

# NOTE DE SYNTHÈSE

## Effacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école

*Jackie Green,  
Keith Tones,  
Jean-Claude Manderscheid*

Il est largement admis que le milieu scolaire peut jouer un rôle considérable sur la détermination des comportements de santé et sur l'état de santé des jeunes et futurs adultes. Parmi les facteurs participant à ce rôle du milieu scolaire, on peut citer :

- la longueur du cursus scolaire des enfants (s'élevant à quelque 15 000 heures, ou plus dans beaucoup de pays développés) ;
- le fait que l'enfant soit à un stade important de son développement personnel ;
- l'opportunité fournie par le milieu scolaire de mettre en œuvre un ensemble d'approches pédagogiques ;
- la présence d'une équipe éducative entraînée et compétente ;
- la possibilité enfin de renforcer ce qui a été appris en classe en créant un environnement scolaire favorable.

Mais, bien qu'à l'évidence les élèves constituent le groupe cible principal de toute intervention d'éducation à la santé à l'école, certains auteurs ont mis l'accent sur la possibilité, voire la nécessité, d'intervenir aussi auprès des parents et plus généralement sur une communauté environnante, au-delà du cadre des personnes travaillant dans l'école (World Health Organisation ou WHO, 1978).

Le présent article établit tout d'abord un cadre conceptuel pour l'évaluation de l'efficacité de l'éducation à la santé à l'école. Il présente ensuite un certain nombre d'études pour identifier les facteurs associés au succès. Il conclut enfin en explorant la notion d'école « promotrice de santé » comme un projet d'avenir.

Signalons encore que certaines notions présentées dans cet article sont issues de recherches développées dans des pays anglophones. Les termes qui les désignent ne sont pas toujours facilement traduisibles par un mot ou une expression simple. Par ailleurs, ces termes doivent être connus par un chercheur francophone qui tôt ou tard ne manquera pas d'être confronté à la littérature anglophone. Nous fournirons donc souvent, entre parenthèses, l'expression originale en anglais. Parfois nous ajouterons une note de bas de page pour préciser la signification de cette expression et la replacer dans le contexte de la théorie à laquelle elle renvoie.

## LA SIGNIFICATION DU SUCCÈS

### Définitions

L'efficacité (*effectiveness*) de l'éducation à la santé à l'école estime dans quelle mesure les objectifs préétablis ont été atteints.

L'efficience (*efficiency*), précise cette notion d'efficacité en lui donnant un caractère relatif. En épidémiologie l'efficience est une efficacité ramenée à un coût qui peut être financier, humain, etc. On parle parfois de « coût-efficacité ». S'il n'était pas affecté d'une connotation gênante, nous utiliserions le terme « rendement » qui sur le plan purement sémantique est équivalent. Ici, l'efficience d'un programme est l'efficacité de ce dernier en comparaison à d'autres programmes. Les campagnes médiatiques, les programmes scolaires destinés à rendre les jeunes capables de résister à la pression des pairs et de rejeter la publicité sur le tabac, sont tous des approches possibles pour aborder le problème du tabagisme chez les 10 - 20 ans. L'efficience représente ici la capacité de chaque approche à réduire l'engagement des jeunes dans des pratiques tabagiques comparativement aux autres approches.

Le terme « efficacité » (*effectiveness*) est généralement utilisé pour désigner la mesure du succès des programmes réalisés dans des conditions normales. On parlera alors d'« efficacité pratique ». Il peut être intéressant de signaler l'expression « efficacité idéale » (*efficacy*) qui renvoie à la possibilité d'atteindre des objectifs donnés dans des conditions idéales (Brook et Lohr, 1985). De telles conditions idéales peuvent accompagner des projets expérimentaux ou les premières phases de diffusion des projets, quand ceux-ci bénéficient encore d'un soutien important. Cependant, on peut s'attendre à une atténuation de ces effets dans des situations usuelles.

Cette notion d'efficacité idéale est doublement importante car elle pose un dilemme.

- D'un côté, il est indispensable d'envisager de reproduire en routine un programme expérimental idéal qui intégrerait tous les éléments des théories et pratiques les plus récentes. En effet la mise en œuvre d'un tel programme idéal serait à juste titre considérée comme irréaliste par les enseignants qui sont confrontés aux pressions et aux impératifs d'un enseignement au quotidien.

- D'un autre côté, nous ne pouvons pas attendre d'un programme qu'il soit réellement efficace, s'il ne s'appuie pas sur les éléments fondamentaux d'un savoir théorique et pratique.

Ceci nous conduit à évoquer les différents types d'erreurs auxquels est exposé tout organisateur d'un programme d'éducation à la santé.

Dans les pratiques habituelles de recherche, on utilise le terme d'erreur de « Type I » pour désigner l'affirmation abusive de l'efficacité d'une action ou d'un programme (par exemple l'affirmation de l'effet positif d'une action sans qu'il y ait eu de groupe témoin).

À l'opposé, l'erreur de « Type II » renvoie à la situation où le programme mis en œuvre est effectivement efficace, mais où les outils de mesure utilisés ne sont pas suffisamment sensibles pour mettre en évidence cette efficacité. Cela conduit à juger à tort le résultat de l'action comme un échec. Une telle conclusion représente une erreur de « Type II. »

Une erreur de « Type III » survient quand une intervention manifestement inadaptée est considérée comme un échec. Il n'est pas rare en effet en éducation à la santé (peut-être pour des raisons économiques) de rencontrer des programmes condamnés à l'échec parce qu'ils ont été insuffisamment ou mal préparés, ou parce qu'ils sont fondés sur des théories inadaptées (ou pas de théorie du tout), ou encore parce qu'ils utilisent des méthodes inappropriées. C'est exactement comme si l'efficacité d'une méthode chirurgicale était jugée en fonction des résultats de l'intervention, alors que ladite intervention a été réalisée par du personnel non qualifié, sans anesthésie et avec des instruments émoussés et rouillés.

Green (1984) a défini l'éducation à la santé comme « toute combinaison de méthodes d'apprentissage destinée à faciliter l'adoption volontaire de comportements conduisant à la santé ».

Cette définition a pour objet primitif l'éducation à la santé, mais bien qu'elle intègre la notion de choix volontaire, son véritable objet est en fait essentiellement la promotion de comportements sains.

Tones (1994) en revanche, propose une définition plus résolument axée sur le libre arbitre du sujet.

« L'éducation à la santé est toute activité librement choisie qui participe à un apprentissage de la santé ou de la maladie, c'est-à-dire à un changement relativement permanent des dispositions ou des capacités du sujet. Une éducation à la santé efficace peut ainsi produire des changements au niveau des connaissances, de la compréhension ou des façons de penser ; elle peut influencer ou clarifier les valeurs ; elle peut déterminer des changements d'attitudes et de croyances ; elle peut faciliter l'acquisition de compétences ; elle peut même produire des changements de comportement ou de mode de vie. »

Cet accent mis sur les processus d'apprentissage et l'identification d'un champ plus large des résultats possibles donne à l'éducation à la santé un statut plus acceptable en milieu scolaire. En effet le fait de vouloir ouvertement modifier les comportements et l'utilisation de techniques manipulatrices peuvent être considérés comme incompatibles avec le rôle des enseignants en tant qu'éducateurs comme le souligne Manderscheid (Janvier 1992), en réponse aux propositions de Beauvois et Joule (1992).

