

## Chapitre 11

# Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ?

---

*Yaëlle Amsellem-Mainguy*

« La question de la santé des jeunes retient aujourd'hui l'attention de l'ensemble des pouvoirs publics : des collectivités locales à l'Europe en passant par les agglomérations, les pays, les départements et les régions, tous les échelons de décision déclarent s'intéresser à cette question. De même, de nombreuses structures dédiées à la jeunesse incluent à présent la dimension de la santé dans leurs actions (établissements scolaires, centres d'information jeunesse, missions locales, foyers de jeunes travailleurs, etc.) et la création de nouveaux dispositifs spécialisés est fréquente (points d'accueil et d'écoute jeunes, maisons des adolescents, par exemple). À l'inverse, des dispositifs de santé jusqu'alors généralistes développent des actions plus systématiques en direction du public "jeunes" ; il en est ainsi, notamment, des équipes mobiles de psychiatrie, des permanences d'accueil et de soins à l'hôpital, de l'animation territoriale en santé, des ateliers santé ville ou bien encore des centres d'accueil bas seuil. » (Amsellem-Mainguy et Loncle 2010)

Comme l'explique par ailleurs Patrick Peretti-Watel :

« la santé est aujourd'hui déclinée dans tous les domaines : un élève qui a des mauvaises notes est en "mauvaise santé scolaire", de même qu'un homme qui n'est pas satisfait de ses érections peut se juger en "mauvaise santé" sexuelle. La santé, ce serait donc le bonheur. [...] Dans ce contexte, lorsque les campagnes de prévention font la promotion des « bons » comportements de santé (alimentation équilibrée, exercice physique, etc.) et luttent contre les « conduites à risque » (tabagisme, abus d'alcool, usage de drogues illicites, etc.), cette opposition entre conduites saines et malsaines acquiert nécessairement une dimension morale (le malsain, étymologiquement, est d'ailleurs à la fois ce qui est nuisible à la santé et contraire à la morale). [...] S'agissant en particulier des conduites à risque juvéniles, les campagnes de prévention sont très probablement influencées par une conception stéréotypée du "jeune". » (Peretti-Watel 2010)

Les politiques de santé en direction des jeunes (16-25 ans) se construisent encore très majoritairement à partir de représentations liées aux risques associés à cette classe d'âge, au détriment d'une approche portant sur les « ressources et les aspirations de la jeunesse » quant à leurs questions de santé. Si cet aspect montre la faiblesse de la participation effective des jeunes à l'élaboration des politiques publiques les concernant, il suscite aussi chez eux le sentiment d'être stigmatisés par la société « adulte », ce qui peut entraîner une « méfiance », voire une « défiance » vis-à-vis des actions mises en œuvre par les professionnels. Bien que cette « distance entre société adulte et jeune » sous ses différentes modalités (représentations des jeunes, faible participation à l'espace politique) ne soit pas propre au seul champ de la santé, il apparaît nécessaire de proposer des modalités alternatives de prévention et d'éducation pour la santé en direction des jeunes répondant au mieux à leurs attentes et besoins. En ce sens, l'éducation pour la santé par les pairs (« *peer-education* ») peut constituer une réelle opportunité pour réduire cet « écart » et contribuer à limiter le développement des inégalités sociales de santé.

Développant son analyse dans le cas du sida, Florence Maillachon (2000) suggère ainsi que

« la projection des jeunes au centre du dispositif préventif serait le résultat d'un syncrétisme entre épidémiologie, sociologie et psychologie. Ce syncrétisme serait parvenu à associer à une tranche d'âge, qui définit la jeunesse comme simple catégorie démographique, l'idée d'une nature propre aux jeunes, nature qui serait pétrie d'irresponsabilité, d'insouciance, d'influençabilité, d'hostilité à l'égard de la société adulte, et qui se manifesterait par des provocations, des transgressions et des prises de risque délibérées. »

C'est dans ce contexte que les actions de prévention par les pairs sont menées aujourd'hui, un peu partout sur le territoire. Pourtant, cette montée en charge inédite de la problématique de la santé des jeunes n'est pas corrélée avec une aggravation de l'état de santé des jeunes.

