

Contraintes en matière d'éducation pour la santé des écoliers et de leurs parents

Compte rendu d'un symposium de l'OMS tenu à Gand, Belgique, du 29 septembre au 3 octobre 1980
R.-L. Mounoud¹

Introduction

Le symposium s'est penché sur la mise en œuvre et la diffusion de l'éducation pour la santé dans les écoles, l'acceptation de cette activité par les enseignants, la formation et la motivation de ces derniers, l'inclusion de l'éducation pour la santé dans les programmes scolaires, et sur la création de postes de consultants en éducation pour la santé. Il a aussi analysé le rôle des services de santé scolaire et la participation de la famille et de la collectivité.

Ce séminaire était patronné par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. Il a réuni 36 participants de pays d'Europe, y compris l'Union soviétique, ainsi qu'un représentant de l'Hygiène scolaire d'Algérie.

L'éducation pour la santé a été définie comme une action éducative qui tend à développer chez les individus le sens des responsabilités pour ce qui est de leur propre santé et celle de la collectivité. Les composantes de cette action éducative sont intellectuelles, psychosociales et sociales, en relation avec les activités qui augmentent la capacité des individus à prendre des décisions responsables dans le domaine de leur bien-être aussi bien personnel que familial et communautaire.

En s'adressant aux jeunes dans les écoles, cette action éducative peut présenter de réelles possibilités d'efficacité. Depuis plusieurs années, l'éducation pour la santé connaît une évolution importante; elle tend à s'éloigner de l'endoctrinement sanitaire traditionnel qui était sanitaire mais pas du tout éducation. Les tendances dominantes qui ont marqué cet «endoctrinement» sont:

- le dogme selon lequel l'information suffit à influencer le comportement,
- le modèle médical centré sur le concept de maladie,
- la «compétence médicale» qui se réserve le monopole de l'enseignement,
- la dominance de l'expert omniscient par rapport au client ignard,
- l'approche paternaliste du genre maître-élève,
- la fragmentation des actions (présentation par petits chapitres),
- la dissociation des thèmes du contexte social et culturel.

La nouvelle approche de l'éducation pour la santé doit prendre en considération le terme santé plus que tout

autre, en n'excluant pas les composantes pédagogie, sociologie et psychologie. Ses nouvelles tendances peuvent se formuler ainsi:

- L'éducation pour la santé destinée aux enfants d'âge scolaire est une action multilatérale et multidisciplinaire.
- L'école et les services de santé doivent se partager les responsabilités dans l'orientation et la réalisation de cette action.
- La responsabilité de la société dans l'éducation pour la santé est évidente.
- Cette éducation est envisagée en quelque sorte comme un encouragement à se réaliser soi-même et à former des relations sociales judicieuses.
- Elle met en évidence l'importance du choix individuel quant à la conduite considérée comme adéquate et saine, tout en donnant à l'enfant, par un enseignement approprié, les moyens de faire ce choix en individu responsable envers lui-même et envers la société.

L'éducation de la santé doit tendre à ce que l'individu sache prendre une décision adéquate plutôt qu'être obligé de suivre certaines directives. Les obstacles sont nombreux et peuvent neutraliser ou annuler complètement cette action; c'est souvent trop tard, malheureusement, que l'on constate ces contraintes qui se situent à plusieurs niveaux. Les objectifs, la philosophie même du programme, et la méthodologie éducative proposés sont souvent contestés; le personnel enseignant spécifiquement formé ou non à la tâche éducative en matière de santé peut montrer des divergences d'opinion; les directions d'écoles et les autorités pédagogiques sont généralement sceptiques sinon opposées à une éducation pour la santé «nouveau style»; les parents et la communauté n'acceptent que difficilement une critique indirecte concernant leurs attitudes et comportements dans le domaine de la santé.

Concernant l'introduction et la généralisation de l'éducation pour la santé dans les écoles, une expérience anglaise décrite par D. T. Williams, permet de souligner les difficultés de l'implantation d'un tel programme: il ne suffit pas d'apporter des arguments à la discussion publique, mais il faut encore que celle-ci s'accompagne d'une volonté politique de promouvoir l'action sérieusement et systématiquement dans tout le système d'enseignement. L'éducation pour la santé doit être considérée comme un investissement à long terme dans la santé de la population qui, comme tout investissement, doit être soutenu et encouragé aussi bien moralement que pratiquement.

¹ Médecin, MPH, Section éducation pour la santé, Service de santé de la jeunesse, 11, Glacis-de-Rive, case postale 815, 1211 Genève 3.

