital santé joue aussi un rôle proprement dynamique et fortement « éducatif » (dans le sens le plus large de ce terme) : l'école sait assurer ce rôle, en informant les adolescents des risques qu'ils prennent à l'égard de leur santé, et en les responsabilisant dans une démarche qui, loin de tomber dans le « catastrophique », vise à être essentiellement valorisante.

Plus que l'absence d'infirmité ou de maladie, la santé est une qualité de vie comportant une dimension sociale, mentale, morale et affective tout autant que physique.

L'école a aussi à s'en préoccuper pour une raison fondamentale :

En raison de leur statut et de leur personnalité, les maîtres gardent toujours aux yeux de l'enfant un certain « prestige ».

Les études sociologiques sur les degrés d'influence des adultes auprès des jeunes et sur les modèles d'identification confirment, qu'en dehors de leurs parents, c'est encore, pour la majeure partie de la jeunesse actuelle, les enseignants qui sont désignés comme personnes de référence.

Aussi, dans la société française actuelle se dégage un souhait largement partagé, sur la nécessité de cette éducation à la santé et sur l'importance de son enjeu pour tous les enfants et notamment ceux des catégories les plus démunies socialement ou culturellement.

Il n'est donc pas surprenant que la mission d'éducation à la santé soit réaffirmée en France comme l'une des trois missions prioritaires du service de santé scolaire, de nouveau intégré, depuis 1985, au Ministère de l'Education nationale. Par des dispositions réglementaires parues au Bulletin Officiel depuis une quinzaine d'années sur les activités périscolaires menées au sein de l'école, le Ministère invite à développer dans le cadre scolaire une prévention de la santé individuelle et collective. Comme si l'enjeu d'une égalité des droits de

2 tous au bien-être tenait à la place que l'école fait à l'éducation, entendue au sens le plus large du terme.

L'éducation pour la santé trouve donc sa justification dans les données de santé publique qui soulignent aujourd'hui l'importance des comportements de mauvaise hygiène de vie et de prise de risques comme facteurs explicatifs de la majorité des décès considérés comme prématurés et évitables.

1. EDUCATION, PREVENTION OU PROMOTION A LA SANTE ?

1.1. On entend par « **éducation à la santé** » « l'ensemble des actions de partage du savoir, de l'accès à l'information qui permettent à chacun de prendre connaissance des risques qu'il prend par ses comportements, ses habitudes de vie à l'égard de son propre bien-être » (E. LEVY). Actuellement, l'état des connaissances des sciences médicales laisse apparaître clairement que, parmi les facteurs qui constituent le processus de santé, certains dépendent de l'environnement. On avance même que l'environnement tiendrait pour un tiers dans le poids de ces facteurs ; et que la connaissance de ces facteurs nuisibles entrerait dans toute démarche préventive (M. TUBIANA). Doté au départ d'un certain patrimoine génétique inaliénable, l'être humain subit, de la part de son environnement, toute une série d'influences qui peuvent être bénéfiques à sa santé mais aussi nuisibles. De sorte que le processus de santé est l'histoire de l'enchevêtrement complexe entre ces diverses influences : capital génétique, conditions et habitudes de vie, environnement.

Intégrée dans l'école, une éducation pour la santé peut d'abord faire comprendre à tout un chacun ce que recouvre le processus de santé : « Plénitude de vie, harmonie dynamique de l'homme avec lui-même et avec son milieu...dont l'objectif est d'enrichir chacun de ses dons » (P. VALERY). Le but de l'éducation à la santé est de « permettre à chacun de tirer une partie maximale de ses capacités, compte tenu de son héritage génétique », de réussir à faire adopter par chacun les modes de vie par lesquels il tente de sauvegarder son capital santé.

Dans ce sens, l'éducation pour la santé consiste à mettre en place, dans le cadre de l'école elle-même, des mesures qui développent la prévention.

1.2. On distingue couramment : la **prévention primaire**, qui vise à empêcher qu'un trouble, un processus ou un problème ne se produise ; la **prévention secondaire**, destinée à reconnaître et, une fois qu'il est reconnu, à supprimer ou à modifier dans un sens positif, et le plus rapidement possible, un trouble, un processus ou un problème ; la **prévention tertiaire**, qui a pour but d'enrayer ou de retarder la progression d'un trouble, d'un processus ou d'un problème et de ses séquelles alors même que persiste la situation qui l'a suscité.

Dans le sens courant du terme, la prévention se confond souvent avec le dépistage : « toute action médicale visant à un diagnostic précoce des maladies infectieuses ». Pourtant, la notion de prévention est, en réalité, une notion bien plus large. Elle désigne l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective, au sens de :

- assurer l'intégrité physique et mentale et de développer les capacités vitales de chaque individu,
- réduire les menaces que font peser sur les individus et les groupes, leurs environnements physique, psychologique et social.

C'est dire que dans le cadre de la santé, la notion de prévention se réfère au sens premier du terme tel que le Dictionnaire Robert le définit : « Précéder, devancer, aller au-devant de quelque chose, en devancer l'heure ».

Ainsi, l'école actuelle, en raison même du pouvoir dont elle dispose, en raison de sa position critique et de sa vocation démocratique, peut se donner entre autres tâches, celle de distribuer des connaissances scientifiques qui soient réactualisées en permanence, sur l'hygiène de vie et les moyens de conserver la santé par des modes de vie adéquats.

1.3. Le rôle spécifique des éducateurs (enseignants et autres membres de la communauté éducative) est, alors de **promouvoir** la santé en milieu scolaire en :

- soutenant l'élève dans l'accès aux informations et en l'aidant à acquérir des connaissances scientifiques sur ce qui préserve la santé des individus,
- créant au sein de l'école des situations où l'élève peut adopter des comportements et des attitudes positives (et non à risque),
- favorisant l'ouverture de l'école aux compétences extérieures et à l'utilisation de méthodes spécifiques.

A la différence de l'éducation à la santé, la promotion passe nécessairement par une maîtrise des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être des individus, qui concernent leur bien-être.

Actuellement des analyses concordent pour montrer que les inégalités en matière de santé renforcent les autres inégalités qui s'expriment dans le champ social.

En développant une éducation pour la santé, l'école a aussi un rôle de promotion de la santé. Pour cela, elle doit, auprès de chacun des citoyens :

- faire acquérir les notions et les pratiques d'hygiène et de sécurité,
- prévenir des accidents et des fléaux sociaux comme les toxicomanies ou les prises de risque,
- faciliter l'accès au savoir « sur ce qui sauvegarde la santé comme capital bien-être des individus ».

La promotion de la santé au sein de l'éducation ne peut avoir de sens que dans le cadre d'une définition de l'éducation globale qui ne se limiterait pas à un enseignement théorique mais qui se donnerait aussi pour objet de faire servir cet enseignement à l'éducation de la personnalité.

Toutes ces questions sont au coeur du débat actuel de la promotion de la santé dans l'école et des fonctions proprement sociales de celle-ci : si l'on veut inscrire chez l'enfant des gestes et des habitudes qui servent à l'adulte futur, si l'on veut prévenir la maladie et parvenir à « entretenir un système social favorable à la survie et au bien-être de ses membres », il faut agir dès la petite enfance. Car le temps passé à l'école représente un temps d'une durée considérable dans la vie de l'adolescent.

2. L'EVOLUTION DE LA POLITIQUE ET DES THEMES DE L'EDUCATION A LA SANTE EN FRANCE

2.1 L'éducation pour la santé n'est pas une mission récente et nouvelle qui viendrait s'ajouter aux autres missions plus traditionnelles de l'école (instruction, certification).

En France, les origines des actions de santé en milieu scolaire remontent à la fin du XVIII^e siècle, sous la Convention. Plus tard, en 1887, une loi crée des services de santé scolaire dans l'enseignement primaire obligatoire, que certaines grandes villes ont d'ailleurs conservés sous la forme de « services municipaux de santé scolaire ».

La lecture, par ailleurs, des bulletins administratifs parus dans la période allant de 1895 à 1917 montre que l'antialcoolisme était inscrit dans les programmes scolaires des écoles primaires, collèges et lycées, dès la fin du XIX^e siècle.

L'analyse de onze circulaires, parues entre 1895 et 1917, nous permet d'affirmer que l'importance de cette lutte n'avait pas échappé aux autorités de l'époque qui sollicitaient déjà les professeurs de philosophie, d'économie politique, d'histoire naturelle et de chimie pour sensibiliser les élèves aux ravages engendrés par l'alcoolisme.