L'éducation pour la santé auprès des jeunes ne peut être appréhendée d'une manière unique, elle nécessite au contraire une stratégie d'interventions multiples qui prennent des formes différentes (à l'initiative des adultes dans un programme défini ou à l'initiative des jeunes à partir d'un constat partagé) et abordent les problématiques de manière variée. Toutes les réflexions menées soulignent l'importance de réfléchir sur les méthodes d'éducation pour la santé et leur diversification, en mettant l'accent sur la participation active et interactive des jeunes, l'objectif global étant de les impliquer dans leurs apprentissages, de leur permettre en quelque sorte de prendre conscience de leur capacité d'agir et d'accéder à plus de pouvoir sur leur vie (autrement dit *empowerment*). Parmi les démarches qui ont tenté de renforcer la position des jeunes en tant qu'acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé, les approches par les pairs ont le vent en poupe depuis une vingtaine d'années en France et nécessitent que l'on s'y intéresse de plus près<sup>35</sup>. De nombreux projets de

---

35. Il faut remarquer cependant le « retard » français sur cette question de l'éducation par les pairs au regard des pays anglo-saxons, par exemple, qui ont mis en œuvre ces dispositifs dès les années 1970, notamment dans le domaine de la prévention des addictions. Cette mise en œuvre faisait suite au constat des chercheurs et des acteurs de la prévention selon lequel il était plus efficace d'impliquer les jeunes et de renforcer leur compétence plutôt que d'axer les programmes uniquement sur le risque.

prévention-éducation-promotion de la santé par les pairs fleurissent en France, notamment à destination des jeunes. L'intérêt pour ce type de projet de prévention<sup>36</sup> sur différentes thématiques de santé (les addictions, l'alimentation, l'accès aux soins, la sexualité...) se développe aussi auprès de populations variées : personnes âgées, en situation de prostitution, en situation de précarité...

Si dès le départ le terme d'éducation par les pairs a été utilisé pour décrire « l'éducation des jeunes par les jeunes », derrière cette description simpliste se cache pourtant une diversité d'approches et d'enjeux (INSERM 2001). Ainsi, on peut déjà remettre en question l'idée que l'appartenance à une même classe d'âge suffirait pour définir le fait d'être pair, dans la mesure en effet où les inégalités entre jeunes sont fortes (Labadie 2012), où la diversité des parcours de vie n'est plus à démontrer et où le processus de construction identitaire passe également par l'existence de groupes d'appartenance marqués par des affinités, styles de vie, etc. parfois distincts les uns des autres.

L'approche par les pairs a initialement été utilisée pour la prévention primaire (qui agit en amont du problème de santé ou de la maladie – on y trouve par exemple la vaccination ou les actions sur les facteurs de risque). L'éducation-promotion de la santé par les pairs est à présent aussi utilisée pour la prévention secondaire (qui agit davantage à un stade précoce de l'évolution de la maladie) et la réduction des risques (le but principal étant de réduire les risques de dommages liés à la consommation de drogue). Ces actions sont aujourd'hui à concevoir de manière non concurrentielle, mais comme étant complémentaires et cumulatives.

## DÉFINITIONS

### Prévention pour la santé

La prévention comprend toutes les « actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé\* ». Les actions vont des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition de pathologies jusqu'au contrôle de leur évolution ; il peut s'agir aussi de faire disparaître les facteurs de risque et, éventuellement, de s'occuper de la réinsertion sociale des malades.

« L'éducation pour la santé doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité\*\*. »

36. Comme l'illustre l'appel à projet du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse AP2, lancé en 2010 par le ministère en charge de la jeunesse qui a donné lieu à une évaluation nationale ESPAIR (Éducation santé par les pairs) conduite par Éric Le Grand.