Milieu idéal pour le lancement d'un programme d'éducation pour la santé

Williams décrit le milieu idéal comme un établissement d'enseignement:

- qui attache quelque valeur à l'aspect moral et éthique de l'éducation et qui n'est pas entièrement organisé sur la base des matières académiques traditionnelles;
- qui désire établir un cours ou un programme d'éducation pour la santé mais n'a pas d'opinion tranchée ou dogmatique sur la question;
- dont le directeur s'intéresse à l'éducation pour la santé et cherche à la promouvoir tout en étant prêt à déléguer à d'autres la responsabilité de son organisation;
- qui a une personne capable et enthousiaste en position d'autorité sur tout le programme, prête à coordonner les activités d'éducation pour la santé;
- où les responsables de l'enseignement et de la santé se sont déclarés convaincus de l'importance de l'éducation pour la santé et sont prêts à soutenir l'action dans la pratique;
- où un nombre suffisant de professeurs expérimentés représentant diverses disciplines sont intéressés et prêts à s'engager activement.

R. Hoste, de Stirling, Ecosse, souligne le fait que, bien que l'éducation pour la santé ne soit pas enseignée dans la plupart des écoles secondaires écossaises, elle peut néanmoins être abordée par le biais suivant: discussion de santé dans d'autres cours (biologie, économie domestique, éducation physique) et dans le système moral et éthique par des conférences de spécialistes invités (médecins parlant du tabagisme ou policiers parlant de la toxicomanie). Certains collègues donnent la possibilité de suivre des cours à option permettant aux étudiants et aux enseignants d'étudier plus en profondeur quelques aspects de la santé.

Motivation professionnelle et personnelle des enseignants concernant l'éducation pour la santé

Tout récemment s'est développée en Ecosse une nouvelle spécialisation d'enseignants par la création de postes sous la dénomination «Enseignants assistants de la santé». Cette «spécialité» offre donc à l'enseignant la possibilité d'élargir le champ de ses activités. Plus récemment encore, certains maîtres ont été désignés en tant que coordinateurs pour l'éducation sanitaire. Leurs responsabilités incluent l'analyse des besoins en éducation pour la santé dans les écoles. Une des difficultés pour ce coordinateur est de persuader ses collègues enseignants de répondre à ces besoins. Certains maîtres en effet refusent d'entrer en matière, ne voulant pas surcharger le programme de leur enseignement. D'autres font déjà de l'éducation pour la santé dans leurs cours: par exemple, dans les cours d'histoire, ils étudient les grandes épidémies en Europe durant le Moyen Age; en géographie, ils parlent de la relation entre la croissance et le développement des populations et leurs ressources naturelles. Bon nombre de ces enseignants ne sont même pas

conscients du fait qu'ils contribuent ainsi à une information dans le domaine de la santé. D'autres «rejetent» la responsabilité à cet égard sur les maîtres de biologie ou d'économie familiale, ne voulant pas s'immiscer dans les programmes de leurs collègues. Certains maîtres enfin estiment que l'éducation pour la santé n'est pas du ressort du maître ou de l'école mais de la seule responsabilité des parents.

La plupart des candidats enseignants reconnaissent que les maîtres ont une responsabilité dans l'éducation pour la santé à l'école, bien que seule une minorité d'entre eux accepte une contribution éventuelle dans ce domaine. Tout dépend finalement de la personnalité du maître et de la qualité de ses relations avec les enfants. Certains sujets comme la sexualité peuvent être embarrassants pour l'enseignant. Comme on vient de le dire, avant que les maîtres soient motivés, il faut abattre certaines barrières professionnelles et personnelles. L'une de ces barrières concerne la définition même de la santé qui devrait être élargie si l'on veut que le maître la prenne en considération dans ses cours. Enfin, la plupart des jeunes enseignants sont opposés à l'éducation pour la santé tant que cette dernière comporte toute une série de valeurs morales et d'interdictions. C'est ainsi que la formation des jeunes maîtres est particulièrement importante si l'on veut que ces derniers soient motivés.

Dans la discussion qui a suivi cet exposé, le groupe de travail auquel l'auteur de ces lignes a participé a donné les conclusions suivantes: Il existe toute une série de contraintes liées respectivement à l'enseignant lui-même, au système éducatif, à l'environnement et enfin à l'élève lui-même.