Ainsi, en 1877, le Ministère de l'Instruction publique avait diffusé 30 000 affiches sur les dangers des boissons alcoolisées. En 1897, on avait modifié les programmes d'hygiène, d'anatomie et de physiologie animale et en 1909, le Ministre de l'époque avait demandé de placer la sanction de cet enseignement dans les examens qui terminaient les différents cours d'Etudes Primaires et Secondaires. Mais ce « prêche sanitaire » n'est pas l'essentiel. Car l'éducation à la santé ne se résume pas à des messages d'interdictions ! Si on veut comprendre ce qu'est la promotion de la santé, il faut la replacer d'une part au coeur des

4 évolutions de la conception même des politiques de prévention, et d'autre part dans le cadre du renouvellement des méthodes pédagogiques dans l'école et des nouveaux savoirs, qu'elle a mission de faire acquérir aux élèves en leur donnant les moyens de prendre une part active à la gestion de leur santé.

C'est dans le cadre d'une réflexion sur les changements en éducation que des précisions peuvent être apportées dans l'évolution de la politique de l'Education nationale, en matière d'éducation à la santé.

L'étude des documents officiels permet de dégager les formes spécifiques que cette éducation a prises dans le cadre de l'enseignement secondaire, de mettre à jour les principes qui ont sous-tendu la politique ministérielle, de distinguer les méthodes mises en oeuvre, enfin de nous interroger sur la façon dont elles s'articulent avec le dispositif qui est organisé dans la détection, la prévention des cas de toxicomanie, ainsi que l'aide aux toxicomanes.

2.2. Les contenus des thèmes préconisés et la place de la toxicomanie en éducation pour la santé

Au cours des vingt dernières années, les thèmes de l'éducation pour la santé ont évolué presque régulièrement tous les cinq ans.

□ Première période : 1970-1975

Sont privilégiés : l'information sexuelle et la lutte contre la toxicomanie.

L'objectif est d'inciter les chefs d'établissement à protéger le milieu scolaire des dangers liés à la toxicomanie. On lit dans une lettre adressée aux recteurs en 1975, que le Ministre invite à informer les jeunes des dangers de la drogue par « diffusion des documents, et les chefs d'établissement à se donner les moyens d'agir en face des cas qui pourraient se présenter dans leur établissement ».

En outre, on incite l'école à adresser les élèves consommateurs à des organismes médico-sociaux, à disposer en somme d'un carnet d'adresses pour traiter des cas qui se présenteraient (hôpitaux, établissements de cure).

Dans cette période, on peut dire que les circulaires veulent définir les *principes* de la lutte contre la toxicomanie dans les établissements scolaires, indiquer les *modalités* de l'action nécessaire pour protéger l'école contre le trafic de stupéfiants et *aider les « intoxiqués »*...en les adressant à des organismes spécialisés.

Des actions de formation se développent. Elles sont surtout destinées aux chefs d'établissement. Elles ont comme objectifs de les aider à connaître les symptômes de la toxicomanie et de proposer des dispositions à prendre devant certains cas. Dans ces formations, on insiste sur la recrudescence du phénomène de toxicomanie et sur la multiplication des cas d'usagers de stupéfiants pour augmenter la vigilance des chefs d'établissement. Il n'y a pas de véritable politique d'éducation ou de promotion de la santé, dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

□ Deuxième période : 1977-1982

La circulaire de 1977 marque un tournant dans cette lutte. Car le Ministre de l'Education, en France, toujours à la recherche d'une meilleure efficacité dans la lutte contre la toxicomanie, veut maintenant qu'on prenne en compte « la détresse des adolescents ».

En complément ou indépendamment des programmes de biologie traitant des méfaits de l'alcool et du tabac, on veut que dans les collèges et les lycées se développent des « *clubs-santé* » pour que les adultes *discutent* de ces problèmes avec les jeunes. On insiste sur le rôle actif que les jeunes devraient avoir dans le cadre de ces clubs organisés pour développer le sens de la responsabilité devant les problèmes de la vie, à la lumière des dernières connaissances scientifiques.

Les médecins conseillers médicaux rattachés aux recteurs, en accord avec les Responsables départementaux de la Médecine scolaire, des Professeurs de médecine et de pharmacie, des spécialistes de la psychologie des jeunes, poursuivent l'information auprès des chefs d'établissement afin qu'ils ne soient pas pris au dépourvu « par la présomption ou la découverte d'un trafic de drogue... ».

5 Par ailleurs, un dispositif décentralisé commence à se mettre en place. Les membres de l'éducation chargés des activités en direction de la santé, deviennent plus nombreux. Aux médecins, on associe « l'inspection générale de la vie scolaire » et un membre responsable par académie (chef d'établissement ou conseiller médical).

Dans le cadre de la formation initiale de toutes les catégories de personnels, on insiste pour que les programmes de formation informent « scientifiquement » de ces problèmes.

Dans les programmes de formation des futurs enseignants organisés par les Centres Pédagogiques Régionaux, on aborde ces thèmes par des conférences sur la psychologie de l'adolescence, ou sur « la crise à la période de l'adolescence ». Les thèmes abordés sont essentiellement :

- l'adolescence et ses conduites déviantes possibles,
- l'usager occasionnel et le toxicomane, sa prise en charge,
- l'épidémiologie de la toxicomanie,
- les recherches en milieu scolaire,
- la sociologie de l'usage de produits,
- la législation française en matière de toxicomanie,
- les mesures de prévention possible à l'école, dans la cité...

Dans cette seconde période, si le dispositif mis en place est renforcé, le sens qui est donné à l'éducation à la santé reste toujours aussi restreint : l'école pratique la « health protection », davantage que la « health promotion ». L'éducation pour la santé garde un sens restrictif, synonyme de « lutte contre les fléaux sociaux ou les déviances ».

□ **Troisième période : 1983-1989**

L'année 1983 marque un second tournant. Car la politique de prévention de l'Education nationale s'inscrit désormais dans le cadre des décisions gouvernementales de lutte contre les toxicomanies. A la suite du comité interministériel du 2 février 1983, on intensifie les actions de formation en faveur des personnels. On souhaite favoriser une meilleure écoute des adolescents et une meilleure connaissance des problèmes de déviance, on veut aussi favoriser les initiatives et les responsabilités des jeunes ».

□ **Quatrième période : 1990-1996**

Le Ministère de l'Education impulse, dans ses circulaires annuelles, des actions de santé menées au sein des établissements scolaires, qui sous-tendent à la fois une éducation à la santé prise dans le sens global et positif du terme santé - bien-être, des actions ponctuelles de lutte contre les fléaux précis comme la drogue et des campagnes nationales ayant souvent un thème comme la lutte contre le V.I.H. et la prévention des conduites à risques des adolescents (drogue, tabac, alcool...).

Les dispositifs mis en place préconisent fortement un travail en concertation avec les partenaires (justice, police, santé, sociale) au sein des établissements scolaires.

En étroite collaboration avec les fédérations de parents d'élèves, les organisations syndicales et les partenaires de l'environnement, il y a obligation que des actions d'éducation à la santé soient réalisées chaque année par les personnels de santé.

Ces actions ont comme fonction de créer au sein de l'établissement « un climat de soutien pour les élèves en grande difficulté » et de se tenir informés des problèmes qui se posent dans l'établissement scolaire.

Des groupes d'adultes formés à l'éducation à la santé jouent un rôle de personnes-ressources, « les adultes relais », auxquelles l'équipe de direction de chaque établissement scolaire peut s'adresser, pour résoudre des difficultés qui viennent se poser dans le cadre de la vie scolaire de chaque établissement.

Dans cette mise en place de la politique, les recteurs ont à collaborer avec les médecins, les pharmaciens, les spécialistes de la psychologie des jeunes, les policiers et les personnels de justice... Ils doivent désigner des personnels académiques qui, par leur position stratégique dans l'institution, devront transmettre l'impulsion politique, chercher des réponses à

6 l'échelon local avec les élus, les directions départementales de l'action sanitaire, la justice, les services de police, la jeunesse et les sports, conseiller et soutenir les chefs d'établissement dans la lutte contre la toxicomanie et dans la réalisation des campagnes annuelles de l'éducation pour la santé et des actions préventives contre le Sida.

Le dispositif a pris la forme de Comité d'environnement social. Dans tous les établissements scolaires, on invite à travailler, sous la forme d'actions concertées, les partenaires sociaux (associations, institutions, police, justice, santé...) environnant l'établissement scolaire, et sous la présidence du chef d'établissement (B.O. n°31994). Dans ce même cadre, le Ministère accompagne sa politique en impulsant des recherches sur cette éducation à la santé et en concevant des stratégies de formation à l'attention des personnels (services médico-sociaux, proviseurs, directeurs d'école et de collège, enseignants, éducateurs...) qui ont à conduire cette prévention dans deux directions clairement identifiées et complémentaires : la vie des établissements scolaires et la politique de la ville.

