

Les adolescents face à l'éducation pour la santé¹

Olivier Jeanneret

Institut de Médecine sociale et préventive de l'Université et Service de santé de la jeunesse du Département de l'Instruction publique, Genève

Article soumis le 7 janvier 1970

Résumé

Dès le moment où le message de l'éducateur sanitaire s'adresse à des adolescents, il importe de tenir compte non seulement de leur psychologie, mais aussi des transformations sociologiques qui les caractérisent actuellement.

Celles-ci peuvent en partie expliquer les résistances que rencontre ce message, en particulier par l'attitude systématique critique des jeunes et leur tendance à refuser les normes admises par la société.

Pour qu'une information objective parvienne vraisemblablement à prévenir les effets nocifs sur la santé de diverses pratiques dues à la marginalisation, elle doit remplir au moins les trois conditions suivantes: intervenir à temps; être affectivement acceptable; s'intégrer durablement.

A. Introduction

L'exposition itinérante qui est inaugurée aujourd'hui est destinée en priorité aux jeunes, elle sera montrée à des milliers d'élèves, en particulier à des préadolescents et à des adolescents.

Il s'agit d'une forme nouvelle de l'éducation pour la santé dont nous avons certainement à nous réjouir.

Mais nous avons, je pense, également à nous poser un certain nombre de questions sur un plan plus général qui est celui des relations entre l'éducation pour la santé en tant que méthode et contenu, et une partie de ses destinataires: les adolescents.

Dans une première partie, nous définirons l'éducation pour la santé; nous montrerons brièvement pourquoi les adolescents en sont les destinataires en quelque sorte prioritaires; puis, adoptant un point de vue plus sociologique que psychologique, nous considérerons quelques-uns des caractères principaux et généraux du processus de socialisation des adolescents en indiquant à chaque étape les répercussions (ou mieux les implications) que ces phénomènes entraî-

nent à l'égard de l'éducation pour la santé. En fait, les expériences acquises ces dernières années par l'équipe des médecins enseignants du service de santé de la jeunesse à Genève et par tous nos collègues d'autres villes suisses et d'autres pays incitent à la réflexion. On peut se demander, en effet, dans quelle mesure l'étude des résistances rencontrées n'apporte pas davantage d'enseignement et d'enrichissement aux membres de cette équipe que l'analyse même objective des succès qui, heureusement, ne manquent pas.

B. Définitions et délimitations

On peut définir l'éducation sanitaire comme «l'ensemble des expériences qui contribuent à inculquer à l'individu de solides connaissances, de bonnes habitudes et une attitude éclairée en matière de santé individuelle, familiale et collective».

Elle couvre un vaste domaine comprenant principalement (mais non exhaustivement): la santé individuelle, la santé de la collectivité, l'hygiène du milieu (familial, scolaire, professionnel), les problèmes de l'alimentation, la santé mentale, l'éducation sexuelle (avec laquelle elle est souvent confondue), la prévention des accidents, les premiers secours, l'hygiène des activités de loisir, etc. . . . On peut résumer en quatre points les objectifs visés par l'éducation pour la santé:

1. favoriser l'acquisition d'habitudes susceptibles de maintenir l'équilibre physique et mental de l'individu surtout lorsqu'il est largement soumis aux sollicitations et aux agressions de la vie en milieu urbain;
2. prévenir l'acquisition d'habitudes en partie responsables de bien des maladies dites de la civilisation (cancer bronchique, affections des artères du cœur, ulcères de l'estomac et du duodénum, divers types de névroses, etc.);

¹ Exposé présenté à Genève le 1er novembre 1969 à l'occasion de l'inauguration de la campagne A69 «Pour la santé de notre peuple» et de l'exposition itinérante.

3. développer suffisamment l'esprit de doute scientifique en vue de rejeter les innombrables croyances populaires encore prévalentes en matière de santé, d'origine souvent ancestrale et de caractère assez souvent magique ou tout au moins enfantin;

4. éclairer l'opinion du citoyen ou du futur citoyen qui aura à se prononcer sur des projets relevant de la santé publique (vaccinations, aménagement du territoire, assainissement, etc.).