## Éducation pour la santé

« [C']est une stratégie axée principalement sur les apprentissages, qui agit sur les connaissances, attitudes, comportements, valeurs, modes de prise de décision, reliés à des objectifs de prévention, de protection ou de promotion de la santé, et aussi de réadaptation et de fidélité au traitement médical et pharmaceutique. Elle s'intéresse aussi aux contextes dans lesquels les apprentissages sont les plus favorables (relation d'aide interpersonnelle, clinique, petit groupe, auditoire de masse...)\*\*\*. »

« L'éducation pour la santé doit être considérée dans une perspective à long terme de développement des capacités individuelles et collectives pour assurer l'amélioration tant de la longévité que de la qualité de la vie. [...] Elle ne doit pas se contenter d'une information sur les risques – encore que cette étape de sensibilisation soit nécessaire – mais doit s'assigner au moins comme objectif de provoquer chez les individus des modifications notables d'opinions et d'attitudes et, mieux encore, de voir s'exprimer des désirs de changement de comportements, assortis d'une élévation du niveau d'aptitude à les opérer\*\*\*\*. »

## Promotion de la santé

La définition de la promotion de la santé se réfère au texte de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986\*\*\*\*\*, émanation de l'Organisation mondiale de la santé :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. »

\* Définition proposée par la banque de données en santé publique : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

\*\* Plan national d'éducation pour la santé, ministère délégué à la santé, présenté en Conseil des ministres en février 2001.

\*\*\* « La promotion de la santé comme perspective », *Santé Société*, coll. « Promotion de la santé », Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 9.

\*\*\*\* Lévy É., *L'éducation pour la santé*, avis du Conseil économique et social, Paris 1982, p. 858.

\*\*\*\*\* [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Chapter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Chapter_F.pdf)

## « PRÉVENTION PAR LES PAIRS » OU « ÉDUCATION PAR LES PAIRS » ?

La Commission européenne définit l'éducation par les pairs de la façon suivante :

« Cette approche éducationnelle fait appel à des pairs (personnes de même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. L'éducation par des pairs est une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation à la santé traditionnelles. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, l'impact est plus grand que d'autres influences. »

L'approche par les pairs s'inscrit dans l'idée de symétrie mais également de réciprocité et d'égalité. En d'autres termes, l'attrait de cette approche repose sur la construction d'une dynamique relationnelle au sein de laquelle il y a le pari de la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervenant et celui qui porte le rôle de destinataire (ou bénéficiaire). Cette approche se fonde sur le constat de l'importance du groupe de pairs sur le processus de construction identitaire, notamment à l'adolescence, à travers la construction de normes communes, de pratiques prescrites et prosrites, et plus généralement sur la socialisation. La famille et l'école n'interviennent pas seules dans le processus de socialisation et transmettent des normes parfois contradictoires. Dans ce contexte, les jeunes sont attentifs au regard de leurs pairs mais aussi aux messages largement diffusés par les médias, qui participent également à leur socialisation. Autrement dit, les jeunes composent avec les différentes instances de socialisation (famille, école, pairs...), malgré des discours pas toujours convergents, ce qui permet de comprendre combien leurs représentations sont liées à une sélection des normes transmises.

Dans ce contexte, les questions d'échanges, de relations interpersonnelles sont au cœur même de cette méthode d'intervention, qui, parfois contribue à renforcer et/ou à faire émerger des communautés ou des groupes partageant les mêmes problématiques. Dès l'origine, le rôle du pair est pensé comme celui d'une personne relais qui agit dans un domaine particulier de prévention.

Initialement, l'action de prévention pour la santé par les pairs n'est pas structurée dans un cadre rigide d'attitudes, de comportements à avoir ou pas, ni fondée sur la conviction ou la persuasion, mais s'ancre au contraire dans un récit de soi qui permet de rendre compte du jeu des contraintes et des choix possibles. Cette proximité et cette authenticité sont au cœur de l'action de prévention par les pairs, ce qui est d'autant plus important que l'on sait que plus une source d'information est crédible, plus cette source paraît attractive à celui qui la reçoit.