- A. L'enseignant: manque d'information, manque de disponibilité, manque de motivation.
- B. Le système éducatif: les horaires, les programmes, le matériel didactique.
- C. L'environnement: la famille, les personnels de santé plus traditionnellement orientés par leur formation vers une médecine curative, le milieu socio-culturel, l'éthique, le niveau économique.
- D. L'élève: attitude et comportement «anti» dans la mesure où chez le grand enfant ou l'adolescent les comportements défavorables à la santé peuvent être déjà fixés, la pression des pairs, du groupe, des camarades, la non-crédibilité du maître (maîtres fumeurs).

Le groupe a considéré certains remèdes à ces contraintes

- a) L'enseignant: sensibilisation et formation à la fois au niveau de la formation initiale et au niveau de la formation continue.
- b) Le système éducatif: nécessité absolue d'une décision prise au niveau politique pour l'intégration officielle de l'éducation pour la santé dans des études, mise en œuvre de mesures administratives et budgétaires, l'aspect financier n'étant pas à négliger.

- c) L'environnement: approche individuelle et collective qui tient compte des caractéristiques de l'environnement.
- d) L'élève: nécessité d'une intervention la plus précoce possible sur les élèves et sur le groupe (école maternelle et élémentaire), renforcement de la responsabilisation pour apprendre à refuser ou à faire face à la pression du groupe, recherche et offre d'alternatives (clubs, loisirs, activités créatrices, etc.).

Le groupe a enfin envisagé des stratégies. Il y a lieu de distinguer:

Stratégie à court terme:

- Recyclage immédiat des personnes actuellement en fonction.
- Campagne d'information dirigée spécialement vers les enseignants.
- Dissémination de l'information par tous les moyens possibles (dépliants, articles dans la presse professionnelle, débats, journées pédagogiques).
- Mobilisation de l'opinion publique.
- Alerte des pouvoirs politiques.
- Actions communautaires à entreprendre à différents niveaux.
- Actions globales et générales allant jusqu'à l'individu lui-même (dialogue). Cette action communautaire s'adressera aux parents, au personnel de santé, aux médiateurs sociaux, aux associations de consommateurs, etc.
- Obtention de fonds publics ou privés.
- Animation de la vie scolaire et ouverture de l'école sur l'extérieur.
- Loisirs pour les jeunes.

Stratégie à long terme:

- Révision des programmes d'études (pédagogie active procédant par objectifs comportementaux, pédagogie différente de la simple action de connaissance, notion d'éducation globale).
- Révision des programmes de l'école maternelle.
- Révision des programmes dans la formation des maîtres (formation initiale et continue).

Une certaine forme de participation des parents a été évoquée dans l'exposé de Mme K. Faxer et de D. Sennfeldt au sujet d'une expérience faite dans une école située près de la ville de Stockholm en Suède. Cette expérience consiste à organiser des discussions en groupe conjointement entre des élèves et des adultes. La classe est divisée en petits groupes comprenant six à huit élèves et, dans chaque groupe, deux ou trois adultes participent à la discussion. Il faut signaler que la moitié des adultes qui préparent ces discussions de groupes sont des enseignants. Les autres sont soit du personnel de l'école (secrétaire, assistants sociaux, etc.), soit des représentants des services sociaux, soit des parents d'élèves. Ces discussions ont lieu pendant les heures d'école, environ 80 minutes par semaine (élèves du 8^e degré). L'objet des discussions est axé sur l'usage des drogues par des adolescents.

L'objectif de ces discussions est le suivant: augmenter la capacité des élèves d'analyser leur confiance en soi. Il s'agit aussi de mieux les préparer face aux influences négatives qu'ils rencontrent dans la vie de tous les jours, par exemple à propos de consommation d'alcool, de médicaments, de tabac et d'autres drogues. Le petit groupe de participants permet à chacun de mieux analyser ses propres expériences.

Après trois séances organisées avec six classes, une première évaluation montre que certains groupes ont atteint un grand niveau de confiance ainsi qu'une base permettant des discussions plus fouillées que ce qui était prévu à l'origine. Dans d'autres groupes, les discussions sont restées à un niveau superficiel ou plus conventionnel. Cette expérience a été critiquée de l'extérieur et considérée souvent comme une perte de temps. Pour d'autres, elle est positive et permet de renforcer le dialogue et la remise en question des adultes et des adolescents. Elle a également permis aux adultes de se poser les questions suivantes: qu'est-ce qu'ils connaissent du mode de vie et de pensée des adolescents? Quand ils parlent avec des adolescents à l'école et à la maison sur les toxicomanies, sont-ils conscients de leur propre vécu et de leurs expériences? etc.