Bien sûr, tous les médecins ont l'occasion lorsqu'ils cherchent à inciter leurs patients à modifier habitudes et attitudes, de faire, en somme, de l'éducation pour la santé; jadis sans le savoir, maintenant en meilleure connaissance de cause. *Cette forme individuelle ou individualisée de l'éducation pour la santé est extrêmement fructueuse et il est essentiel de la garder en mémoire. Mais c'est à l'éducation collective que les services de santé s'intéressent en priorité* et c'est sur ce plan que nous allons rester dès maintenant.

Nous venons de parler de connaissances, d'habitudes et d'attitudes. Or, il n'est pas nécessaire d'être un éducateur ou un pédagogue chevronnés, pour savoir que c'est bien pendant l'enfance et l'adolescence que se forment les habitudes, que s'acquièrent les connaissances fondamentales et que les attitudes se forment: c'est donc à l'école que l'éducation pour la santé intervient le plus à propos.

Mais à quel âge?

Nous pouvons bien distribuer des comprimés de fluor pour prévenir la carie dentaire dans les écoles enfantines déjà. Il suffit de dire alors aux enfants: «C'est bon pour vos dents.» Mais si nous voulons faire admettre à des préadolescents que cette distribution doit continuer tout au long de leur adolescence et même au-delà, il importe de leur donner des explications biologiques, de leur

montrer comment agit au niveau de l'émail dentaire le fluor qu'ils ingèrent et le fluor appliqué en surface de la dent à l'aide de solutions ou de dentifrices fluorés; en d'autres termes, l'explication biologique adaptée à l'âge des élèves doit permettre à l'éducateur de renforcer les motivations. Ainsi, un certain niveau mental et un certain bagage préalable sont nécessaires à la consolidation d'habitudes prises: ces conditions indiquent bien que c'est à la préadolescence et à l'adolescence au plus tôt, que devra prendre place ce genre d'explication biologique. Il importait de préciser ce que nous entendons par éducation pour la santé, d'en situer rapidement le contenu et l'application. Nous passons maintenant à l'autre pôle de notre exposé pour parler de l'adolescence et des adolescents.

Comme cet exposé est centré sur la sociologie des adolescents [1], c'est à un sociologue que j'emprunte cette définition de l'adolescence:

«L'adolescence est la période de la vie d'une personne durant laquelle la société a cessé de considérer cette personne comme un enfant, mais ne lui accorde de l'adulte ni le statut, ni les rôles, ni les fonctions» [2].

C. Les processus de socialisation et l'éducation pour la santé

1. La difficulté d'une vision de soi, cohérente et unitaire, qui nous paraît résulter de l'asynchronie des entrées dans la vie adulte (fig. 1), nous permet d'expliquer de curieuses volte-faces que nos collaborateurs enregistrent chez leurs élèves au niveau gymnasial.

Une classe passionnée par l'exposé d'un de nos collaborateurs sur les effets nocifs de la fumée de tabac par exemple et prête à en suivre les conclusions, porte soudain le débat sur le plan de la liberté individuelle et

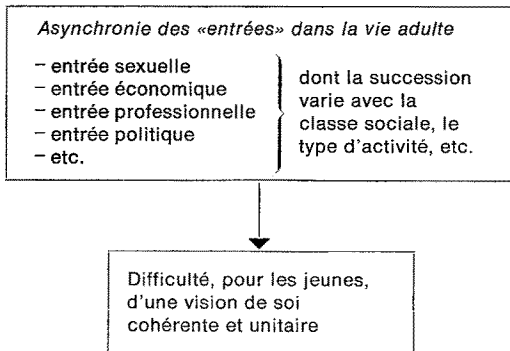


Fig.1 Etalement et échelonnement des «entrées» dans la vie adulte et leur répercussion immédiate.

aboutit à des conclusions opposées. Il y a manifestement absence d'intégration entre les aspirations profondes et les aspects rationnels, absence d'intégration due en partie à l'asynchronie dont nous parlons.

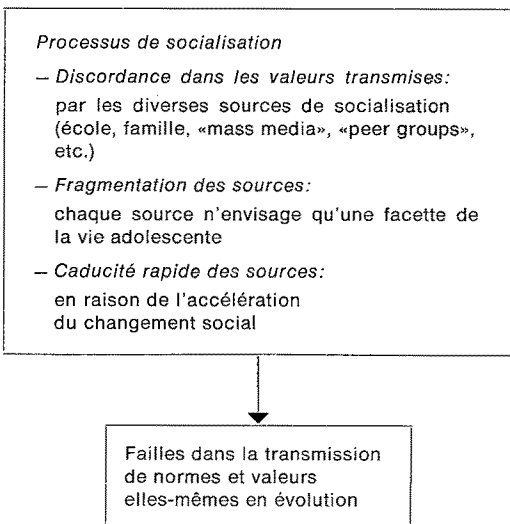


Fig.2 Caractéristiques résumées des processus de socialisation de l'adolescent et leur répercussion immédiate.