La plupart des évaluations de l'éducation à la santé à l'école concernent les activités réalisées dans le cadre du programme d'enseignement officiel. Il

est cependant essentiel de prendre en considération d'autres éléments. En effet l'esprit de l'école, les valeurs (1) qu'elle développe, les relations au sein de celle-ci, jouent un rôle non négligeable de même que la possibilité d'avoir des activités sportives supplémentaires ou d'autres activités dans le cadre d'un programme informel. Un tel programme peut envisager des contacts avec la communauté environnante et les services de santé. Chose non moins importante, ce programme doit intégrer dans ses priorités l'environnement physique au sein de l'école et certaines activités de celle-ci telles que la fourniture des repas scolaires. La dernière décennie a été marquée par une prise de conscience croissante de l'importance du rôle de l'environnement scolaire tout entier sur la santé et parallèlement s'est développé le concept d'école « Promotrice de Santé » sur lequel nous reviendrons plus loin.

### Valeurs et modèles

Au cours des dernières années est apparu un souci croissant de démontrer l'efficacité de l'éducation à la santé. Il est cependant irréaliste de vouloir juger de l'efficacité de l'éducation à la santé à un tel niveau de généralité. Aussi est-il nécessaire d'être plus spécifique dans nos investigations. L'évaluation du succès d'une action implique en dernier ressort d'estimer dans quelle mesure les objectifs attendus ont été atteints. Or, bien que l'éducation à la santé soit en général considérée comme une bonne chose en soi, il n'y a pas de consensus sur ce que doivent être les objectifs de cette dernière. Le choix des objectifs est souvent fondé sur des positions idéologiques sous-jacentes. Par exemple, le souci de réduire l'incidence du cancer du poumon pourrait conduire à des objectifs exprimés en terme de réduction de taux de morbidité et de mortalité. En revanche, des tentatives pour améliorer le bien-être pourraient se concentrer sur des mesures qui influencent de façon plus générale une certaine qualité de vie.

L'utilisation de modèles théoriques en éducation à la santé peut contribuer à identifier des objectifs appropriés et à choisir les méthodes pour y parvenir (French et Adams, 1986). Rawson et Grigg (1988) distinguent d'une part les modèles « iconologiques » (*iconic models*) qui sont des représentations simplifiées de la réalité ou des expériences à l'intérieur du monde réel ; et d'autre part les modèles « analogiques » plus hypothétiques qui tentent d'explorer les relations entre les éléments du modèle. Comme notre préoccupation porte sur la pratique courante, le premier type de modèle est pour nous d'une plus grande pertinence ici. Il existe de nombreuses taxonomies (voir Rawson, 1992 et Tones et Tilford, 1994 pour des développements plus importants), mais nous nous cantonnerons ici à la présentation de quatre modèles : le modèle préventif, le modèle éducatif, le modèle radical et le modèle d'autonomisation.

Comme son nom l'indique, le but ultime du modèle préventif (*preventive model*) est de réduire les problèmes de santé avec peut-être l'objectif plus immédiat de modifier des types de comportements connus pour conduire à de mauvais états de santé. Ce modèle se fonde sur l'hypothèse que les personnes qui reçoivent une information réagissent de façon rationnelle en adoptant les comportements ou les modes de vie qui sont reconnus pour préserver de la maladie. Ceci peut être résumé par une connaissance conduisant à des comportements et pratiques admis comme bons. Cependant chacun sait que la connaissance seule a peu de chance d'entraîner des changements de

pratiques et que les motivations et les attitudes doivent être aussi prises en compte, ce qui conduit à la formule bien connue : « connaissance, attitude, pratique » (*Knowledge-Attitude-Practice*).

À l'opposé, le modèle éducatif (*educational model*) est fondé sur la notion sous-jacente de choix et de buts en plus de l'acquisition de connaissances, afin de donner au sujet la possibilité d'interpréter et d'intégrer ces connaissances dans le contexte de sa propre vie. Ce modèle s'attache aussi à développer la capacité de « décider » (*decision-making*) en se fondant sur le fait que le sujet a des idées et des valeurs claires.

Mais de plus en plus il est admis que les sujets ne sont pas entièrement libres dans leurs choix de comportement en matière de santé et que ces choix peuvent être restreints par (ou même résulter de) leurs conditions sociales et environnementales. Le modèle radical (*radical model*) d'éducation à la santé prône alors un changement social et politique pour favoriser la santé et faire en sorte que les bons choix en terme de santé soient l'option la plus facile pour le sujet. Cette approche est tout à fait dans l'esprit des objectifs de la charte d'Ottawa (WHO, 1986) mais elle n'a guère sa place en milieu scolaire sinon pour faire prendre conscience aux élèves de l'origine environnementale de certains problèmes de santé.

Le modèle d'autonomisation (*empowerment (2) model*) est étroitement lié au modèle éducatif, mais reconnaît que les sujets qui ont fait des choix pour une vie saine peuvent être dans l'incapacité de mettre en œuvre ces choix. Nous présenterons ici juste un bref aperçu de la notion d'autonomisation. Pour une approche plus approfondie nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Tones (1992). Un principe-clé est celui de l'autonomie et l'objectif de cette éducation est donc ici de développer les compétences qui aident à la réalisation de cette autonomie. Parmi ces compétences on peut citer :

- un haut niveau d'estime de soi (*high self-esteem*),
- le sentiment d'être responsable (*being in charge of*) de sa propre vie et de sa destinée (ce qui renvoie à la notion de « *internal locus of control (3)* »),
- la prise de conscience personnelle en terme de sentiments et de valeurs,
- l'aptitude à la prise de décision, l'aptitude à se fixer des objectifs et à s'efforcer de les atteindre,
- la conviction d'être capable de réaliser ces objectifs (*self-efficacy believe (4)*),
- la capacité d'entreprendre, d'interpréter et d'utiliser des informations exactes, le respect de soi et des autres, la capacité de communiquer efficacement et en particulier la capacité d'être sûr de soi.

Les relations qui structurent quelques-uns de ces éléments sont illustrées en figure 1.

L'éducation à l'autonomisation est beaucoup plus en accord avec une conception progressiste de l'éducation centrée sur l'enfant. Elle constitue la base de nombreux programmes sur les compétences utiles à la vie (*life-skill (5)*) et les compétences sociales. On peut trouver des exemples d'actions développant des compétences en matière de santé chez Anderson et collaborateurs (1994), des compétences pour l'adolescence dans Tacade (1986) et des compétences pour les enfants du primaire dans Tacade (1990).