Cette expérience a également montré aux adultes que, s'ils veulent acquérir la confiance de leurs enfants, il faut qu'ils prennent leurs problèmes au sérieux. Il est important que les adultes soient honnêtes avec eux-mêmes comme avec les enfants et qu'ils apprennent à les écouter. Dans les groupes, cette expérience a suscité des réactions plutôt positives, allant dans le sens d'une augmentation de la communication entre la communauté et l'école.

Il nous a paru également important d'analyser le pourquoi du peu de motivation des parents concernant cette éducation pour la santé. Parmi ces non-motivations, il faut noter: le niveau socioculturel défavorisé leur donnant le sentiment de n'être pas compétents pour discuter des programmes scolaires; la conviction pour certains parents que tout ce qui se passe à l'école ne les regarde pas; la crainte de la mise en cause par le biais de l'éducation pour la santé de leur problématique personnelle. Cette expérience suédoise a démontré l'importance de relations publiques de l'école vers les parents (réunion enseignants-parents privilégiant les contacts individuels, journées «portes ouvertes» avec des jeunes et des familles à la cantine, fêtes de la santé avec des spectacles donnés par les enfants sur le thème de la santé, comme c'est actuellement le cas en Union soviétique, classes ouvertes toute l'année où les parents peuvent venir assister, de façon informelle, à la leçon, intervention des parents et des familles dans les activités de loisirs). La participation de la communauté peut également se faire sous l'impulsion des travailleurs sociaux, des membres des services de santé scolaire, des maisons de la culture, des associations locales, des centres de quartiers.

En ce qui concerne le rôle des services de médecine scolaire dans l'éducation pour la santé des écoliers, on

peut se référer au travail des collaborateurs de la section Education pour la santé du Service de santé de la jeunesse de Genève qui fut discuté lors de ce symposium. Dans cet exposé, les contraintes et obstacles rencontrés dans l'éducation pour la santé ont été analysés. On peut les résumer ainsi:

1. Pénurie de personnel qualifié, formé; pénurie de méthodologie et de matériel.
2. Méconnaissance du rôle que peuvent jouer les services de santé scolaire dans l'éducation pour la santé de la communauté. Les parents d'élèves ne réalisent pas l'éventail des prestations des services de santé.
3. Dichotomie: partage des responsabilités entre l'éducation et la santé.

Quelques remèdes ont été proposés par les groupes de travail:

1. Concernant la pénurie

Il serait irréaliste de vouloir créer un nombre important de nouveaux postes, à cause des restrictions budgétaires. Il serait plus réaliste et économique d'utiliser le personnel existant dans l'école et la communauté (infirmières, assistant social, médecins scolaires ou installés). Il faut donc mobiliser les ressources humaines et matérielles de la communauté.

2. Concernant la méconnaissance

Les services de santé scolaire doivent se faire mieux connaître et faire connaître leurs actions dans les écoles. Outre un rôle de sensibilisation de la communauté au sens large, il faut une information des membres de la communauté, y compris médecins et corps enseignant.

3. Concernant la dichotomie

Il est indispensable d'établir là où c'est nécessaire une concertation et une coordination interdépartementale (santé-éducation) à tous les niveaux de décision ministérielle, régionale et locale.

Mise en place d'objectifs communs pour la santé à l'école et le rôle de l'école en ce qui concerne la santé.

Stratégies à court, moyen et long terme afin de remédier à ces obstacles

1. Redéfinir le cahier des charges, les fonctions du personnel sanitaire des services de santé scolaire, en privilégiant les aspects de prévention primaire et de promotion de la santé. Mettre l'accent sur la coopération entre le personnel scolaire, les enseignants et le personnel médical ou paramédical impliqué dans le processus d'éducation sanitaire (acceptation par les enseignants du personnel extra-scolaire).

2. Stratégie des portes ouvertes de la part des services de médecine scolaire, par exemple stands éducation pour la santé lors d'exposition jeunesse, enfance, kermesse de la vie (WWF), université de la santé où tout le monde est invité gratuitement à suivre des cours

concernant la santé; propagande par les mass media (journaux, brochures informatives, dépliants, spots TV), exposition permanente dans une région.

3. Création de groupes paritaires à tous les niveaux de décision (ministérielle, régionale, locale) incluant des parents et des élèves, le cas échéant les organisations de parents et d'élèves.

Un autre point a été soulevé: celui de la formation des médecins. Certains groupes ont émis le souhait que la formation médicale soit plus axée sur la prévention par rapport à la médecine curative, et qu'elle valorise les services de médecine scolaire et d'éducation pour la santé.