### REPÈRES

#### Différentes formes de pairs

« Le pair est dit ainsi car il est "comme". Mais s'il est comme, comment peut-il être différent ? Comment se travaille alors le décalage nécessaire qui le maintient pair sans le faire extérieur ? Quels degrés de similitude sont nécessaires, quels autres sont néfastes, ou en trop, ou en pas assez ? Et il y a toujours, sous-jacent,

le risque du “pair-oquet”. Jeune sympathique, dynamique, prêt à toutes les bonnes actions, il devient le porteur de la parole sensée des adultes et en relaie les bonnes pratiques. Souvent, sa seule pairitude est son âge, et cela y suffit-il ? Si le pair est totalement comme moi, que peut-il m’apporter ? Mais s’il sait et s’il dit des choses pas comme moi, est-il encore moi ? Est-il alors mon pair ? Et en langage adolescent, s’il me bombarde de bonnes pratiques bien apprises de l’infirmière scolaire, c’est un bouffon, pas un pair... mais un “pair-oquet”. La place du pair serait alors plus un entre-deux entre le message et son destinataire, celle d’un passeur, plus que celle d’un porte-parole. Un “juste comme moi-pas complètement comme moi” qui sait travailler sur ce subtil décalage. » (Chobeaux 2012)

Face à cela, différentes classifications ont été proposées pour rendre compte de la diversité des approches par les pairs. Deux grandes figures peuvent être distinguées (Baudier *et al.* 1996) :

- ▶ les **pairs « multiplicateurs »** sont chargés de diffuser dans leur milieu de vie un certain nombre d’informations et de recommandations sur un thème donné ;
- ▶ les **pairs « entraidents »** sont formés pour écouter leurs camarades et éventuellement jouer un rôle de repérage (pour les jeunes présentant des problèmes) ou de relais entre ces jeunes et les personnes ou structures spécialisées.

Les récents travaux menés sur l’éducation par les pairs (Bellot et Rivard 2012) vont plus loin et montrent que l’on peut distinguer trois grands champs d’intervention par les pairs : **l’influence sociale** (où le rôle du pair est défini autour des mécanismes d’influence qu’il peut utiliser auprès de ses proches dans une logique de prévention ou de promotion de changements de comportements, d’attitudes, de valeurs) ; **la ressource sociale** (le rôle du pair se définit autour des relations d’entraide, d’échanges qu’il entretient pour assurer son bien-être et celui des autres – ici les pairs se constituent en groupe qui devient une ressource pour l’ensemble des membres) ; et **le relais social** (le pair est alors celui, en appartenant à des mondes sociaux opposés, différents, qui construit des passages symboliques ou réels entre ces mondes – ici les pairs sont des médiateurs ou des « passeurs »).

## PROXIMITÉ ET RELATION AU CŒUR DE LA DÉMARCHE

Le quotidien des jeunes est marqué par la forte et importante présence des pairs dans le processus de construction identitaire. Mais plus largement, tout comme les adultes, les jeunes s’entourent d’autres qui leur ressemblent. Cette ressemblance peut passer par l’âge (ici les adolescents ou plus largement les jeunes), le sexe, mais également par des statuts et des rôles ou encore des valeurs et des pratiques (festives) ou des consommations (groupes d’auto-support). Cependant ces éléments de proximité ne suffisent pas en soi, ils nécessitent une interaction forte, une relation choisie et reconnue mais également valorisée pour que l’autre devienne pair. À l’adolescence, en effet, les jeunes sont partagés entre l’univers familial et le groupe

de pairs, qui interviennent chacun à leur façon dans leur vie. Le groupe de pairs a d'autant plus d'importance qu'il assiste les jeunes qui se détachent peu à peu de la famille d'origine et les aide à devenir adultes ; néanmoins tout individu dispose d'une marge de manœuvre pour se construire par rapport à ses pairs. On comprend ainsi que « la notion de pair n'est pas strictement une notion statique, mais bien une notion dynamique où l'interaction entre Soi et l'Autre va définir cette ressemblance par la relation entretenue » (Bellot et Rivard 2007).