Si l'éducation à la santé suit dans chaque pays des procédures et des méthodes spécifiques, il en va de même pour les programmes d'activités dans le cadre de la lutte contre les toxicomanies.

Chaque pays décide, dans son contexte national, des moyens adéquats pour s'attaquer au problème de la drogue.

Nous retraçons dans ce dossier trois modalités tout à fait différentes de développer des programmes et des activités de lutte contre la drogue.

3. L'EDUCATION POUR LA SANTE A L'ETRANGER

3.1. En Suisse

En Suisse romande, alémanique et au Tessain, le rôle principal dans la conception des programmes de prévention des toxicomanies dans les écoles, est surtout tenu par les départements de l'Instruction publique en collaboration avec les départements de la santé publique. Mais si en Suisse romande, la mise en oeuvre est principalement assurée par des institutions extérieures aux établissements scolaires, en Suisse alémanique et au Tessain, elle est placée sous la responsabilité des établissements scolaires. Les intervenants doivent introduire dans leur emploi du temps cette prévention.

Il faut ajouter que cette éducation pour la santé est centralisée quand les intervenants extérieurs sont indépendants des établissements, et décentralisée quand ce sont des intervenants internes, rattachés aux établissements scolaires.

Comme en France, dans la prévention des toxicomanies, le cadre des enseignements/interventions laisse apparaître de nombreux cas de figure. Il s'agit souvent d'approches combinées, sur plusieurs plans, qui conçoivent la prévention :

- comme partie intégrante de l'éducation,
- dans le programme d'un cours régulier (biologie),
- dans le programme scolaire général, avec le libre choix du moment et du cours laissé aux établissements scolaires.

Dans les cantons romans, la prévention des toxicomanies prend la forme de séances spécifiques par des intervenants externes. Toutefois, dans le canton de Vaud, elle est assurée non seulement par des conférences de la Brigade des stupéfiants de la police, mais aussi individuellement et en fonction de la demande des élèves, par les *enseignants-médiateurs*.

Dans les cantons alémaniques, la prévention des toxicomanies dans les écoles a lieu généralement dans le cadre de cours réguliers. Elle implique donc des enseignants, qui peuvent inviter des experts extérieurs.

Dans la majorité des cas, ces interventions ont un caractère *facultatif* :

- sous la forme d'un cours exceptionnel, organisé spécialement à cet effet,
- sous la forme d'un cours santé (encore au stade de projet pilote),

- sous la forme d'interventions sur le plan individuel, sous forme de consultations (par exemple par les médiateurs).

Dans le contenu de la prévention des toxicomanies, la notion de dépendance est souvent traitée dans une acceptation très large : dépendance à des produits toxiques, mais aussi dépendance à l'égard du travail, de l'ordre, de l'accoutumance à la télévision, etc.

Les responsables relèvent en outre l'importance de ne pas se limiter à la prévention de l'abus de produits illicites.

D'une façon générale, nous remarquons que la prévention des toxicomanies est empreinte d'une compréhension psychosociale du phénomène. Dans le cadre scolaire, les toxicomanies sont moins perçues comme des déviances, des vices, que comme des maladies où les facteurs psychosociaux jouent un rôle important, d'où l'importance accordée à la promotion auprès des élèves de la santé comme un bien-être général (physique, psychologique, social, etc.).

Mais on observe un premier clivage au niveau de la formation de base et du rôle professionnel principal des intervenants, qui se différencient selon qu'ils sont spécialistes ou non, dans la prévention à la santé.

Lorsqu'il s'agit d'intervenants extérieurs, ils sont des spécialistes, soit dans le domaine de l'éducation sexuelle, soit dans celui des toxicomanies et ont accès à une formation continue ou à un réseau d'informations mettant à jour leurs connaissances en matière de Sida et de toxicomanies.

Quant aux intervenants internes aux écoles, il s'agit surtout d'enseignants, mais aussi de médecins ou d'infirmières scolaires.

Les médecins scolaires ont une maîtrise technique du sujet, mais ne sont pas forcément préparés à l'animation de groupe ou à aborder les aspects psychosociaux de la prévention touchant aux émotions, aux relations.

Les infirmières scolaires sont supposées avoir un rôle de prévention dans plusieurs cantons, et bénéficient alors d'une formation continue adéquate.

Comme en France, la formation des enseignants chargés de la prévention est plus ou moins poussée selon les cantons, des cours facultatifs/obligatoires de formation continue à la spécialisation en tant qu'enseignants-médiateurs. Dans certains cantons, on forme des enseignants en tant que multiplicateurs pour la prévention Sida.

Il faut remarquer que les enseignants sont rares à demander une formation concernant les toxicomanies.

La prévention des toxicomanies suit souvent une logique d'information à la carte, non systématique (médiateurs, expositions, stands d'information), avec un certain nombre d'initiatives didactiques originales, conçues souvent sous forme d'animations et élaborées sur le plan cantonal. (On peut citer le « Bar Ouvert » en Valais, le jeu de rôle de « Toxi K.O. » au Jura, la Mallette-Drogue dans le canton de Vaud ou le calendrier du Pestalozzianum de Zurich.)

Dans tous les cantons, le rôle de l'école est considéré comme essentiel dans la prévention, (notamment pour pallier les relations parents-enfants lorsqu'elles sont difficiles). Mais pour que l'école ne se substitue pas au rôle éducatif des parents, les parents sont associés à des degrés divers et tenus informés de manière très large, au même titre que sur l'ensemble du programme.

Leurs associations prennent parfois l'initiative d'organiser des séances d'information pour les élèves ou les parents.

8 3.2. En Belgique

Dans le cadre de la Commission de Coordination intercommunautaire, les trois Communautés linguistiques de Belgique - Communauté française (4 000 000 d'habitants), flamande (6 000 000 d'habitants) et germanophone (65 000 habitants) - collaborent étroitement à la prévention des toxicomanies en dynamisant surtout le rôle des personnes-relais - instituteurs, éducateurs, animateurs...- dans le milieu scolaire (6 à 12 ans) et dans les milieux de loisirs organisés - mouvements et organisations de jeunesse - ainsi que dans les milieux de loisirs non encadrés - discothèques et le secteur Horeca* .

Des actions très spécifiques concernent les échelons nationaux, communautaires, régionaux voire locaux. Et certains programmes sont co-financés par les trois communautés belges et la Communauté Européenne.

☐ La Communauté flamande : VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen)

- **propose, en langue flamande, différentes activités**, en collaboration avec le secteur de l'Aide à la Jeunesse, autour des jeunes et de la temporalité : les jeunes et le temps libre, le service d'accueil téléphonique « Drogues », l'organisation d'une journée d'étude, le « DOM-Projekt.

Des rencontres de responsables de mouvements de jeunesse sont organisées autour du thème « gestion Drogues ». des discussions sont organisées autour du thème de la drogue et des concepts qui en découlent. Avec les Fédérations des Maisons de Jeunes et l'Aide à la Jeunesse, on échange les points de vue autour du concept « Gestion drogues ». A partir de ces rencontres, un groupe de travail permanent poursuit son travail auprès des terrains.

Dans le cadre du Conseil Supérieur pour la Qualité des Discothèques (QD-Quality Disco's) on a établi un projet visant à mettre en place un plan de « gestion Drogues » dans les discothèques, la gendarmerie produit des vidéos qui sont utilisées dans les modules de formation destinés aux gérants et au personnel des discothèques. Les premiers modules ont été organisés pendant la Semaine Européenne de Prévention, en 1994.

- **Une ligne d'accueil téléphonique « Drogues »** a été mise en place en 1994 durant la Semaine Européenne de Prévention.

Les médias ont été invités à faire connaître cette ligne d'accueil téléphonique « Drogues » en langue flamande et un nouveau matériel de promotion qui comprend notamment des spots Radio et TV ainsi que des dépliants sont diffusés.

- En outre, dans le cadre « **DOM-Projekt** », projet local plus particulièrement destiné aux jeunes, on a présenté une pièce de théâtre.

Les différentes activités locales et projets se sont déroulés dans le cadre de la Semaine Européenne. En prolongement de cette semaine, l'EVO (Educatieve Vereniging voor Ouderwerking in het Officieel Onderwijs) une Association Educative pour le travail des Parents dans l'Enseignement Officiel, organise annuellement une journée d'action autour du thème prévention drogues et gestion de drogues, journée spécifiquement destinée aux *parents* des cinq provinces flamandes.