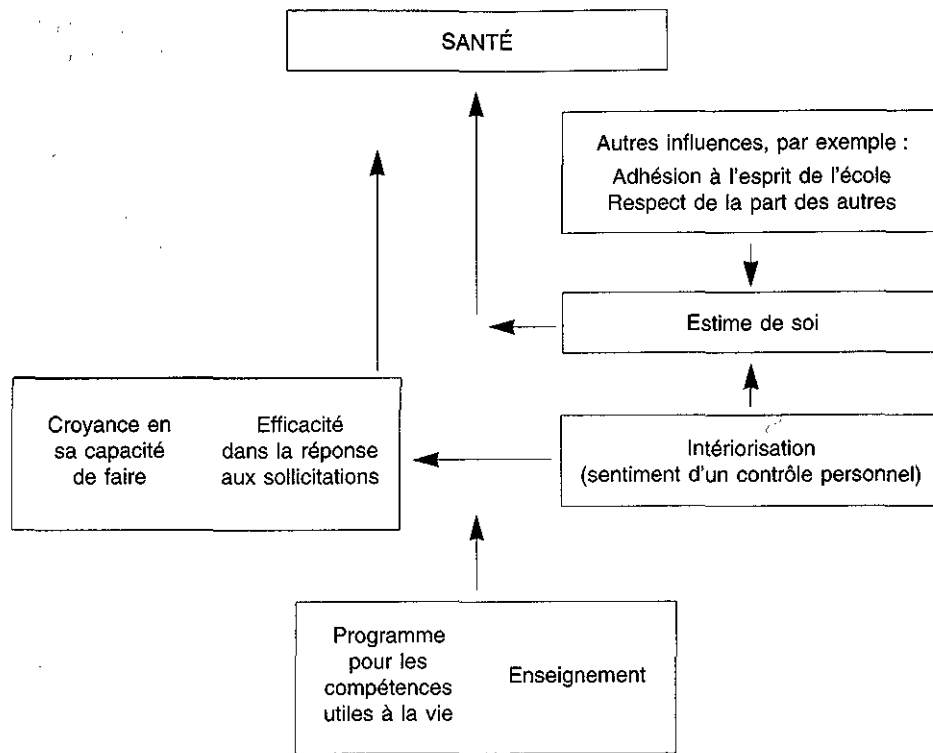


Figure 1. — Autonomisation et santé

### Autonomisation, changement de comportement et prévention des maladies

Au terme de cette présentation il est clair que ceux qui souscrivent au modèle d'autonomisation définiront leurs objectifs assez différemment de ceux qui interviennent dans un cadre préventif. Cependant ces objectifs peuvent ne pas être incompatibles. Bien qu'en théorie un sujet « autonomisé » puisse parfaitement décider, contre toute attente, de fumer et de se droguer, en pratique un tel individu aura plus de chance de choisir de suivre un mode de vie sain et même de réussir dans sa démarche. Botevine *et al.* (1980) travaillant aux États-Unis, ont utilisé une approche fondée sur les compétences utiles à la vie et ont obtenu une réduction de 50 % des nouveaux fumeurs dans une « junior high school ».

Les approches par l'autonomisation sont d'autant plus efficaces que les compétences acquises s'appliquent à tout un champ de problèmes de santé. Par exemple les compétences nécessaires pour savoir résister à la proposition d'une cigarette sont très similaires à celles nécessaires pour obtenir d'un partenaire l'utilisation d'un préservatif. Dans le même ordre d'idée, Manderscheid et ses collègues (Décembre 1992) ont montré que le fait d'engager des adolescents dans une dynamique de questionnement à propos du sida, conduit ces mêmes adolescents à se poser des questions sur d'autres problèmes comme l'altération de la couche d'ozone, les cancers, etc. Cette propriété des approches fondées sur l'autonomisation est illustrée dans la

figure 2 et conduit à la notion de programmes « horizontaux », qui ont la particularité d'avoir un impact sur tout un ensemble de problèmes de santé par opposition aux programmes « verticaux » qui touchent une seule question de santé à la fois (Tones, 1995).

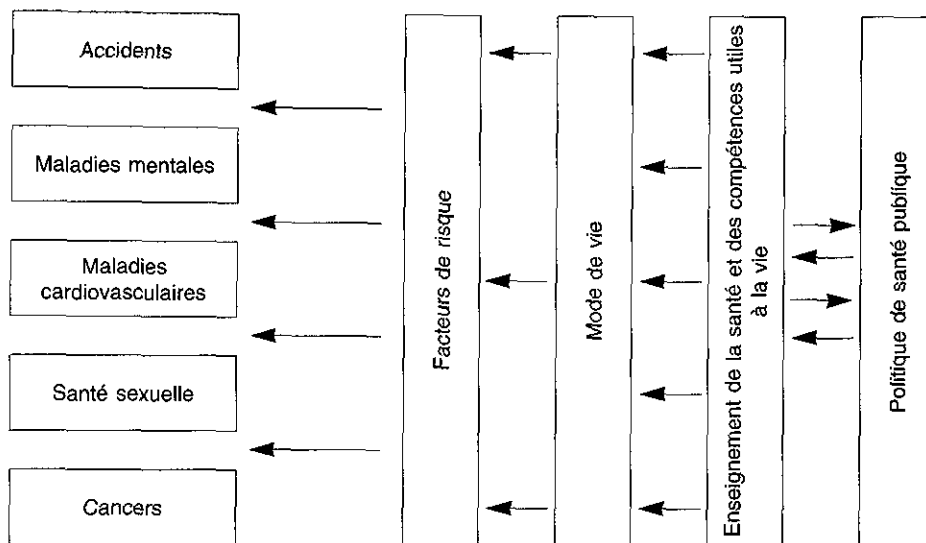


Figure 2. — Contribution des programmes horizontaux

### Que mesurons-nous ? Choix des indicateurs de succès

Bien que les mesures épidémiologiques telles que la morbidité et la mortalité aient été traditionnellement utilisées pour mesurer l'état de santé (ou de mauvaise santé) des populations, elles sont rarement adaptées pour évaluer les effets de l'éducation à la santé à l'école. Tout d'abord d'un point de vue idéologique on peut se demander si le fait de travailler avec des objectifs aussi médicalisés correspond bien aux préoccupations essentielles de l'école. Ensuite il se pose des questions de nature plus logique et pragmatique (I) quant à l'« incertitude épidémiologique » et (II) quant à la relation problématique entre les d'actions éducatives (« input ») et les résultats (« output ») définis en termes épidémiologiques.

La question de l'incertitude épidémiologique est facile à préciser. Cette incertitude peut être interprétée soit comme un certain degré de doute sur la relation entre un comportement donné et le résultat qui lui est attribué en terme de santé, soit comme une relation démontrable mais de type multifactoriel. Par exemple il serait très maladroit de juger de l'efficacité d'un programme d'éducation nutritionnelle en terme de réduction du cancer du sein (en dépit de l'association établie entre la consommation de graisse saturée et cette maladie). De la même façon l'apparition d'une maladie cardio-vasculaire est influencée par un certain nombre de facteurs dont certains sont connus et d'autres pas encore. C'est pourquoi même si elle est très bien élaborée sur

le plan théorique, bien conduite en pratique, bien soutenue par des interventions diverses, une action thérapeutique peut n'avoir qu'un effet très limité sur l'incidence des maladies visées. C'est pourquoi des indicateurs comportementaux semblent préférables à des indicateurs épidémiologiques pour juger de l'efficacité et de l'efficacité d'une action éducative.

Dans beaucoup de cas, les indicateurs comportementaux sont eux-mêmes inappropriés à cause de la relation complexe qui existe entre les actions éducatives d'une part et les résultats obtenus sur le plan comportemental ou épidémiologique. Souvent il peut s'écouler un laps de temps considérable entre l'action d'éducation à la santé à l'école et l'apparition possible de résultats bénéfiques (trente ans ou plus dans le cas du cancer du poumon ou des maladies cardio-vasculaires). Or, durant ce temps, beaucoup d'autres événements peuvent venir influencer le cours des choses de façon aussi bien positive que négative. C'est le cas par exemple de l'éducation à la santé pour lutter contre le cancer.

On peut admettre que l'objectif principal d'une éducation pour une prévention secondaire (6) des cancers soit de réduire le niveau de cancérophobie. Chez certaines catégories de personnes en effet, cette cancérophobie peut être associée à un sentiment général de fatalisme ou à un mécanisme de défense psychologique qui, en réduisant l'usage des examens de dépistage comme les frottis vaginaux ou les mammographies, vont retarder un diagnostic et un traitement précoces. De ce fait, un des objectifs les plus importants de l'éducation contre le cancer pourrait être de s'assurer que les gens comprennent bien que le cancer n'est pas une seule et unique maladie indifférenciée mais plutôt un ensemble varié de pathologies pour lesquelles s'offrent des possibilités très différentes de prévention et de traitement. C'est pourquoi un enseignement efficace de biologie est un élément essentiel de toute action d'éducation contre le cancer à l'école. Mais ce serait un non-sens de vouloir estimer l'efficacité de cet enseignement de biologie en examinant des données de mortalité et de morbidité. Un tel enseignement à l'école ne peut permettre aux enfants que de savoir citer l'un des signes d'appel du cancer, et ces signes peuvent ne survenir que quarante ans plus tard. Enfin il est évident que les leçons de biologie, bien que nécessaires, ne sont pas suffisantes. Elles réclament d'être complétées par d'autres types d'enseignement mis en œuvre dans une « école promotrice de santé ». Elles doivent être soutenues par des mesures de santé publique telles que l'amélioration de service de dépistage et dans un deuxième temps par des interventions éducatives à travers les médias par exemple.