### **Être jeune d'abord, avoir un rôle précis ensuite**

C'est donc d'abord sur cette proximité – réelle et parfois supposée – que s'appuie l'approche par les pairs, mais elle va plus loin, à partir de la dynamique relationnelle, en confiant des rôles précis aux pairs. Si le pair doit être considéré comme un « pareil », un « semblable », cela implique qu'il soit proche de ceux auprès desquels il va jouer un rôle spécifique. Cette approche par les pairs implique une communication horizontale opposée aux interventions habituelles du haut vers le bas (*top-down*) des experts. Ce plus petit dénominateur commun qu'est la proximité générationnelle suffit bien souvent pour engager l'action d'intervention par les pairs. À la différence de ce qui se passe dans une intervention sociale plus « classique », il est primordial en effet pour les pairs d'être similaires, d'être reconnus comme semblables aux jeunes vers qui ils se tourneront, avant même d'avoir un rôle spécifique à jouer dans l'action de prévention à mener. Toutefois, ce n'est pas pour autant que l'interaction est évidente ou simple ensuite : dans le contexte d'intervention en milieu scolaire, force est de constater que les jeunes « pairs » doivent, par exemple, composer avec l'attentisme des autres jeunes « élèves » qui ont davantage l'habitude d'interventions plus directives. Cet attentisme – parfois constaté – est souvent lié au caractère novateur de la démarche, qui nécessite que ce type d'action s'inscrive dans la durée. En effet, il est nécessaire que les autres jeunes s'habituent à ces jeunes pairs-éducateurs et appréhendent au mieux leurs rôles.

### **Une relation basée sur l'authenticité**

La proximité entre jeunes évoquée plus haut fonctionne également sur le partage d'expériences vécues dont les jeunes sont en attente et qui constitue un atout relationnel majeur. Elle implique que les jeunes-pairs soient reconnus par les autres jeunes comme des individus authentiques, vrais, qui souhaitent rester eux-mêmes, autrement dit qui ne cherchent pas à être des modèles mais davantage des transmetteurs d'expériences et d'informations. De plus, les pairs, parce qu'ils cherchent à donner ce qu'ils ont reçu (ou au contraire parce que ça leur a manqué), contribuent à proposer des modèles positifs de jeunes qui restent eux-mêmes mais agissent pour/avec les autres. Cette authenticité favorise la possibilité de se sentir en confiance, respecté.

## **LES JEUNES PAIRS VOLONTAIRES, PRINCIPAUX BÉNÉFICIAIRES**

Le plus souvent, les pairs sont sélectionnés sur la base du volontariat, même si tous les volontaires ne sont pas retenus et qu'une sélection est opérée selon des critères

plus ou moins explicites et dépendant de chaque programme d'action et des objectifs fixés. Dans d'autres situations, les pairs sont sollicités, parce qu'ils se sont fait remarquer positivement par les adultes de l'environnement dans lequel ils vivent (enseignants, travailleurs sociaux, associations...). D'où le fait que le profil des jeunes pairs ne peut pas être établi de manière simple et uniforme, mais doit faire l'objet et être un enjeu d'une discussion entre les adultes porteurs de ces programmes.

Comme le soulignaient déjà des travaux au début des années 2000, les effets sur les jeunes sont variables, même si l'on constate une constante quant à l'enrichissement personnel pour les pairs investis (INSERM 2001). Ce sentiment de développement personnel se traduit par l'affirmation de soi, la confiance en soi ou encore la capacité à être efficace, et plus largement la capacité à être soi-même producteur de bien-être pour soi et pour autrui (en résistant aux pressions de groupe, ou encore en sachant gérer le stress et les émotions de certaines situations, pour ne citer que deux exemples). Plus largement, ils gagnent en compétences (écoute, empathie, soutien, médiation), qui pourront être transférables au moment du choix d'une orientation scolaire spécifique et/ou de l'entrée dans le monde du travail.