☐ La Communauté française : CCAD (Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues)

- **a diffusé une valise pédagogique** de prévention drogues, élaborée à l'intention des institutrices et instituteurs de l'enseignement fondamental. Elle informe « de l'esprit qui doit sous-tendre la prévention drogues chez les jeunes non touchés ». Ce coffret contient de nombreux supports théoriques et pratiques. Certains réalisés en France sous les auspices

* Dans le cadre du Conseil Supérieur pour la Qualité des Discothèques, un projet visant un certain nombre de discothèques en vue de les aider à mettre en place un plan de « gestion drogues », a été organisé pendant la semaine européenne de prévention du 15 au 22 octobre 1994.

9 notamment du Ministère de l'Éducation Nationale, de la Misions Interministérielle de Lutte contre les Toxicomanies ou de la Fondation de France tandis que d'autres ont été élaborés dans le cadre de groupes de travail mis en place par le CCAD.

L'éventail de supports du coffret permet aux enseignants d'opérer des choix parmi ces différents supports pour répondre à l'attente des élèves. La valise a été diffusée auprès des quelque 300 municipalités de la Communauté française afin d'équiper dans un premier temps au moins une école par entité. Il s'agit là d'une première phase d'équipement.

• **Elaboration et diffusion d'un dépliant de prévention** des toxicomanies auprès des mouvements et organismes de jeunesse, destiné aux responsables et animateurs de Mouvements de Jeunesse, Maisons de Jeunes, etc., pour sensibiliser ces responsables au rôle préventif qu'ils sont susceptibles de jouer auprès des jeunes qui leurs sont confiés *dans la cadre des loisirs organisés*. La diffusion des dépliants s'effectue en collaboration étroite avec le Conseil de la Jeunesse d'expression francophone de la Communauté française, organisme officiel fédératif de tous les mouvements et organismes de jeunes en Communauté française (Cjef).

• **Comme le VAD, le CCAD organise une prévention dans les discothèques** en sensibilisant les gérants et le personnel. Un groupe de travail (constitué d'intervenants en toxicomanies, de responsables de discothèques, d'un toxicologue et d'un représentant du Service National des Stupéfiants) a élaboré des modules de sensibilisation et de formation, destinés aux personnels des discothèques.

Dans ces modules interviennent conjointement des représentants de la Gendarmerie ainsi que des représentants des Services de Prévention. En collaboration avec l'homologue flamand le VAD, la Gendarmerie a réalisé un vidéogramme destiné à illustrer les modules de sensibilisation. Cette vidéo, disponible en français, veut sensibiliser les utilisateurs des discothèques. Un dépliant a été diffusé à quelque 25 000 exemplaires dans les principales discothèques de la Communauté française. Notons qu'indépendamment de ces trois activités subventionnées spécifiquement par l'Union Européenne et la Communauté française de Belgique dans le cadre des activités de la Semaine Européenne de Prévention, diverses activités ont prolongé ces actions :

* Prévention par les pairs :

Un programme pilote de prévention par les pairs a débuté en Communauté française en 1993. Il permet aux équipes de jeunes qui se sont constituées dans les différentes provinces francophones de rencontrer, avec les intervenants en prévention qui les accompagnent, la Ministre Présidente chargée de la promotion de la Santé en Communauté française et d'échanger sur les stratégies utilisées dans le cadre de ce programme pilote.

* Le Théâtre de Poche de Bruxelles a interprété la pièce « Smack » en français et en néerlandais, durant la Semaine Européenne de Prévention, en matinée et en soirée. Cette pièce d'Herman WOLF, au delà du thème de la toxicomanie, met en scène le fossé d'incompréhension qui sépare une jeune droguée de son père qui, en plein désarroi, se raccroche à sa bonne conscience de citoyen respectueux des lois. Ce spectacle interpelle le public pour susciter échanges et débats.

* Coco-cocaïne et développements :

L'Observatoire de la Santé du Brabant Wallon a organisé à Wavre durant la Semaine de Prévention une conférence grand public sur le thème Drogues et Droits de l'Homme qui s'inscrit dans le cadre de l'exposition « Coca-cocaïne et développement ». Il s'agit là d'une réalisation de « Frères des Hommes » qui aborde notamment les aspects économiques et de solidarité qui devraient exister dans les rapports Nord-Sud en matière de prévention drogues.

☐ **La Communauté germanophone : ASI (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung)**

• **Organisation d'une consultation international** sur la prévention drogues auprès *des jeunes travailleurs sous contrats d'apprentissage*

L'objectif de cette consultation international est d'examiner les possibilités d'une prévention primaire structurée selon une approche communautaire et visant le long terme, dans l'installation de mesures préventives adéquates.

Une brochure d'information et de sensibilisation à la prévention est destinée à cette population spécifique des « apprentis ». Indépendamment de ce projet (co-financé par l'Europe et la Communauté germanophone), des activités supplémentaires existent :

- * Un séminaire de deux jours sur la prévention en milieu de travail et en milieu scolaire avec les responsables des services de sécurité des entreprises localisées dans les régions d'Eupen et de Saint Vith.
- * Une nouvelle formation pour institutrices et instituteurs de l'enseignement primaire. Celle-ci a été réalisée à partir des résultats d'une étude effectuée sur les 24 heures quotidiennes d'un élève.
- * Au niveau communal, la réalisation d'expositions sur le thème de la prévention destinées aux mandataires publics, fo*****

- * *****

- * *****

***** Nové Zamby - Slovaquie, Tatabanja - Hongrie, Wroelaw - Pologne.

3.3. Aux Pays-Bas

Le problème de la toxicomanie aux Pays-Bas, est dans la polytoxicomanie

D'un point de vue quantitatif, l'ampleur actuelle du problème de la toxicomanie aux Pays-Bas est moins grande que dans les autres pays. En effet, au cours des dernières années, le nombre des consommateurs de drogues (dures) s'est stabilisé à environ 21 000 personnes. Mais, on constate une élévation de l'âge moyen des toxicomanes, qui est actuellement compris entre 25 et 35 ans. Si l'on n'observe pas de changement radical au niveau du nombre total de toxicomanes, il en existe un, en revanche, au niveau des groupes qui consomment des drogues. On constate par exemple une augmentation du nombre de consommateurs d'héroïne appartenant à des groupes de minorités ethniques (de la 2^Ème génération), d'ascendance marocaine et turque notamment.

D'autre part, les jeunes néerlandais qui occupent des positions socio-économiques marginales, vivent dans un environnement social défavorable et sont mal logés, risquent de plus en plus de devenir héroïnomanes ou de consommer d'autres drogues.

Dans le groupe des héroïnomanes plus âgés, on observe parmi ceux-ci un grand nombre de polytoxicomanes qui consomment, en plus de l'héroïne, de la cocaïne, des amphétamines, de l'alcool, de la méthadone, des benzodiazépines, etc., ce qui rend tout traitement très difficile. Enfin, chez les jeunes, la consommation de drogues comme le cannabis et l'ecstasy a quelque peu augmenté.

La politique de prévention des toxicomanies aux Pays-Bas est axée sur la normalisation

C'est au Ministère du Bien-être public, de la Santé et des Affaires Culturelles, en collaboration avec les collectivités locales et régionales, qu'incombe la responsabilité essentielle de coordonner la politique en matière de toxicomanie aux Pays-bas. La politique néerlandaise en matière de toxicomanie est axée sur la « normalisation ». Le principal

11 objectif de la politique est de favoriser la prévention et le traitement des risques en mettant l'accent sur l'altération des facultés intellectuelles de ceux qui consomment. On estime que les toxicomanes, dans la mesure du possible, sont comme des citoyens « normaux », auxquels sont adressées des exigences « normales » et auxquels des possibilités de vie « normales » devraient être offertes. On estime que les toxicomanes sont des personnes « responsables », soumises aux mêmes règles que les autres personnes de la société. Ils ne devraient pas être poursuivis parce qu'ils consomment de la drogue. Mais s'ils commettent des crimes, ils devront en subir les conséquences. (A cet égard, on note que la criminalité est en constante diminution parmi les toxicomanes néerlandais dont seule une minorité (35% en moyenne) est impliquée dans des actes criminels.) Cette politique de normalisation ne signifie pas toutefois que les néerlandais ne procèdent pas à l'application des lois ou qu'ils n'effectuent aucun contrôle de police. Car un important amendement de la loi sur l'opium de 1976 a considérablement accru la sévérité des sanctions contre le trafic et le commerce de stupéfiants.