Comme nous l'avons déjà signalé, mesurer un succès implique d'apprécier si des résultats ont été atteints, sachant que ces résultats attendus ont été déterminés par l'idéologie qui sous-tend le programme. Ainsi, si certains programmes établissent leurs objectifs en terme de changements comportementaux spécifiques (indicateurs de succès à court terme), comme nous l'avons signalé plus haut, d'autres indicateurs d'efficacité comme l'acquisition de compétences utiles à la vie, peuvent être indispensables. Ces facteurs peuvent constituer des « indicateurs intermédiaires » du succès dans le cadre d'un programme de santé publique plus large, mais ils peuvent être aussi considérés directement comme les résultats attendus d'un processus éducatif. Les indicateurs indirects tels que le nombre d'écoles utilisant le programme, le nombre d'élèves impliqués et le temps consacré à ce programme peuvent être aussi tout à fait pertinents.



L'éducation à la santé à l'école est aussi trop souvent évaluée par son impact sur la santé en terme de connaissances. Dans le contexte scolaire cet aspect de l'apprentissage est assurément le plus facile à mesurer. Mais comme nous le faisons remarquer à propos des programmes éducatifs contre le cancer, la compréhension de ce qu'est un cancer est un objectif éducatif certainement nécessaire mais non suffisant. Toutefois, pour évaluer réellement les résultats de l'éducation à la santé, nous avons besoin d'étendre le champ de cette évaluation au-delà du domaine cognitif pour intégrer des critères affectifs et comportementaux.

Il faut aussi prendre conscience du fait que les programmes d'éducation à la santé ne sont pas dispensés dans le vide, mais dans des situations concrètes imposant parfois des adaptations en raison d'interactions complexes entre les enseignants, les élèves, l'école et plus largement le contexte social. La surveillance systématique de la façon dont les programmes sont mis en œuvre et les facteurs affectant cette mise en œuvre constituent ce qu'on appelle l'évaluation de processus. Pour Williams et Young (1993), ce type d'évaluation devrait décrire ce qui se passe lors du déroulement du programme et vérifier que les objectifs initiaux sont bien suivis ; vérifier que toutes les parties sont mises en œuvre comme prévu et qu'elles s'intègrent bien à l'ensemble ; s'assurer que les ressources disponibles ont bien été utilisées et étaient adaptées ; et enfin s'enquérir de ce que pensent du programme les personnes qui interviennent et celles qui en bénéficient. L'évaluation de processus nous aide à mieux comprendre la façon dont les programmes se déroulent. Elle est parfois aussi très utile lors de l'interprétation des analyses de résultats. En bref, elle peut nous « inspirer » (Parlett et Hamilton, 1978). Une telle inspiration peut provoquer un véritable discernement dont l'organisateur en éducation à la santé a parfois bien plus besoin pour améliorer ses programmes que des informations lui permettant de savoir si les objectifs préétablis sont atteints ou non.

## LES SIGNES DU SUCCÈS

Bon nombre d'auteurs se sont exprimés à propos du manque d'information sur l'efficacité de l'éducation à la santé à l'école et sur l'absence de rigueur méthodologique de beaucoup d'études. (May, 1991 ; Peters et Paulussen, 1994 ; Tones et Tilford, 1994 ; Oakley, 1995). Nous n'avons pas l'intention ici de faire une revue systématique des interventions d'éducation à la santé dans les écoles, mais plutôt de présenter quelques exemples significatifs.

*L'Évaluation de l'Éducation à la Santé à l'École* (School Health Education Evaluation — SHEE) (Connell *et al.*, 1985) est une étude primordiale ayant impliqué quelque 30 000 enfants dans 1 071 classes de 20 états des États-Unis d'Amérique. Elle utilise la méthode des mesures avant-après avec comparaison à des écoles témoins. Elle porte sur quatre principaux domaines d'apprentissage : les connaissances spécifiques, les connaissances générales, les attitudes en général, les compétences et les pratiques déclarées (7). Chez les élèves qui ont bénéficié du programme d'éducation à la santé on note en matière de santé une amélioration de leurs connaissances, des attitudes plus positives et une amélioration des compétences et pratiques déclarées. On constate aussi que les élèves n'ayant pas bénéficié du programme

d'éducation à la santé ont été proportionnellement trois fois plus nombreux que les autres à déclarer avoir commencé à fumer. Parmi les différents domaines d'intérêt de cette étude, les connaissances apparaissent comme les plus facilement influencées, suivies par les pratiques et ensuite les attitudes qui requièrent plus de temps scolaire pour provoquer un changement significatif. Dans tous les domaines, il y a une relation entre le nombre d'heures consacrées en classe et les résultats obtenus, et bien que des gains plus importants soient obtenus pour les connaissances, les trois types de paramètres atteignent généralement des niveaux stables à partir de 50 heures de classe.

Un résultat supplémentaire important de l'étude SHEE est l'augmentation de l'impact des programmes de santé dans les écoles où ceux-ci ont été réalisés de façon complète. Une formation des enseignants et la disposition d'outils pédagogiques de soutien contribuèrent favorablement à la mise en œuvre complète et fidèle du programme, c'est-à-dire au fait que les enseignants suivent exactement les recommandations pour la mise en œuvre du programme. La relation entre la formation des enseignants, la mise en œuvre complète des programmes et une plus grande efficacité a été retrouvée dans l'évaluation d'une autre étude connue sous le nom de *Modules de Formation en Santé des 10 - 20 ans* (Teenage Health Teaching Modules) (Gold et al., 1991). Cette évaluation à grande échelle au niveau de l'école secondaire mentionne aussi que les résultats les plus importants concernent les connaissances et dans une moindre mesure l'amélioration des attitudes et des comportements, telle que l'utilisation avouée d'alcool et de drogues illicites.

Dans le cadre d'un grand projet de synthèse d'évaluations réalisé par l'Union Internationale d'Éducation et Promotion de la Santé (International Union for Health Promotion and Education - IUHPE) (IUHPE, 1995), Peters et Paulussen (1994) ont fait le compte rendu de douze études d'évaluation de la santé à l'école portant sur différents problèmes de santé. La plupart des programmes présentaient quelques résultats positifs. L'amélioration des connaissances à court terme est retrouvée dans toutes les études qui avaient considéré ce paramètre comme critère de jugement. Mais cette amélioration n'a pas conduit nécessairement à des changements de comportement. Les attitudes et les croyances furent plus difficiles à influencer. Huit études sur dix mesurant le changement de comportement ont trouvé quelques effets à court terme. Mais celles qui ont entrepris des évaluations à long terme ont eu tendance à montrer une diminution de l'effet avec le temps. Un changement de comportement à long terme fut maintenu dans un seul programme, qui était intégré dans une approche communautaire plus large. Le fait de réaborder des questions au cours des années scolaires suivantes constitue une solution possible pour maintenir les effets initialement obtenus. Les approches visant les normes sociales et le renforcement social par le développement des capacités de résistance à la pression sociale ont semblé plus prometteuses pour les interventions auprès des élèves plus âgés en ce qui concerne le tabagisme, la toxicomanie, et les comportements sexuels à risque. Dans le cadre du même grand projet de synthèse d'évaluations de l'IUHPE, Andrien (1994) a réalisé un compte rendu de programmes d'éducation nutritionnelle dans lequel il remarque que l'éducation nutritionnelle à l'école est parvenue à améliorer les connaissances, dans quelques cas les attitudes, mais rarement les comportements.