On peut ainsi regretter que les jeunes-pairs soient bien souvent des jeunes déjà investis, impliqués. Or si l'on retient l'exemple du cadre scolaire, les programmes d'éducation pour la santé par les pairs contribuent à l'amélioration des relations entre adultes et élèves. Lorsque les pairs sont déjà des délégués de classe, ou des représentants de la vie lycéenne, ils confortent leurs acquis et leurs connaissances, sans permettre à ceux qui sont plus en difficulté de gagner en compétences, hors des performances scolaires attendues. Pourtant, tous les travaux menés soulignent que la participation des élèves-pairs dans la vie de l'établissement a un impact positif sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et celle qu'ils renvoient, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur qualité de vie (estime de soi), leur réussite scolaire, et la diminution de l'absentéisme... La question se pose alors de savoir comment mobiliser les jeunes les plus en difficulté sur des projets d'éducation pour la santé par les pairs afin de leur permettre de valoriser d'autres compétences et, par là même, de retrouver une légitimité à leur présence dans l'enceinte scolaire. Plus largement, les jeunes en situation de vulnérabilité sont ceux qui ont le plus à gagner à devenir « pair », même ponctuellement, même si cela implique un temps et un type de formation différents. Le risque étant qu'à force de formations et de pratiques dans leur rôle de « pair », les jeunes se professionnalisent et deviennent en quelque sorte des « travailleurs-pairs » (au sens où ils deviendraient des professionnels recrutés pour leurs savoirs profanes) ou des « élèves-pairs » (répondant alors à un exercice purement académique dans le souci de bien faire et de bien se faire voir).

L'approche par les pairs en matière d'éducation/prévention/promotion de la santé ne prend de sens que si elle est construite en complémentarité avec d'autres programmes d'actions, destinés notamment à changer l'environnement immédiat du jeune (en se plaçant dans une perspective de promotion de la santé). Ainsi, si les jeunes-pairs mettent en avant les questions d'alimentation, il est nécessaire aussi de s'interroger sur l'organisation, par exemple sur l'accessibilité au restaurant scolaire. De même, si les jeunes pointent les difficultés d'accès aux soins, il peut être utile et nécessaire de s'interroger sur l'accessibilité (horaires, localisation) des soins au sein des structures qui mettent en œuvre ce type de projet. L'éducation pour la santé par les pairs ne permet aucunement de se substituer et de remplacer les professionnels et elle ne peut se suffire à elle-même, sous peine de



faire porter « une trop grande responsabilité » sur les épaules des jeunes. Les attentes des jeunes ne vont d'ailleurs pas en ce sens, car s'ils souhaitent qu'une plus grande place soit laissée aux expériences d'autres jeunes ou de personnes vivant dans leur situation, ils ne souhaitent pas pour autant que cela soit exclusif, de peur de se retrouver isolés.

## **REPÈRES : SOURCES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ**

La question de la prévention par les pairs invite à apporter quelques précisions en matière de sources d'information des jeunes sur la santé.

### **Les femmes cherchent davantage d'information que les hommes**

D'une manière générale, les femmes sont plus attentives à leur santé que les hommes, ce sont elles qui gèrent le plus souvent ces questions au sein de la famille, et internet n'a en rien modifié les comportements. C'est ainsi que les mères ont un rôle majeur dans l'information sur la santé pour les jeunes\*. Par ailleurs, on constate que les jeunes femmes sont surreprésentées quant à leur recours à des informations relatives à la santé par le biais des médias : 7 femmes sur 10 contre 1 homme sur 2 suivent des émissions sur la santé à la télévision ou à la radio\*\*. Ces constats renvoient à la répartition sexuelle des tâches domestiques, où celles dévolues aux femmes sont l'éducation et l'entretien, le soin et l'attention.