La politique néerlandaise de prévention des toxicomanies a pour but de diminuer l'offre et la demande par une combinaison équilibrée de mesures de limitation (loi sur l'opium), d'aide, de traitement, de réadaptation et de prévention. Toutes ces mesures visent à dissuader les gens de consommer des drogues, ou s'ils en consomment déjà, à les inciter à en consommer moins et à cesser d'en consommer.

On note que le terme « drogues » ne recouvre pas seulement les substances illicites mais aussi les substances licites comme l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs. L'abus de drogues licites est d'ailleurs beaucoup plus fréquent dans la société que celui de substances illicites. A côté des stratégies qui visent à diminuer la toxicomanie en promouvant l'information et l'éducation, d'autres mesures de politique telles que l'amélioration des conditions de vie (économiques et sociales) des marginaux sont également appliquées.

Les néerlandais ont élaboré une politique « d'innovation sociale » qui vise essentiellement à offrir aux groupes socialement défavorisés de nouvelles possibilités de se réintégrer dans la société grâce à des projets en matière d'éducation, de logement et d'emploi.

En milieu scolaire, les principes des programmes et des projets pédagogiques actuels en matière de toxicomanie, fondés sur les résultats des recherches scientifiques et sur les expériences pratiques réalisées dans ce domaine sont les suivants :

- Pour ce qui est des substances et des habitudes à risques, l'accent est mis sur le fait que chacun est responsable de ses choix,
- Il convient de se concentrer sur l'information de base et les motifs qui poussent à la consommation et aux abus plutôt que sur l'information technique sur les substances,
- Ne pas trop mettre l'accent sur les dangers (« histoires horribles »), que comporte la consommation des substances. On estime que cela augmenterait probablement (dans une certaine mesure) l'essai de drogues,
- L'éducation en matière de toxicomanie (d'alcoolisme, de tabagisme, etc.) fait partie intégrante du programme général d'éducation à la santé dans les écoles. Elle constitue également l'une des tâches importantes des parents, des enseignants et des autres éducateurs,
- Les messages pédagogiques concernant la consommation de drogues dures contiennent des conseils « d'abstinence » (ne pas consommer). Le message concernant la consommation de cannabis contient des conseils de « modération » (éviter non pas d'essayer cette substance mais d'en abuser).

Il est généralement admis que l'éducation en matière de toxicomanie doit commencer dans les écoles primaires à l'âge de 10 ans, en même temps que l'éducation en matière d'alcoolisme et de tabagisme. Ces efforts sont réitérés durant les premières années de l'école secondaire où les jeunes passent par une phase critique de développement psychologique et sont soumis à une forte pression des pairs ainsi qu'à l'influence des médias. C'est au cours de ces années qu'on inclut l'éducation en matière de cannabis.

- 12 Durant les années supérieures de l'école secondaire, on inclut les autres drogues (dures) dans les programmes éducatifs, et prévoit de nouveaux programmes d'éducation en matière d'alcoolisme, de tabagisme et de cannabis.

3.4. Evolution actuelle de la prévention des toxicomanies

Durant les années 70 et au début des années 80, la réflexion de ces professionnels était presque exclusivement centrée sur les concepts de prévention primaire, c'est-à-dire sur l'éducation des personnes qui n'avaient pas (encore) consommé de drogues.

Aujourd'hui toutefois, la prévention de la toxicomanie a évolué. On est passé d'une « prévention spontanée » à une prévention organisée, fondée sur des programmes ainsi que sur la recherche et l'analyse des groupes-cibles (à risque) spécifiques. On estime que seuls les programmes de prévention qui répondent aux normes d'analyses, d'essais préliminaires, d'organisation, et d'évaluation peuvent être mis en oeuvre de manière responsable. Comme en France, on attache beaucoup d'importance à l'action des personnes-ressources intermédiaires. L'information, l'éducation et la formation doivent être données par les personnes les plus proches des groupes cibles spécifiques. Les professeurs se chargent de l'éducation de leurs étudiants, les animateurs de groupes de jeunes de celle des jeunes, les personnes-ressources d'une ethnie particulière aux groupes de jeunes de leur ethnie, etc. Les responsables de la prévention adressent leurs instructions et leurs interventions à ces intermédiaires dans le cadre d'un programme organisé, destiné à des groupes cibles spécifiques. Ce principe de l'enseignement destiné aux enseignants repose sur des considérations socio-psychologiques et didactiques et sur la conviction qu'il s'agit là du moyen le plus efficace d'assurer la diffusion de l'information et la prévention parmi les groupes cibles. C'est surtout en ce qui concerne la prévention de la toxicomanie secondaire que la stratégie et la méthodologie décrite ci-dessus sont le plus nécessaire dans les travaux de prévention en faveur des groupes à haut risque (comme les jeunes n'ont pas de foyer, ceux qui n'ont pas terminé leur scolarité, ceux dont les parents sont toxicomanes, ceux qui sont exclus). Actuellement, les Pays-Bas se concentrent moins sur la prévention primaire de la toxicomanies et davantage sur la prévention secondaire de la toxicomanie. Cette évolution confronte les responsables de la prévention à des problèmes spécifiques tels que : comment entrer en contact avec les groupes à hauts risques, comment communiquer, par exemple, avec les groupes appartenant à des minorités ethniques, les jeunes qui n'ont pas terminé leur scolarité, les jeunes qui essaient fréquemment de la drogue ?

Bien souvent, ces jeunes ne relèvent d'aucune institution, et il est difficile de les atteindre dans des organisations sociétales traditionnelles telles que les écoles, les clubs sportifs ou les clubs de loisirs. On essaie de disposer d'une base sociétale plus large pour la prévention des toxicomanies et de développer de nouveaux réseaux locaux et régionaux visant à encourager les activités de prévention des toxicomanies dans la communauté. Une attention particulière est accordée à l'éducation des parents qui constitue un domaine difficile et quelque peu négligé de l'éducation en matière de toxicomanie.

Une délégation néerlandaise a adhéré au programme européen de montage de clips vidéo sur la prévention, une initiative conjointe de la France et de la CE qui a été lancée à Paris les 13 et 14 juin 1994. Les Pays-Bas ont participé à la production d'un clip vidéo général européen sur la prévention des toxicomanies, qui contenait certains éléments des campagnes nationales de lutte contre la drogue menées actuellement, qui sont ou ont été diffusées dans un certain nombre de pays de l'Union Européenne.

Ainsi, sans que ces exposés sur les politiques à l'étranger soient exhaustifs, on peut remarquer que l'accent de chacun de ces trois pays est différent.

La France comme la Suisse ont mis l'accent sur le travail de prévention en équipe, avec l'aide de tous les partenaires sociaux, au sein de l'éducation.

A l'inverse, la Belgique a plutôt ciblé les activités de temps libre, et la sensibilisation des intervenants dans les mouvements de jeunesse, les discothèques et tout ce qui fait partie de la culture des jeunes (théâtres, radios, expositions,...)

Quant aux Pays-Bas, réputés pour leur réussite dans la lutte contre la toxicomanie et la réduction des risques, ils sont parvenus depuis 1994 à établir un programme qui combine plusieurs objectifs :

- Sensibiliser davantage le public, les politiciens et la communauté à la nécessité de prévenir la toxicomanie,
- Intensifier fortement la coopération entre les responsables de la prévention, de la santé, du bien-être, bénévoles ou professionnels, en ce qui concerne les projets de prévention des toxicomanies,
- Elargir la base sociétale en vue d'engager et d'intensifier les efforts de prévention des toxicomanies axés sur les nouveaux schémas d'essai des drogues par les jeunes qui se rendent dans des discos, à des réunions chez des amis, dans des cafés où l'on fume du cannabis, etc.

4. L'ÉVALUATION : UN PROBLÈME QUI RESTE TRÈS OUVERT

Mais comment évaluer le bien fondé des politiques, des programmes ou des actions d'éducation à la santé ? Comment mesurer l'évolution des comportements des citoyens en relation avec ces programmes d'éducation à la santé ?

C'est une question qui en 1997, reste encore non résolue.

Rappelons que l'idée d'évaluer le résultat d'un programme (ou d'une pratique) est d'origine anglo-saxonne: la démarche évaluative ne se ramène pas à une démarche scientifique bien qu'elle s'appuie sur elle. Elle implique une approche concrète et pragmatique des problèmes. Elle se situe davantage dans un contexte stratégique où on a le choix entre plusieurs décisions différentes, que dans un contexte scientifique où il s'agit de valider des savoirs.

En effet, ce qui est visé dans l'évaluation de l'éducation pour la santé ce sont des changements durables de comportements. Or, on remarque la plupart du temps, que des campagnes nationales ont des impacts forts mais toujours immédiats, qui s'atténuent avec le temps, alors que les programmes d'actions qui développent des approches globales ont des effets durables à plus long terme.