*Peters et Paulussen (1994) font remarquer aussi la pauvreté de l'information sur l'évaluation formative et sur le degré d'acceptation et de réalisation des programmes.*

De ce point de vue, on peut signaler l'évaluation de deux programmes d'éducation sur le tabagisme à l'école réalisée par Nutbeam *et al.* (1993). Cette évaluation ne parvient pas à mettre en évidence une différence significative entre les groupes bénéficiant (i) d'un des programmes, (ii) des deux programmes, ou (iii) d'aucun programme, en ce qui concerne les comportements tabagiques, les connaissances, les croyances et les valeurs. Ces résultats sont surprenants du fait que les deux types d'approche utilisés, fondés sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1976), avaient fait précédemment la preuve de leur efficacité en retardant l'entrée dans le tabagisme des adolescents et en parvenant à abaisser le niveau de consommation de tabac. Comme nous l'avons signalé précédemment à propos de l'erreur de Type III, le danger ici est d'attribuer l'absence de résultat apparent à l'inefficacité de ce type d'approche plutôt qu'à une mise en œuvre inadéquate et mal encadrée du programme. Cela met l'accent sur la nécessité de contrôler la mise en œuvre d'un programme.

À propos d'un programme de prévention du tabagisme auprès d'élèves de 13 à 15 ans, faisant partie du Projet Jeunes de Carélie du Nord, Vartiainen *et al.* (1990) signalent les résultats peu significatifs de l'enquête de suivi sur 8 ans des effets comportementaux. Les enquêtes réalisées immédiatement après le programme et 4 ans plus tard ont montré un tabagisme moins important chez les jeunes ayant participé au programme. Les résultats à 8 ans sont cependant significatifs dans le cas d'une combinaison de programmes scolaires et communautaires ayant été efficace en incitant les jeunes non-fumeurs à ne pas commencer. D'autres aspects de ce projet ont aussi permis de renforcer l'idée selon laquelle l'éducation à la santé à l'école a plus de chances d'être efficace dans le contexte d'un environnement favorable et d'une action de soutien communautaire. Par exemple quelques heures d'éducation nutritionnelle sont apparues suffisantes pour avoir un impact sur les habitudes nutritionnelles à condition d'être accompagnées par des efforts de la communauté scolaire et un changement de la composition des repas scolaires (Puska *et al.*, 1982).

Arborelius et Bremberg (1988) citent plusieurs facteurs pouvant expliquer partiellement l'incapacité de l'éducation à la santé traditionnelle à l'école d'obtenir des résultats comportementaux : l'objectif purement cognitif de la plupart des enseignements en classe ; les contenus reflétant surtout les priorités des adultes et la participation non volontaire des enfants. Pour contrebalancer ces difficultés, ils préconisent une approche cohérente centrée sur l'élève et ont développé un programme de conseil de santé dans lequel les élèves peuvent participer de façon volontaire et établir leurs propres objectifs. L'évaluation a été conduite selon un modèle quasi expérimental (8) avec mesures avant-après et groupe témoin. Une amélioration statistiquement significative a été obtenue dans le groupe expérimental en ce qui concerne la clarification des questions individuelles de santé, les activités déclarées mettant en valeur la santé et l'estime de soi.

Beaucoup de programmes d'éducation à la santé utilisent des combinaisons de différentes approches et stratégies éducatives. Dans une étude sur les programmes de prévention à l'école de l'usage des toxiques, Hanssen (1992) montre que les perspectives les plus importantes en matière de prévention semblent résider dans les programmes généraux à visée sociale qui utilisent des approches multiples. Les composantes sociales impliquant l'identification du sujet et la capacité de résister à la pression des pairs ont

participé à la réussite de plusieurs de ces programmes. Cependant du fait que les études prises en compte utilisaient des stratégies multiples, il n'est pas possible de savoir si l'efficacité est due à la combinaison des stratégies employées ou à la présence de composantes essentielles. Kirby *et al.* (1994) mettent aussi l'accent sur la nécessité de recherches supplémentaires pour identifier les caractéristiques les plus importantes des programmes scolaires efficaces dans la réduction des comportements sexuels à risque.

Bremberg (1991), dans une étude de l'effet de l'éducation à la santé à l'école, conclut en précisant les caractéristiques les plus importantes des programmes ayant été efficaces en terme d'amélioration de comportements de santé. Parmi ces caractéristiques il y a les questions d'organisation du cadre éducatif telles que : le temps alloué ; la taille des classes et l'opportunité d'activités en petits groupes ou de conseils individualisés de façon à personnaliser l'apprentissage ; enfin le fait de ne pas restreindre l'enseignement et l'apprentissage au seul domaine cognitif. Des objectifs de comportements bien définis et l'utilisation de théories appropriées comme en particulier la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1976) dans l'élaboration des programmes contribuent au succès de ceux-ci au même titre que les activités en relation avec l'environnement et la communauté.

Allensworth (1994) a parcouru la littérature pour identifier les différentes façons de faire à l'école permettant d'accroître l'efficacité de l'éducation à la santé. Il parvient aux suggestions suivantes :

- utiliser plusieurs théories et modèles complémentaires lors de l'élaboration des programmes éducatifs ;
- utiliser une combinaison de plusieurs stratégies éducatives ;
- utiliser des méthodes d'enseignement adaptées aux objectifs éducatifs et qui encouragent une participation active des élèves ;
- mettre l'accent en priorité sur les comportements en relation avec la santé ;
- viser ces compétences générales qui sont pertinentes pour plusieurs problèmes de santé ;
- élargir le champ des programmes de santé à l'école pour prendre en considération un large éventail d'activités scolaires orientées vers la santé et intégrant des programmes de santé communautaires ;
- coordonner le programme d'éducation à la santé avec l'ensemble des activités de l'école (ce qui revient dans le contexte de l'Éducation Nationale française à envisager l'éducation à la santé intégrée dans le « projet d'établissement ») ;
- établir une coordination entre l'école et la communauté environnante (le public, les collectivités locales et les différents organismes publics ou privés) ;
- obtenir le soutien et l'implication des parents d'élèves.

Le concept d'école « promotrice de santé » a au cours des dix dernières années développé et donné corps à ce genre d'idées. Cependant dans notre inventaire de tous les facteurs participant au succès de l'éducation à la santé, nous devons reconnaître que l'école ne représente qu'un des multiples paramètres susceptibles d'influencer le comportement des jeunes en relation avec la santé. Nutbeam (1995) attire l'attention sur l'effet du prix des cigarettes et de la publicité pour le tabac sur le tabagisme des jeunes, en faisant remar-

quer que ces deux paramètres échappent au contrôle de l'école. En clair, l'éducation à la santé à l'école a plus de chance d'être efficace si elle prend place dans un contexte favorable plus large (politique, économique, réglementaire, etc.) et si hors de l'école les jeunes reçoivent, des différentes sources possibles, des messages cohérents et non pas des informations contradictoires.

## LES ÉCOLES PROMOTRICES DE SANTÉ

Le développement du concept d'école promotrice de santé (*Health Promoting School*) est un principe fondamental qui oriente le mouvement européen d'éducation à la santé (Williams et Jones, 1993). Bien que conçu comme une entité globale, ce concept peut être envisagé à travers trois aspects interdépendants comme l'illustre la figure 3 : les activités en classe, le milieu plus large dans lequel se situe l'école et les liens avec les parents d'élèves et la communauté environnante.