On observe aussi assez souvent la persistance de préoccupations relatives à la normalité de sa propre évolution physique (en particulier sexuelle) et mentale chez l'adolescent au moment des exposés sur le développement pubertaire qui s'intègrent dans l'éducation sexuelle.

Il y aurait d'autres exemples à donner, mais je passe plus loin.

2. *Les failles* qu'on observe de plus en plus dans la transmission de normes et valeurs, elles-mêmes en pleine évolution, ressortissent à trois processus de socialisation (fig. 2):

- la discordance dans les valeurs transmises,
- la fragmentation des sources, et
- la caducité rapide de ces sources.

Nous n'envisagerons qu'un exemple en rapport avec la discordance dans les valeurs transmises.

Dans une proportion probablement majoritaire, mais non connue chez nous, des groupes d'égaux («peer groups»), le membre qui ne fume pas est généralement une «poule mouillée» et ceci même dans les groupes de filles.

Les «mass media» pour leur part vantent à longueur de journées, la cigarette X ou la cigarette Y qui est l'apanage à la fois du travailleur, de l'étudiant et même du sportif! Dans les familles, au contraire, on tend à déconseiller fermement aux enfants et aux jeunes adolescents de fumer. Quant aux écoles, il existe bien des règlements, mais leur application est variable et les enseignants donnent eux-mêmes un exemple très variable.

Ainsi, si les sources traditionnelles comme la famille et l'école sont plutôt contre et les sources mieux acceptées par les jeunes comme les «mass media» et le groupe sont pour, il n'est pas étonnant que ces derniers l'emportent largement.

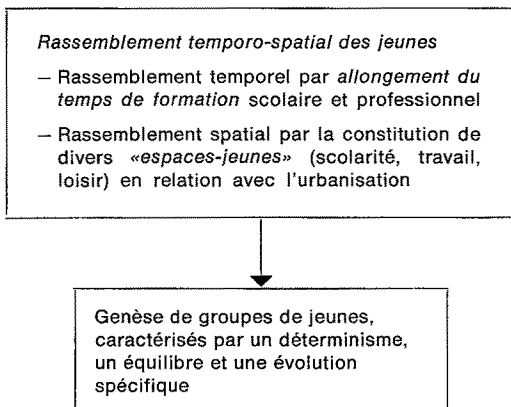


Fig. 3 Caractéristiques principales de rassemblement des jeunes et leur répercussion immédiate.

3. Il est bien connu que le rassemblement temporo-spatial des jeunes aboutit à la constitution de *groupes de jeunes* dont presque chacun a un déterminisme, un équilibre et une évolution qui lui sont propres (fig. 3). En fait, il faut bien reconnaître que, dans leur majorité et quelles que soient leurs propriétés spécifiques, la plupart de ces groupes sont peu perméables aux valeurs prônées par la société des adultes, d'où des attitudes (mode vestimentaire), des habitudes (hygiène personnelle) et des convictions qui sont aussi contraires que possible aux normes reçues précédemment.

4. Ne nous attardons pas davantage à ces trois volets et passons maintenant à leurs conséquences (fig. 4). Ce sont d'abord cette *tendance au marginalisme* d'une bonne partie des jeunes (pas tous, il faut bien le reconnaître!) par rapport au reste de la société, d'une part et d'autre part, l'élaboration d'une «*morale jeunes*» qui accentue en particulier trois caractéristiques: la créativité, la participation et la recherche de sens. Cette «*morale jeunes*» incite évidemment les jeunes à réinterpréter les normes précé-

nisées par la société en général et, dans le cas qui nous occupe, à critiquer une éthique moralisante qui est, selon eux, attachée traditionnellement à l'éducation pour la santé. A cet égard, nos médecins enseignant dans les écoles ont dû prendre soin, au cours des années d'abandonner progressivement toute teinte moralisante et de baser l'éthique relative à cet enseignement sur des considérations uniquement biologiques et sociologiques.