En revanche, les actions de santé qui ne fournissent que des connaissances, sans développer l'estime de soi ou l'aptitude à prendre des décisions, ont des effets limités.

Depuis l'origine des études d'évaluation dans les années 1940, aux États-Unis, leurs méthodes ont évolué dans le sens d'élargissements des aspects de la réalité considérée et des méthodes d'interprétation.

L'une des premières difficultés à laquelle se heurtent les évaluateurs d'actions d'éducation pour la santé réside dans la définition même de l'objet à mesurer et la pertinence des moyens à mettre en oeuvre pour y parvenir.

- Mesurer l'efficacité d'une action santé c'est à la fois décrire l'action telle qu'elle s'est effectivement passée et mesurer les écarts par rapport aux résultats escomptés mais c'est aussi, s'intéresser au processus et à la dynamique de l'action d'éducation à la santé, et à ses effets.

Car au delà des résultats et de l'impact de l'action, c'est-à-dire de l'atteinte des objectifs de l'action (effectiveness), au delà de l'efficacité d'une action il y a des effets attendus (les objectifs) et des effets non prévus, qui peuvent être bénéfiques ou non.

Dans le milieu scolaire, on a par exemple remarqué que certains programmes d'éducation pour la santé étaient accompagnés d'une amélioration des résultats scolaires en plus de leur action propre.

Évaluer une action, c'est juger à la fois de

- la pertinence de l'action, il s'agit de s'assurer de l'adéquation entre la nature de l'action engagée et les déterminants du comportement (connaissances, croyances, circonstances, expériences) de la population concernée (efficacy) ;
- la cohérence de l'action: adéquation entre le programme, les objectifs, et les moyens mis en oeuvre.

14 Il s'agit aussi d'analyser les ressources employées (efficiency), et de les confronter aux résultats de l'action :

- l'éthique engagée, en quelque sorte, dans cette action : quel statut a été retenu pour les acteurs ? Ont-ils été réellement respectés comme personnes responsables d'elles même ?...etc

Il est incontestable qu'il y a plusieurs niveaux dans l'évaluation des actions d'éducation pour la santé ; mesurer uniquement par des évaluations quantitatives certains effets de programme portant sur la dynamique sociale ou sur l'évolution de pratiques et d'habitudes, est inopérant ; l'évolution, par exemple, d'un taux de morbidité, ne peut suffire à évaluer l'état de santé d'une population. Si la mesure est déterminante pour l'appréhension des résultats d'un programme, elle ne permet pas pour autant de cerner toutes les dimensions du concept à évaluer dans le cadre de l'éducation à la santé.

Une autre difficulté de l'évaluation vient de la complexité de son objet même : il est difficile de dégager un résultat spécifique à l'action, dans un contexte social qui *interagit*. Le résultat produit, mesuré à l'issue d'une action d'éducation pour la santé est lié au contexte dans lequel il a été produit. Dans les enquêtes par sondage on dégage des tendances, des évolutions mais on ne peut pas mettre en évidence tous les facteurs d'une action. On distingue difficilement ce qui dans le changement de comportement, relève spécifiquement de l'action, ce qui relève des influences du corps social (média, débat social, évolution de la législation), etc...

Les facteurs d'ordre éthique, idéologique peuvent fonder les objectifs de l'action de l'éducation à la santé, mais ils ne sont pas toujours en rapport avec la réalité des problématiques, notamment en matière de lutte contre la toxicomanie où les critères techniques de validité de l'évaluation se heurtent aux normes et aux critères socio-politiques de l'évaluation.

Dans la revue « Actualité et dossier en santé publique » (sept. 1996), on relève que l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (UIEPS) dans le cadre de la Commission Européenne a observé à partir de 200 études sur l'efficacité d'actions de promotion de la santé qu'elles contribuent globalement chez les individus à :

- faire progresser leurs connaissances,
- leur faire prendre conscience des risques et des comportements à risque,
- mobiliser des décideurs, qui peut conduire à l'ajustement du cadre législatif,
- améliorer l'état de santé de certaines populations en diminuant la prévalence de certaines pathologies,
- comprimer les coûts des dépenses de santé, en développant des comportements de responsabilisation vis-à-vis de l'usage des médicaments par exemple et en développant des programmes de prévention primaire, qui ont une incidence sur la prévalence de certaines pathologies.

Une équipe américaine a pu montrer que dans leur campagne préventive sur les accidents domestiques d'enfants, pour un dollar investi, vingt-cinq étaient économisés.

Ainsi, les évaluations montrent que l'éducation pour la santé est reconnue efficace dans les domaines où le système curatif est impuissant. Son efficacité est manifeste contre les accidents domestiques d'enfants, en matière d'incitation à la vaccination et pour la prévention de maladies sexuellement transmissibles comme le Sida. En revanche, dans les toxicomanies, son efficacité est remise en cause. On doit conclure que l'évaluation des processus des actions menées est un moyen d'aide à la décision (pour poursuivre ou modifier une action). Comme moyen de contrôle de l'action, elle optimise son efficacité au regard de l'expérience acquise, elle s'attache à une formulation réaliste des objectifs.

Mais elle peut difficilement mesurer le changement des comportements ou des habitudes.

Il est vain de prétendre changer les comportements uniquement par la diffusion de campagnes médiatiques, car elles n'ont pour vocation « que » l'évolution des représentations

- 15 collectives. Souvent, les actions de proximité produites ou réalisées dans des approches communautaires qui paraissent moins spectaculaires et qui requièrent du temps sont celles qui s'inscrivent plus durablement dans les comportements des individus. La question aujourd'hui n'est donc plus de savoir si l'éducation pour la santé est efficace en prévention primaire, mais bien plutôt de se demander quels sont les meilleurs modes d'action.

CONCLUSION

La période de mutations que les sociétés industrialisées traversent, nous invite tous à revoir notre capacité de jugement sur le sens qu'on accorde aux différentes valeurs.

Ce dossier a tenté de montrer que le devoir de l'école est aussi d'éduquer les consciences individuelles à la responsabilité que chaque « sujet-élève » a à l'égard de son propre bien-être, de sa santé. On a vu comment dans les pays de l'Europe -dans l'école et hors l'école- on essaie, par différentes modalités de faire accéder les jeunes à mieux gérer les risques de conduites addictives.

Dans ce cadre, et particulièrement, dans les dernières années l'approche de l'éducation à la santé par « les pairs » a eu tendance à se développer comme modalité particulière de prévention du Sida ou de la consommation de substances psychoactives. Quelques études seulement se sont consacrées à l'évaluation de cette approche par les pairs.

A notre connaissance, l'étude réalisée par Lisette Tardy sur la Bourgogne avec l'aide de la Mutualité de l'Anjou et qui conclut à des effets positifs de cette approche, ne concerne que la prévention du Sida. En matière de conduites addictives, nous n'avons pas en France assez de recul et les observations que nous avons pu mener personnellement sur la façon dont les « lycéens-relais » s'adressaient à leurs camarades, dans la région parisienne pour les inciter à ne pas consommer, n'étaient pas encore concluantes : sans véritable formation et maturité, les jeunes-relais s'érigent facilement « en juge » et exercent souvent -par naïveté- un contrôle social et une activité peu convaincantes.

Dans le cadre du problème des toxicomanies, l'éducation pour la santé vise à aider une population à adopter volontairement des comportements favorables à son bien-être. Il s'agit donc, pour les politiques, de parvenir à entretenir un système social favorable à la survie et au bien-être de ses membres. Pour changer les comportements, il faut agir précocement, avant que des habitudes nuisibles au bien-être de chaque individu ne se constituent en « habitus ».

C'est la raison pour laquelle, dans ce dossier il a été particulièrement question de synthétiser les approches d'éducation pour la santé dans le cadre de l'école parce que tous les enfants et en particulier ceux des milieux défavorisés en seront les premiers bénéficiaires.

Bien entendu, ces actions en milieu scolaire restent complémentaires de toutes les autres actions menées par le monde médical ou les organismes spécialisés en matière de prévention en santé publique.