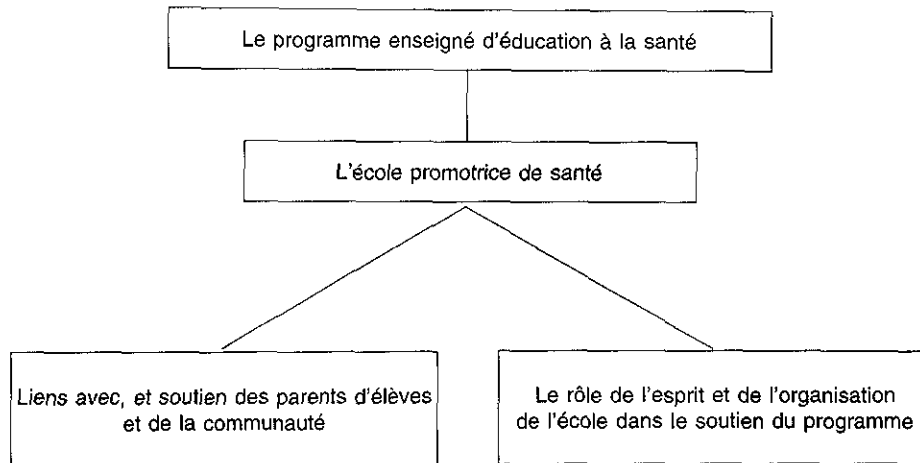


Figure 3. — L'école promotrice de santé

### La classe

L'éducation à la santé peut figurer dans le programme de nombreuses façons. Dans certaines écoles (9) l'éducation à la santé peut apparaître comme un moment régulièrement inscrit dans l'emploi du temps, elle peut aussi être enseignée en tant que partie d'autres matières telles que les sciences ou à travers des thèmes de santé. Dans d'autres cas l'éducation à la santé peut être incluse dans le programme de morale ou, bien sûr, intervenir dans une combinaison de toutes ces approches. Ce qui est peut-être plus important que son mode de mise en œuvre, c'est le fait que l'éducation à la santé doit être planifiée et coordonnée à travers tout le programme et que

les questions soient introduites à la bonne étape dans le développement de l'enfant et de l'adolescent puis réabordées à des moments clés à travers ce qu'on appelle un programme en spirale.

Le choix de méthodes pédagogiques et de matériel appropriés est crucial. Les méthodes d'apprentissage actif incitent les élèves à s'engager dans le processus d'apprentissage et les méthodes fondées sur l'expérimentation (par l'élève) permettent d'intégrer cet apprentissage dans le vécu passé et futur comme l'indique la figure 4 inspirée d'Anderson (1988) et fondée sur l'argumentation bien connue de Kolb en faveur de l'apprentissage par l'expérimentation (Kolb *et al.*, 1971).

Les méthodes sélectionnées doivent aborder les valeurs, les attitudes et les compétences aussi bien que les connaissances, et l'utilisation d'une grande variété de méthodes fera appel aux différentes façons d'apprendre des élèves.

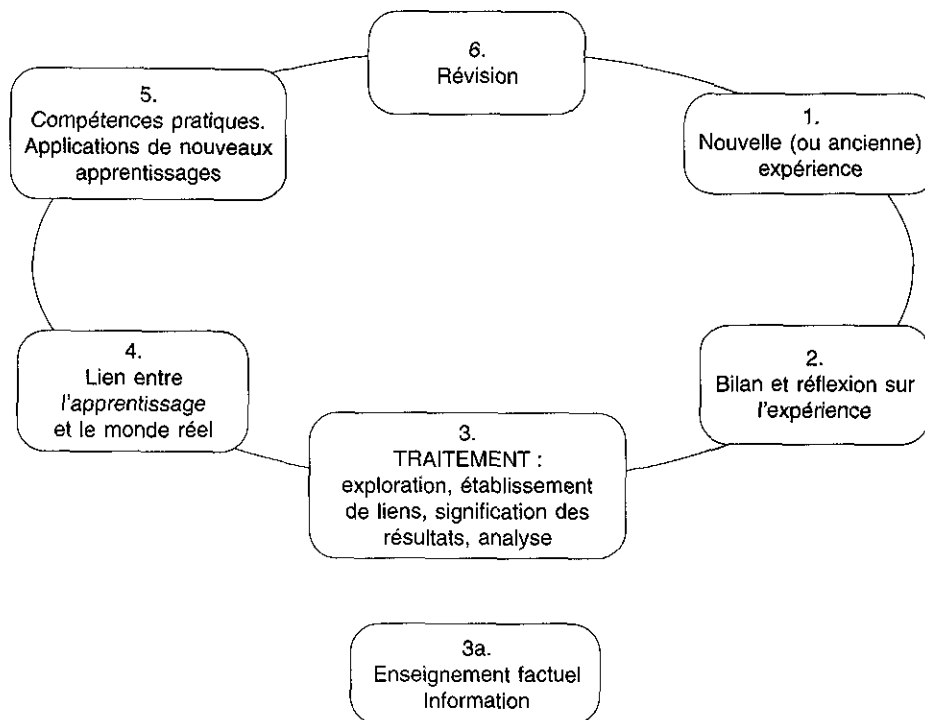


Figure 4. — Le cycle d'apprentissage par l'expérimentation

### Le milieu scolaire

Bien que quelques enseignants, à cause de la discipline qu'ils enseignent ou de leur intérêt personnel, puissent considérer que l'éducation à la santé leur revient de droit plus qu'à d'autres, l'équipe éducative tout entière doit être obligatoirement impliquée dans l'élaboration d'un environnement favo-

nable à l'éducation à la santé. Les orientations de l'école en matière de nutrition, de tabagisme et d'intimidation (de certains élèves par d'autres) feront que les pratiques à l'intérieur de l'école renforceront les apprentissages en classe à travers une expérience concrète et directe. En bref l'environnement matériel créé dans l'école aura un impact immédiat sur la santé et la sécurité de ceux qui y travaillent et y étudient. Mais notons que l'environnement psychosocial est aussi important. La qualité des relations au sein de l'équipe éducative, entre l'équipe éducative et les élèves, entre les élèves eux-mêmes, contribuera à l'esprit de l'école. Enfin l'estime de soi ne peut se développer que si l'école est organisée de sorte que tous les élèves puissent avoir la possibilité de faire l'expérience du succès.

### **Famille et Communauté**

La famille est reconnue comme le principal élément de la socialisation des enfants. Sans le soutien de leur famille il est difficile pour les élèves de mettre en œuvre effectivement des choix faits en ce qui concerne le régime alimentaire ou d'autres aspects de leur mode de vie. Comme nous l'avons signalé plus haut l'éducation à la santé à l'école a plus de chance d'être efficace si elle est soutenue par des initiatives de la communauté. Inversement l'école peut être plus confiante quant à son engagement dans des initiatives en éducation à la santé et devenir une école promotrice de santé si elle sait que sa démarche sera reconnue et valorisée par la communauté locale. En effet la communauté locale peut générer une forte motivation pouvant provoquer le changement.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Commission des Communautés Européennes et le Conseil de l'Europe soutiennent actuellement un réseau d'écoles promotrices de santé. Dans chaque pays il y a un coordinateur et toutes les écoles du réseau se sont engagées à atteindre les dix principaux objectifs suivants.