C'est ainsi, par exemple, que le terme «*anti-alcoolique*» a été progressivement banni de l'enseignement à propos de l'alcool et qu'il n'est parlé maintenant que d'alcoolisme considéré comme une maladie et, pour les stades aigus, d'intoxication alcoolique ou mieux éthylique.

Cependant, nos collaborateurs observent également ce phénomène passionnant de la recherche de sens: de plus en plus les adolescents qui sont leurs élèves recherchent une finalité non seulement aux explications biologiques, mais aussi aux attitudes adoptées par la société en général (les médecins en particulier) à l'égard de méthodes ou de techniques préventives ou curatives.

5. Si nous envisageons enfin l'aboutissement de ces différents processus, nous pourrions encore y trouver des motifs de préoccupation, en tant que responsables de l'éducation pour la santé:

a) *Les conduites semi-rationnelles et la volonté d'expérimenter les actes adultes* sont souvent à l'origine de relations sexuelles qui sont alors qualifiées de précoces et de l'essai des médicaments et des drogues. Mais *l'anxiété* qui souvent s'attache à cette expérimentation peut se manifester de manière assez inattendue comme dans la circonstance suivante: un groupe d'élèves du degré gymnasial s'est adressé à l'un de nos médecins enseignants, en lui faisant part de leur détermination de fumer la marijuana entre

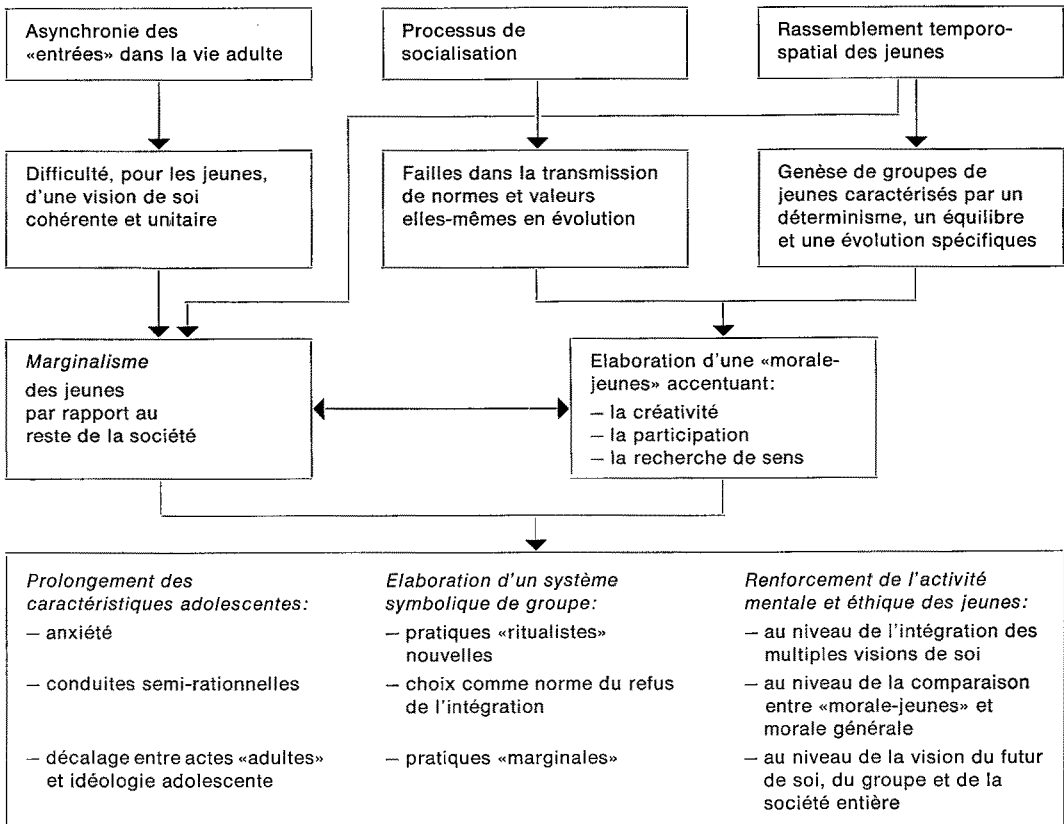


Fig. 4 Interprétations et répercussions multiples des phénomènes sociologiques caractérisant les adolescents.