Nelly Leselbaum, Université Paris-X

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹AÏACH, Pierre, BON, Norbert, DESCHAMPS, Jean-Pierre.
Comportements et santé : questions pour la prévention. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1992.
- ²BADINIER, R.
La relation éducative au centre de la prévention. SOS Drogues, 1991, 19 p.
- ³BARIC, L.
Education pour la santé et prévention des maladies coronariennes. Paris, CFES (Monographies européennes de recherches en éducation pour la santé).
- ⁴BERTHET, E.
Information et éducation sanitaires. Paris, PUF, 1983.
- ⁵BOEGLI, Jean-Daniel.
Ecole en santé : quelques clefs. Lausanne, Editions LEP (Loisirs et pédagogie), Editions Labor, 1996, 167 p.
- ⁶BRÜCKER, G., FASSIN, D.
Santé publique. Paris, Ellipses, 1989.
- ⁷BURY, J.A.
Education pour la santé : concepts, enjeux, planification. Bruxelles, De Boeck Université (collection Savoir et santé), 1988, 235 p.
- ⁸CARPENTIER, J., CASTEL, R., DONZELOT, J.
Résistances à la médecine et démultiplication du concept de santé. Paris, Cordes, 1980.
- ⁹CASTILLO, F.
Le chemin des écoliers : l'éducation à la santé en milieu scolaire. Bruxelles, De Boeck, 1987.
Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Conférence internationale pour la promotion de la santé « Vers une nouvelle santé publique », 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada, 4 p.
- ¹⁰COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.
L'éducation sanitaire en action : réalisation et priorités. Paris, CFES, 1979.
Pratiques en éducation pour la santé : essais de méthodologie. Paris, CFES, 1985.
Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé. Paris, CFES, 1986.
La santé en action. Paris, CFES, 1987, 6 vol.
Groupe méthodologie recherche évaluation. Vanves, Délégation inter-régionales pour l'éducation et la promotion de la santé (Direps). Priorité de santé publique : apports de l'éducation pour la santé. Vanves, CFES, 1996/05, 59 p.
- ¹¹COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.
Le rôle de l'enseignant dans l'éducation pour la santé. Actes du symposium international, juin 1985, Luxembourg, Commission des Communautés Européennes, 1986.
- ¹²COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.
Semaine européenne de prévention des toxicomanies. 1994 : programmes nationaux. Luxembourg, Commission Européenne, 1994, 66 p.
- ¹³CONSEIL DE L'EUROPE.
Rapport sur l'éducation pour la santé et contre l'abus de drogues dans les Etats membres du Conseil de l'Europe et de la communauté européenne. Strasbourg, 1991, 23 p.
- ¹⁴CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL.
L'éducation pour la santé. Paris, Journal Officiel, 1982.

- 17 ¹⁵CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL.
Les problèmes posés par la toxicomanie. Rapport présenté au nom de la section des Affaires sociales par Madame Evelyne Sullerot, 1989.
- ¹⁶COPPÉ, M., SCHOONBROODT, C. Guide pratique d'éducation pour la santé : réflexion, expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs. Bruxelles, De Boeck Université, 1992, 282 p.
- ¹⁷DEBRÉ, R., DOUADY, D.
La fatigue des écoliers français dans le système scolaire actuel. Paris, IPN, 1962.
- ¹⁸DESCHAMPS, J.-P.
« Il faut sauver la médecine scolaire ». Médecine et enfance, avril 1989.
- ¹⁹DGLDT.
Campagne nationale de prévention contre la drogue et la toxicomanie : combat pour la vie. 1990, 65 p.
- ²⁰DGLDT.
La prévention en milieu scolaire. 1990, 37 p.
- ²¹DOBOSSON, B.E.
A comparison of the delivery and effectiveness of drug addiction in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom : a feasibility study. Manchester-Tacade, 1992, 8 p.
- ²²DOLHIE, E., BAKLIEN, B.
L'éducation anti-drogue dans les lycées en Norvège : revue et évaluation. In Congrès international sur l'alcoolisme et les toxicomanies, Oslo, ICAA, CIPAT, 1988, 35.
- ²³DRESSAYRE, J., PRIEUR, B.
La prévention de la toxicomanie auprès des élèves de CM1-CM2. CECCOF, mars 1987, 28 p.
- ²⁴DUBOIS, G., GOT, C., GREMY, F., HIRSCH, A. et TUBIANA, M.
« L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention ». Santé publique, n° 4, 1992, pp. 3-30.
- ²⁵ESPACE DE PREVENTION DES CANCERS.
Santé, environnement, modes de vie : quelles démarches de prévention ? Actes du premier forum de Val d'Aurelle. Montpellier, Espace de Prévention des Cancers, 1988.
- ²⁶Evaluation and decision making, Itasca, Illinois, Placock 1971.
- ²⁷Glossaire de la promotion de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, cité dans le dossier : éducation pour la santé, Actualité et dossier en santé publique, 1996, 16, p. 2
- ²⁸GREMY, F., MANCIAUX, M.
« Pédiatrie et prévention » : protection et promotion de la santé. In : « L'enfant et sa santé ». Paris, Doin, 1987, p. 1165-1185.
- ²⁹HACHET, P.
Prévention primaire des usagers de drogues : évaluation menée dans les écoles de l'Oise. In Drogues et Toxicomanies, Ed. INSERM/Nathan, 1993.
- ³⁰INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE.
La Recherche-action en santé, ss. la dir. de Nadine Spira. Paris, La Documentation Française, 1985.
International Union for health promotion and education (IUHPE). Regional Office for Europe. Utrecht. Evaluation of the IUHPE project on the effectiveness of health promotion and health education (Bonn : 1995/03/22-24). Utrecht : Regional Office for Europe IUHPE, 1995, 77 p.

- 18 ³¹KILCHER, L.R., MARTIN, J.
Le programme vaudois de médiation. In L'expérience vaudoise des médiateurs scolaires : accueillir et conseiller les élèves et les apprentis en difficulté. Lausanne, ISPA, 1992, p. 26-28.
- ³²KOKOREFF, M., MIGNON, P. et alii.
La production d'un problème social, drogues et conduites d'excès, la France et l'Angleterre face aux usages et aux usagers d'ecstasy et de cannabis, rapport d'étude, 1994.
- ³³« L'éducation pour la santé » Du discours à la pratique. Actualité et dossier en santé publique, n° 16, septembre 1996, 39 p.
- ³⁴LERT, F.
Les actions participatives de prévention sont-elles possibles en milieu scolaire ? Paris, CNPERT, 1994, p. 83-90.
- ³⁵LESELBAUM, N. (sous la dir.).
Tabac, alcool, drogues ? Des lycéens répondent. Paris, INRP, Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'alcoolisme, 1985, 116 p.
- ³⁶LESELBAUM, N. (sous la dir.).
Les attitudes et les opinions des chefs d'établissement à l'égard des toxicomanies. Paris, INRP, 1992, 40 p.
- ³⁷LESELBAUM, N., LONCHAMBON, P. et alii.
Le concept de santé chez l'enfant. Rapport de Recherche INRP/CFES, 1986, 100 p.
- ³⁸LESELBAUM, N., PERETTI, C. de.
La Prévention à l'école, t. 2. Contribution à la mise en place d'actions pour la santé au collège et au lycée, analyse de leurs dynamiques, évaluation de leurs effets. Paris, INRP, 1992, 150 p.
- ³⁹L'évaluation en éducation et la prise de décision. Ottawa, NHP, 1980.
- ⁴⁰MERCIER, M., DELVILLE, J.
Aspects psychosociaux en éducation pour la santé. Bruxelles, De Boeck, 1988.
- ⁴¹MICHAUD, P.A.
Evaluation de l'activité des médiateurs scolaires dans le canton du Vaud. Rev. Méd. Suisse Romande, 1992, 112.
- ⁴²MICHAUD, P.-A., BAUDIER, F., CHOQUET, M., MANSOUR, S. dir.
La santé des adolescents. Quels liens entre recherche et prévention ? Cartigny, 1993 (11/04-06), Vanves, CFES (collection Séminaire), 1994/11, 226 p.
- ⁴³OEDT, CARPI, R.
A study dealing with actions of prevention realized in state members and with the elaboration of an analysing tool. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 1993, 240 + 100 p.
- ⁴⁴ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.
- La recherche en éducation sanitaire. Genève, OMS, 1969.
- Santé mentale et développement psychosocial de l'enfant. Genève, OMS, 1977.
- Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires. Genève, OMS, 1983.
- Prévention chez l'enfant des problèmes de santé du futur adulte. Genève, OMS, 1982.
- ⁴⁵PANCHAUD, C., DEPUY, J., LANDERT, C. et alii.
Politiques cantonales en matière de prévention du Sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. Cahier Rech. Doc. IUMSP, 1994, 4-5.
- ⁴⁶PARQUET, P.J.
intervention aux « Rencontres de la DGLDT » 14.11.1995.