### **Une information qui passe aussi par les institutions**

Les données présentées dans l'enquête sur la sexualité en France apportent des éclairages intéressants sur les sources d'information sur la santé. Par exemple, sur la contraception, les résultats montrent que les trois principales sources citées par les jeunes femmes\*\*\* sont, dans l'ordre, l'école, la télévision et la mère ; les jeunes hommes citent l'école, la télévision et les copains. L'évolution au fil du temps est nette si on compare la jeune génération aux générations plus anciennes. Il y a un déclin relatif du groupe de pairs et des magazines féminins, qui constituaient les deux premières sources d'information pour la génération des plus de 50 ans. Le rôle de l'école s'accroît. Celui de la mère se maintient. Chez les femmes les plus jeunes, le médecin l'emporte sur les copines. Parmi les garçons en revanche, les pairs continuent à jouer un rôle spécifique\*\*\*\*.

### **Internet**

Internet s'ajoute à l'offre d'information disponible sur la santé. Du côté des pratiques des jeunes, les données du Baromètre santé 2010 (INPES) montrent que si la quasi-totalité des 15-30 ans sont des internautes, un peu moins de la moitié d'entre eux (48 %) s'est déjà connectée à internet pour des questions de santé (chercher des informations, avoir un conseil). L'usage d'internet pour la santé augmente avec l'âge : 39 % des 15-19 ans ; 50 % des 20-25 ans ; et 55 % des 26-30 ans. Ici encore, on note des disparités de genre : les jeunes femmes ayant plus tendance que les jeunes hommes à déclarer chercher de l'information sur la santé sur internet.

La légitimité de la pratique est également à interroger, tant on peut constater dans les entretiens que, pour les jeunes, c'est « un truc de meufs » \*\*\*\*\*.

Toutefois, force est de constater que si l'information contribue à modifier les connaissances et les représentations, elle véhicule également des normes. Si l'information sur la santé a comme conséquence d'attirer l'attention d'un public sur une problématique spécifique et ainsi de provoquer une prise de conscience, tous les travaux menés dans le domaine de la santé soulignent à la fois que l'information est indispensable, mais qu'informer et convaincre ne suffisent pas à entraîner une modification des comportements et des représentations.

\* Amsellem-Mainguy Y., (2006) « Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception », *Recherches familiales*, n° 3, 2006, pp. 49-59.

\*\* Baromètre santé 2010, « Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé », INPES.

\*\*\* Internet ne faisait pas partie des suggestions de réponse dans cette enquête.

\*\*\*\* Bozon M., (2008) « Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus », in Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris, pp. 118-119.

\*\*\*\*\* Amsellem-Mainguy Y., 2015, « À la fin tu penses que tu vas mourir, mais tu y retournes ! », *Jeunes, santé et Internet*, rapport d'étude INJEP (en ligne).

## RÉFÉRENCES

Amsellem-Mainguy Y. et Loncle P. (2010), « Introduction », *Agora débats/jeunesses*, n° 54, « Jeunes & santé : entre actions publiques et comportements individuels », p. 42.

Baudier F., Bonnin F., Michaud C. et Minervini M.-J. (1996), *Approche par les pairs et santé des adolescents*, Actes du séminaire international francophone, Besançon, 5-7 décembre 1994, CFES, coll. « Séminaires ».

Bellot C. et Rivard J. (2007), « L'intervention par les pairs : un enjeu de multiple reconnaissance ». Statement at the second international congress of trainers in social work and French-speaking professionals of social-action, Namur, Belgique, 3-7 juillet.

Bellot C. et Rivard J. (2012), « Québec : l'intervention par les pairs investit la promotion de la santé », *La Santé de l'homme*, n° 421, pp. 18-19.

Chobeaux F. (2012), « L'éducation par les pairs : attentes et limites », *La Santé de l'homme*, n° 421, pp. 15-16.

INSERM (2001), Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes, INSERM, coll. « Expertise collective ».

Labadie F. (dir.) (2012), *Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'observatoire de la jeunesse 2012*, La Documentation française, Paris.

Maillochon F. (2000), « Les jeunes et le sida : entre "groupe à risque" et "groupe social" », in Le Bras H. (ed.), *L'invention des populations : biologie, idéologie et politique*, Odile Jacob, Paris.

Peretti-Watel P. (2010), « Morale, stigmatisation et prévention ». La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, 3, pp. 73-85.