eux, mais sous le contrôle de ce médecin, contrôle auquel ils tenaient beaucoup et qui manifeste ainsi leur besoin d'être rassurés sur les conséquences éventuelles de cette expérimentation.

b) Aux *pratiques ritualistes* traditionnelles des étudiants et des apprentis comme les beuveries, succèdent maintenant volontiers l'usage de diverses drogues, marijuana en tête, symbolique entre autres choses de la libération vis-à-vis des parents et autres censeurs qui se trouvent là, face à un danger qu'ils n'ont pas connu eux-mêmes; symbole

également d'un défi vis-à-vis de la société dans son ensemble puisque la loi réprime sinon la consommation du moins la détention et le trafic de cette catégorie de drogue. D'où également des pratiques dites marginales, c'est-à-dire que le reste de la société tend à réprover souvent violemment: le meilleur exemple qui, en matière d'éducation sanitaire, vient de nouveau à l'esprit ici est évidemment la consommation de drogues dans l'idée d'augmenter la créativité personnelle ou de diminuer les barrières de communication entre membres d'un groupe.

c) *C'est au niveau du renforcement actuel (et progressif, semble-t-il) de l'activité mentale et éthique des jeunes, de moins en moins passifs et de plus en plus critiques, que l'éducation pour la santé (et l'éducation en général) risquent de trouver le moyen de communication favorable.*

Il y a en effet sans doute beaucoup à tirer de l'intégration des multiples visions de soi et de la vision par l'adolescent de son propre futur, de l'avenir de son groupe et la société toute entière: par exemple, le rejet de l'inégalité humaine devant la maladie et la mort, le sentiment de la nécessité de protéger la nature contre les abus de l'activité humaine, l'impression que l'équilibre mental de tout un chacun doit être préservé des effets de l'urbanisation lorsqu'ils sont excessifs; toutes ces prises de position, si absolues soient-elles, peuvent servir de motivation à une attitude ouverte vis-à-vis d'une information et d'une éducation pour la santé, à condition que celle-ci en tienne compte.

D. Conclusions

Lors d'une conférence organisée en juin 1969 à Stockholm par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé et portant sur la santé mentale des adolescents et des jeunes, le représentant de la division des affaires sociales des Nations Unies à Genève s'exprimait comme ceci:

«Avec une fermeté croissante, la jeunesse a manifesté son refus d'être «manipulée» comme elle estime l'être par des institutions de la société: établissements éducatifs, partis politiques, entreprises commerciales, etc., de même que par les unions et organisations qui lui sont spécifiquement destinées» [3]. De l'ensemble de ces constatations, quels

enseignements pourraient tirer nos spécialistes en éducation pour la santé, et d'une manière plus large, tous ceux qui ont à se préoccuper de ce domaine:

1. l'attitude critique des jeunes doit être considérée comme un élément favorable et non négatif;
2. leur refus des normes admises par la société doit inciter à reconsidérer dans une perspective scientifique le bien-fondé et la permanence de ces normes;
3. les effets souvent défavorables sur la santé, non de la marginalisation en soi, mais des diverses pratiques qui en résultent éventuellement, peuvent être atténuées par une information scientifique, donc objective, portant sur les conséquences de ces pratiques à trois conditions: que cette information vienne à temps, qu'elle soit ensuite affectivement acceptable et qu'elle puisse enfin, mentalement s'intégrer durablement.

Je crois savoir que tels sont les objectifs de l'exposition itinérante que nous inaugurons ce jour et à laquelle je souhaite plein succès.

Bibliographie

- [1] *Jeanneret O. et Kellerhals J.*: La médecine préventive peut-elle contribuer à l'intégration des adolescents dans la société: Esquisse d'une étude sociologique Hyg. et Méd. scolaires 22, 191-198 (1969).
- [2] *Hollingshead A. B.*: A sociologic perspective on adolescence. *Pediatric Clinics of North America* 7, 131-146 (1960).
- [3] *Kuenstler P.*: Autour du monde. Santé du monde, p. 46, juillet-août 1969.

Adresse de l'auteur:

Prof. O. Jeanneret, Institut de Médecine sociale et préventive, 12, rue de Candolle, CH-1205 Genève.