- 19 ⁴⁷PARQUET, P.J.
« Alcool, autres drogues et dépendances. La santé de l'homme, n° 320, 1995, pp. 33-35.
- ⁴⁸PERETTI, C. de, LESELBAUM, N.,
Tabac, alcool, drogues illicites : opinions et consommation des lycéens. Paris, INRP, 1995, 134 p.
- ⁴⁹PERETTI, C. de, LESELBAUM, N.
Les jeunes et les drogues : réflexions pour la prévention. Revue Française de Pédagogie, 1996 (114).
- ⁵⁰Propositions pour une politique de prévention. Rapport du Ministre de la Santé. Paris, La Documentation Française, 1982.
- ⁵¹Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie (Rapport Henrion), Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la Ville, 1995.
- ⁵²Rapports sur les toxicomanies, Les cahiers du Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, 2 janvier 1995, pp. 5-53.
- ⁵³RELEASE.
Un projet de prévention globale. Bull. liaison CNDT, 1991 (17), p. 105-113.
- ⁵⁴SANDRIN-BERTHON, B., LESTAGE, A., BAUDIER, F., MONNOT, A.
1, 2, 3... santé. Education pour la santé en milieu scolaire. Vanves, CFES (collection La santé en action), 1994, 218 p.
- ⁵⁵SANDRIN-BERTHON, B.
Apprendre la santé à l'école, ESF, 1997.
- ⁵⁶SCRIVEN, M.
« The methodology of evaluation ». In Perspectives of curriculum evaluation, Chicago, Rand Mc Nally, 1967, pp. 39-83.
Service Santé Scolaire, Bas-Rhin. Les jeunes et « la drogue ». Strasbourg, Service Santé Scolaire, 1989, 35 p.
Séminaire sur le rôle de la police en matière de prévention et sur les alternatives aux poursuites judiciaires des délinquants ayant des problèmes liés à la drogue. Strasbourg, 23-26 juin 1992, Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou.
- ⁵⁷SERNA, E.
Les entretiens du CNPERT. In Le risque toxicomaniaque (personnalités et situations). Paris, 1990, p. 84-91.
- ⁵⁸TARDY, L.
« L'évaluation de la Formation pour les peines »
Mutualité de l'Anjou, 1996
- ⁵⁹VERMEIL, G.
Les difficultés scolaires. Paris, Douin, 1980.

LES JEUNES ET LES DROGUES ILLICITES

ETUDES FRANÇAISES RECENTES, LES COHERENCES

par le Docteur Christine de Peretti, INRP

Les études récentes relatives à la prévalence d'*expérimentation de drogues*, menées auprès d'échantillons représentatifs de jeunes, donnent des résultats relativement similaires bien qu'ils ne soient pas toujours strictement superposables du fait des méthodologies utilisées (populations de référence, âge moyen, description des substances et des fréquences de consommation). Cependant, la question particulière des consommations fréquentes y est traitée de manière suffisamment hétérogène pour empêcher toute comparaison précise.

Lycéens

- L'étude réalisée en 1991 par l'INRP auprès de 2335 *lycéens* scolarisés dans les villes de Paris, Lille et Nice a montré que **22,4 %** d'entre eux ont expérimenté des drogues illicites (cannabis exclusivement dans 94 % des cas), 14,3 % au cours du semestre et 4,5 % en ont consommé au moins dix fois au cours du semestre. [1]

- En 1993, M. Choquet et S. Ledoux ont interrogé 12 466 jeunes collégiens et lycéens scolarisés dans huit académies métropolitaines dont 4855 lycéens [2]. Dans cette étude, La prévalence de l'expérimentation de drogues illicites des *lycéens* est égale à **25,2 %** et à 22,4 % pour le cannabis.

(10 % des lycéens déclaraient une consommation répétée de drogues illicites « *au moins dix fois au cours de leur vie* ».)

- En 1995, une étude effectuée auprès de lycéens scolarisés spécifiquement dans des lycéens « sensibles » ou « zep » de banlieues sensibles de la région parisienne (départements 92 et 93) a montré des chiffres similaires [3] :

- expérimentation de drogues illicites : **22,6 %** (de cannabis : 20 %) ;
- consommations de cannabis au moins dix fois dans la vie : 11,2 % ;
- consommations de cannabis au moins dix fois dans le mois : 3,5 %.

Etudes conduites auprès d'échantillons représentatifs de jeunes majeurs

- Le « baromètre santé » a été réalisé par le Comité français d'éducation pour la santé, en 1992, auprès d'un échantillon représentatif de la *population majeure* résidant en France. **22,3 %** des jeunes de cette tranche d'âge indiquent avoir déjà eu une expérience de drogue illicite au cours de leur vie (cannabis dans 98,6 % des cas).

(La prévalence de la consommation « au cours de l'année écoulée » est de 15,3 %.)[4].

- L'étude réalisée par le service des armées en 1993 auprès de 5433 jeunes *appelés*, et donc dans une population purement masculine et un peu plus âgée que les lycéens, indique que l'expérimentation du cannabis concerne **35 % des appelés**. 13,6 % présentaient des urines positives traduisant une consommation récente, dans la semaine selon les auteurs [5]. Ces pourcentages sont plus élevés que ceux relevés dans les études cités ci-dessus puisqu'ils concernent une population masculine, à l'issue de la scolarisation. Dans l'étude de l'INSERM, la prévalence d'expérimentation de substances illicites relevée pour la population lycéenne masculine majeure est égale à 39 %. Le pourcentage correspondant est égal à 33 % dans l'étude de l'INRP. Dans l'étude du CFES « baromètre santé 1992 », 34,3 % des hommes âgés de 18 à 24 ans ont indiqué avoir déjà consommé, au moins une fois, une drogue illicite.

Autres substances illicites

L'expérimentation de substances illicites autres que le cannabis apparaît beaucoup moins fréquente dans toutes ces études menées en population scolarisée ou générale. Dans l'enquête réalisée en 1995 [6], la prévalence des tests positifs aux métabolites des opiacés ou de la cocaïne des jeunes convoqués aux centres de sélection des armées était égale à 0,3%.

Les consommations de drogues illicites des adolescents

	expérimentation	usage « répété »	âge moyen effectifs	échantillon
1993 8 académies	dr. ill. : 15 % cann. : 12 %	cann. ≥ 10 / vie 5 %	15 ans N = 12 391	collégiens et lycéens, (ens. public), 11 - 19 ans
Collèges 1993 8 académies	dr. ill. 7,8 % cann. 4,7 %	cann. ≥ 10 / vie 1,6 %	13,4 ans N = 7558	collégiens (ens. public)
Lycées 1991	dr. ill. : 20,6 % cann. : 20,3 %	dr. ill. ≥ 10 / 6mois 4,4 %	17,2 ans N= 2 335	lycéens (public et privé) Paris, Lille, Nice
1993	dr. ill. : 25,3 % cann.: 22,6 %	cann. ≥ 10 / vie 9,6 %	17,5 ans N=4821	lycéens
1995	dr. ill. : 22,6 % cann. : 20 %	cann. ≥ 10 / vie 11,2 %	17,7 ans N=804	lycées <i>difficiles</i> 92,93

Jeunes majeurs

	expérimentation	usage récent	âge moyen effectifs	échantillon
1992 France <i>garçons</i> <i>filles</i>	dr. ill. : 22,3 % cann. 22 % 34,3 % 13,4 %	dr. ≥ 1 fois dans l'année : 15,3 % 26,0 % 7,6 %	20,9 ans N = 315	18 - 24 ans résidant en France
1995 [6]	nd	ca. ≥ 1 fois dans le mois : 11,4 % urines positives ca. :15,9 %	nd*, 18 - 25 ans N = 10870	centres de sélection de l'armée (pop. exclusiv.masculine)

* données non disponibles

Références bibliographiques

¹PERETTI (C. de) & LESELBAUM (N.)

Tabac, Alcool, drogues illicites, opinions et consommations des lycéens, INRP, 1995.

²CHOQUET (M.) & LEDOUX (S.)

Adolescents - enquête nationale, Les éditions INSERM, 1994.

³PERETTI (C. de)

Consommation de substances psychoactives, des concepts et du regard social aux déclarations des lycéens des banlieues difficiles. Thèse de santé publique de l'université Paris VI, 1996.

⁴BAUDIER (F.) & alii

Les jeunes français et leur santé, opinions, attitudes et comportements, Promotion Education, vol I, 1994, pp. 29-35.

⁵CARPENTIER (C.) & COSTES (J. M.)

Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, édition 1995, OFDT/ DGLDT, 1995.

⁶ARVERS (A. & alii)

Consommation de drogues illicites chez les jeunes Français : enquête transversale effectuée dans les centres de sélection en 1995. Résultats préliminaires. in Travaux scientifiques des chercheurs du service de santé des armées durant l'année 1995, SSA 1996 trav. Scient., n° 17, 1996.