- **Fournir un environnement promouvant la santé** à travers les locaux, les aires de jeux, les moyens offerts de restauration, les mesures de sécurité, etc., pour tous ceux qui travaillent et apprennent dans l'école.
- **Promouvoir le sens de la responsabilité individuelle, familiale et communautaire** en matière de santé.
- **Encourager les modes de vie sains** et offrir aux enfants et à l'équipe éducative une palette de choix en matière de santé qui soient réalistes et attirants.
- **Rendre les élèves capables de réaliser leur potentiel physique, psychologique et social** et promouvoir leur estime de soi.
- **Présenter des objectifs clairs** pour la promotion de la santé et de la sécurité pour l'ensemble de toute la communauté scolaire (élèves et adultes).
- **Favoriser de bonnes relations au sein de l'équipe éducative, entre élèves, entre enseignants et élèves** et des liens étroits entre l'école, la famille et la communauté.
- **Exploiter les ressources fournies par la communauté** pour soutenir les actions de promotion à la santé.
- **Organiser un programme d'éducation à la santé cohérent** avec des méthodes éducatives qui engagent activement l'élève.

• **Doter les élèves des connaissances et des compétences** dont ils ont besoin pour faire des choix sensés quant à leur santé personnelle et pour préserver et améliorer un environnement physique sain et sûr.

• **Avoir un point de vue assez large des services de santé scolaire** comme ressource éducative pouvant aider l'enfant à devenir un « consommateur avisé de soins de santé » (WHO, CE, CEC, 1993).

Faisant suite à notre propos précédent sur le besoin d'indicateurs intermédiaires et indirects du succès, le plan en dix points présenté ci-dessus fournit des indicateurs indirects de succès utilisables tels quels.

Par exemple, considérant le premier des dix points, nous pourrions envisager de vérifier si :

- les toilettes et les vestiaires sont bien entretenus ;
- l'école dispose d'un agent capable d'assurer les soins de première urgence et avec une qualification régulièrement réactualisée ;
- l'école n'est pas encombrée de détritits et de graffitis.

L'évaluation à travers les trois directions (les programmes de formation, l'environnement et le milieu scolaire et enfin les liens avec la famille et la communauté) sera assurément essentielle pour apprécier les progrès vers un statut d'école promotrice de santé. Des protocoles standardisés pour l'évaluation des écoles promotrices de santé sont d'ailleurs actuellement en cours de réalisation par le projet EVA basé à Bruxelles.

Quelques écoles ont déjà intégré les principes présentés ci-dessus, alors que pour les autres un changement peut être requis comme développer, mettre en œuvre de nouvelles stratégies et obtenir l'engagement de toute la communauté scolaire pour devenir des écoles promotrices de santé. La formation initiale et la formation continue des enseignants a indiscutablement un rôle à jouer dans ce processus. En dernier lieu la motivation des écoles à développer leurs capacités de promotion de la santé découlera de l'acceptation par les éducateurs et par la société en général que ces capacités sont utiles, que les objectifs de santé sont légitimement du ressort de l'éducation, et constituent une partie essentielle du rôle de l'école en contribuant au développement de cette génération et de celles à venir.

Jackie Green,  
Maître de conférences en éducation à la santé  
Metropolitan University of Leeds (Grande-Bretagne)

Keith Tones,  
Professeur  
Metropolitan University of Leeds (Grande-Bretagne)

Jean-Claude Manderscheid  
PRAG et Médecin de Santé Publique  
Université de Montpellier I

## NOTES

- (1) Le mot valeur est pris ici au sens de ce qui a de l'importance dans et pour l'école et donc de ce qui est valorisé. Cela peut être par exemple la réussite scolaire ou la confiance en soi ou l'estime de soi ou d'autres choses encore.
- (2) Ce terme « empowerment » que nous traduisons par « autonomisation » renvoie au principe selon lequel il faut donner à l'enfant les outils (le moteur, la force, l'énergie) qui lui permettent de vouloir et savoir faire ses propres choix, et pouvoir les mettre en œuvre afin de se réaliser pleinement. En un mot il s'agit d'aider l'enfant à devenir un acteur à tous points de vue autonome.



- (3) Le *internal locus of control* peut être considéré comme le sentiment qu'a le sujet que le contrôle d'une situation dépend de lui (*internal locus*) et n'est pas étranger à sa volonté (*external locus*). Nous pourrions traduire l'expression par « sentiment d'un contrôle personnel » par opposition à « sentiment d'un contrôle étranger à soi » pour « *external locus of control* ».
- (4) La notion de « *self-efficacy* » est issue des théories de Bandura (1976, 1986) et reprises par d'autres auteurs tels que Strecher (1986). Cette notion se fonde sur l'hypothèse que le comportement du sujet est influencé par ses attentes, ses espérances (ce qu'il attend comme effet de ses gestes et comportements) et par ses incitations liées à la valeur qu'il accorde aux choses. La notion de « *self-esteem* » vue plus haut n'est pas étrangère à celle de « *self-efficacy* » qui d'une certaine manière l'intègre. Ces différentes notions d'origine nord-américaine ont été présentées dans des articles en langue française, entre autres par Godin (1991) et Manderscheid (1994). Signalons aussi que l'ouvrage de Bandura (1976) a été traduit en français en 1980 sous le titre « L'apprentissage social » aux éditions Pierre Mardaga à Bruxelles.
- (5) « *Lifeskill* » se traduit littéralement par « les compétences pour la vie », « les compétences utiles à la vie ». Il s'agit des compétences qui permettent de gérer sa vie au mieux comme par exemple le fait d'être capable de trouver une information, d'être capable de prendre des décisions, d'être capable de s'adapter à une situation nouvelle, etc.  
L'acquisition de ce type de compétences est un élément essentiel dans les nouvelles approches en éducation à la santé comme l'approche par l'autonomisation du sujet.
- (6) La prévention a pour objet de prévenir les méfaits causés par les maladies. En épidémiologie on distingue trois grands types de prévention :
- La **prévention primaire** vise à limiter, voire supprimer les « facteurs de risques » favorisant l'apparition de la maladie. On peut citer par exemple les campagnes ou les programmes éducatifs qui aident les jeunes à ne pas commencer à fumer en apprenant à résister à la pression de leurs pairs, le tabac constituant ici un facteur de risques de plusieurs cancers.
  - La **prévention secondaire** intervient, alors que les facteurs de risques sont déjà présents, pour atténuer au maximum les effets d'une maladie non encore déclarée, mais fortement probable. C'est le cas par exemple des dépistages permettant un diagnostic précoce suivi d'un traitement immédiat laissant espérer de meilleurs résultats.
  - La **prévention tertiaire** intervient, après l'apparition de la maladie, pour limiter au maximum les séquelles et handicaps secondaires à celle-ci. Par exemple une bonne hygiène de vie et des exercices physiques modérés mais réguliers constituent la prévention tertiaire classique pratiquée après un infarctus du myocarde pour prévenir de nouveaux accidents.
- (7) L'expression « déclaré » ou « rapporté » (traduction de « *selfreported* ») souligne qu'on se fonde dans ce cas sur ce que déclare le sujet et non sur une réalité directement observée par l'évaluateur.
- (8) L'expression « quasi expérimental » renvoie à des modèles d'évaluation développés au début par Cook et Campbell (1979) pour répondre aux difficultés rencontrées dans les années 60 dans la mise en œuvre des modèles théoriques purement expérimentaux se prêtant assez mal à l'expérimentation chez l'homme dans le domaine psychologique et social.
- (9) Contrairement à ce qui se passe en France, au Royaume-Uni, comme dans d'autres états européens, il n'y a pas de programme scolaire très précis défini par l'autorité administrative centrale, ce qui laisse une grande liberté à chaque établissement.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALLENSWORTH D.D. (1994). — The Research Base for Innovative Practices in School Health Education at the Secondary Level. *Journal of School Health*, vol. 46, n° 5, p. 180-187.
- ANDERSON J. (1988). — **HEA Health skills project : training manual**. Leeds : Counselling and Career Development Unit, University of Leeds.
- ANDERSON J., BEELS C., POWELL D. (1994). — **Health Skills for Life**. Walton on Thames : Nelson.
- ANDRIEN M. (1994). — **Nutrition a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion**. Dutch Centre for Health Promotion and Health Education and International Union for Health Promotion and Education/EURO.
- ARBORELIUS E., BREMBERG S. (1988). — « It is YOUR decision ! » Behavioural effects of a student-centred health education model at school for adolescents. *J. Adolescence*, n° 11, p. 287-297.
- BANDURA A. (1976). — **Social Learning Theory**. New Jersey : Prentice Hall.
- BANDURA A. (1986). — **Social Foundation of Thought and Action. A social Cognitive Theorie**. New Jersey : Prentice Hall.
- BEAUVOIS J.-L., JOULE R.-V. (1992). — Engagement et prévention en milieu scolaire. *Santé Publique*, 4è année, n° 1, p. 20-22.
- BOTVIN G.J., ENG A., WILLIAMS C.L. (1980). — A comprehensive school-based smoking prevention program. *Journal of School Health*, n° 50, p. 209-213.
- BREMBERG S. (1991). — Does School Health Education Affect the Health of Students ? A Literature Review. In NUTBEAM D. et al. (1991), **Youth Health Promotion**, London : Forbes.
- BROOK, LOHR (1985). — Efficiency, effectiveness, variations and quality. *Medical Care*, n° 23, p. 710-722.
- CONNELL D.B., TURNER R.R., MASON E.F. (1985). — Summary of Findings of the School Health Education Evaluation : Health Promotion Effectiveness, Implementation and Costs. *Journal of School Health*, vol. 55, n° 8, p. 316-321.

- COOK T.D., CAMPBELL D.T. (1979). — **Quasi-Experimentation. Design & Analysis Issues for Field Settings.** Boston : Houghton Mifflin Company.
- FRENCH J., ADAMS L. (1986). — From analysis to synthesis : Theories of health education. **Health Education Journal**, vol. 45, n° 2, p. 71-74.
- GODIN G. (1991). — L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. **Sciences Sociales et Santé**, vol. IX, n° 1, p. 67-94.
- GOLD R., PARCEL G., WALBERG H., LUEPKER R., PORTNOY B., STONE E. (1991). — Summary and conclusions of the THTM evaluation. **Journal of School Health**, vol. 61, n° 1, p. 39-42.
- GREEN L. (1984). — Health education models. In MATARAZZO J., WEISS S., HERD J., MILLER N. **Behavioural Health.** New York : John Wiley and Sons.
- HANSEN W.B. (1992). — School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in the curriculum, 1980-1990. **Health Education Research Theory and Practice**, vol. 7, n° 3, p. 403-430.
- IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) (1995). — **Improvement of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion : a Series of Publications and a Database.** Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, PO Box 5104, JC Utrecht, Netherlands.
- KIRBY D., SHORT L., COLLINS J., RUGG D. KOLBE L., HOWARD M., MILLER B., SONENSTEIN F., ZABIN L.S. (1994). — School-based programmes to reduce sexual risk behaviours : a review of effectiveness. **Public Health Rep** (United States), vol. 109, n° 3, p. 339-360.
- KOLB D.A., RUBIN I.M., McINTYRE J.M. (1971). — **Organisational Psychology : An Experiential Approach.** London : Prentice Hall.
- MANDERSCHIED J.-C. (1992). — La production d'idées nouvelles, un des grands défis de la santé publique. **Santé Publique**, 4è année, n° 1, janvier, p. 14-19.
- MANDERSCHIED J.-C., GUILLAUME J.-M., BRES R., ROUGE A. (1992). — Éducation pour la santé et sida. Un essai comparatif avec tirage au sort. **Hygié**, vol. XI, n° 4, p. 26-32.
- MANDERSCHIED J.-C. (1994). — Modèles et principes en éducation pour la santé. **Revue Française de Pédagogie**, n° 107, p. 81-96.
- MAY C. (1991). — Research on alcohol education for young people : a critical review of the literature. **Health Education Journal**, n° 50, p. 195-199.
- NUTBEAM D., MACASKILL P., SMITH C., SIMPSON J.M., CATFORD J. (1993). — Evaluation of two smoking education programmes under normal classroom conditions. **British Medical Journal**, n° 306, p. 102-107.
- NUTBEAM D. (1995). — Exposing the myth. What schools can and cannot do to prevent tobacco use by young people. **Promotion Education**, vol. II, n° 1, p. 11-14.
- OAKLEY A., FULLERTON D., HOLLAND J. ARNOLD S. FRANCE-DAWSON M., KELLEY P., MCGRELLIS (1995). — Sexual health interventions for young people : a methodological review. **British Medical Journal**, vol. 310, p. 158-162.
- PARLETT M., HAMILTON D. (1978). — Evaluation as illumination : a new approach to the study of innovatory programmes. In HAMILTON D. et al. (eds) **Beyond the Numbers Game.** London : Macmillan.
- PETERS L., PAULUSSEN T. (1994). — **School Health a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion.** Dutch Centre for Health Promotion and Health Education and International Union for Health Promotion and Education/EURO.
- PUSKA P., VARTIAINEN E., PALLONEN U. (1982). — The North Karelia Project : evaluation of two years of intervention on health behaviour and CVD risk factors among 13 to 15 year old children. **Preventive Medicine**, n° 11, p. 550-570.
- RAWSON D., GRIGG C. (1988). — **Purpose and Practice in Health Education.** London : Southbank Health Education Research (Polytechnic of the South Bank).
- RAWSON D. (1992). — The growth of Health promotion theory and its rational reconstruction. In BUNTON R. and McDONALD, **Health Promotion : disciplines and diversity.** London : Routledge.
- STRECHER V., Mc EVOY DE VELLIS B., BECKER M.-H., ROSENSTOCK I.-M. (1986). — The role of self-efficacy in achieving health behavior change. **Health Education Quarterly**, vol. 13, n° 1, p. 73-91.
- TACADE (1986). — **Skills for Adolescence.** Manchester : Tacade.
- TACADE (1990). — **Skills for the Primary School Child.** Manchester : Tacade.
- TONES B.K. (1992). — Health promotion, empowerment and the concept of control. In **Health education : politics and practice.** Victoria, Australia : Deakin University Press.
- TONES B.K., TILFORD S. (1994). — **Health Education : effectiveness, efficiency and equity.** London : Chapman and Hall.
- TONES B.K. (1995). — Health education as empowerment. In **Health Promotion Today.** London : Health Education Authority.
- VARTIAINEN E., FALLONEN U., McALISTER A.L., PUSKA P. (1990). — Eight-Year Follow-Up Results of an Adolescent Smoking Prevention Program : The North Karelia Youth Project. **American Journal of Public Health**, vol. 80, n° 1, p. 78-79.
- WILLIAMS M., YOUNG I. (eds) (1993). — **Promoting the health of young people in Europe. Health education in schools : a training manual for teachers and others working with young people.** Prepared for the Edinburgh Seminar November 1993. WHO HEBS.
- WILLIAMS T., JONES H. (1993). — School health education in the European community. **Journal of School Health**, vol. 63, n° 3, p. 132-135.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1978). — **Primary Health Care : Report of the Conference on Primary Health Care.** Geneva : WHO
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1986). — **Ottawa Charter for Health Promotion.** Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANISATION, Council of Europe, Commission of the European Communities (1993). — **The European Network of Health Promoting Schools.** Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.