Conclusion

En guise de conclusion, nous résumons les principales contraintes relevées lors du symposium:

1. Contraintes économiques: disponibilité de personnel et de ressources, limitation logistique et financière.

2. Contraintes éthiques: réactions de type «tabou» devant certains thèmes d'éducation pour la santé.

3. Contraintes psychologiques: statut négatif de l'éducation pour la santé, concepts différents de la santé, qualité de l'intégration au processus d'innovation, attitudes professionnelles négatives et «territorialistes», crainte de perdre un contrôle bien établi.

4. Contraintes politiques: conflits d'intérêts en jeu, engagements envers la santé dans la politique générale, législation adaptée pour appuyer l'éducation pour la santé, valeurs du consensus entre l'école et la collectivité, degré de centralisation du contrôle.

5. Contraintes institutionnelles: clarté dans la répartition des responsabilités, qualités des services, participation des travailleurs sur place à la prise de décisions, clarté des descriptions de poste des agents de l'éducation pour la santé, qualité de la coordination dans les programmes d'éducation pour la santé, intensité du dialogue, inertie des institutions.

6. Contraintes éducationnelles: qualité de la formation, priorité de l'éducation pour la santé dans les programmes, tradition d'éducation pour la santé caractérisée par des messages négatifs, manque d'orientation dans les écoles visant à rehausser l'estime de soi, programmes surchargés.

7. Contraintes sociologiques: isolement des institutions d'éducation et des institutions sanitaires, statuts et crédibilité des enseignants, pression négative des groupes de pairs, qualité des consultations entre écoles et collectivité, niveau de l'attention parentale, influence des attitudes de la collectivité, qualité de l'intégration entre l'école et la collectivité, frontières géographiques et démographiques.

Si l'éducation pour la santé doit avoir un impact à long terme, l'effort qu'elle demande doit donc être constant, cohérent et total. Elle demande des changements importants dans les rôles et les responsabilités de tous les groupes professionnels de la communauté et non seulement des écoles et des enseignants. Une telle politique demande un investissement considérable dans la formation des professionnels et autres

personnes impliquées dans ce système et dans l'évaluation constante des priorités dans l'éducation des enfants. Cela demande une certaine spécialisation, le développement de cahiers des charges clairs ainsi que la prise de conscience des multiples influences de l'environnement au niveau de l'école et de la société.

Les élèves, les systèmes scolaires et la collectivité ne peuvent pas être dissociés les uns des autres, mais doivent être considérés comme faisant partie d'un système, avec des relations dynamiques entre eux. Il est juste de signaler également que toutes les contraintes dans l'éducation pour la santé ne sont pas inévitablement handicapantes. Elles fournissent aussi matières à réflexion, permettant de discuter les priorités et les besoins, la disponibilité des ressources et la possibilité de chercher de nouvelles méthodes et ressources. Ces contraintes donc peuvent être un stimulus en vue d'une créativité augmentée dans l'éducation pour la santé. Il convient d'en «profiter» au maximum dans ce sens.

Résumé

Les contraintes en matière d'éducation pour la santé des écoliers et de leurs parents sont analysées et discutées. Celles qui sont rencontrées le plus fréquemment sont d'ordre économique, éthique, psychologique, politique, institutionnel, éducationnel et sociologique.

Elles ne sont pas forcément handicapantes, car elles peuvent stimuler la recherche de nouvelles stratégies et ressources et augmenter la créativité dans le domaine de l'éducation pour la santé. De nombreux moyens directs ou indirects de faire face à ces obstacles sont discutés. Parmi eux, la collaboration avec les membres de la communauté (travailleurs sociaux, parents et enseignants) et les services de médecine scolaire et préventive, ainsi que l'utilisation des ressources existantes aussi bien à l'école que dans la communauté sont les plus importantes. Dans le système scolaire, l'éducation pour la santé ne doit pas forcément faire l'objet d'un cours à part, mais devrait pouvoir être intégrée dans d'autres cours tels que biologie, économie familiale, éducation physique, histoire, géographie. Cela demande une sensibilisation et une préparation toute particulière des enseignants afin qu'ils acceptent cette responsabilité. Ce type de sensibilisation concerne également quiconque dans la collectivité est impliqué dans l'éducation pour la santé.

Zusammenfassung

**Schranken der Gesundheitserziehung bei Schülern und ihren Eltern
Bericht über ein Symposium der Weltgesundheitsorganisation in
Gent, Belgien, vom 29. September bis 3. Oktober 1980**

Die Schranken der Gesundheitserziehung bei Schülern und ihren Eltern werden analysiert und besprochen. Am häufigsten sind sie wirtschaftlichen, ethischen, psychologischen, politischen, institutionellen, erzieherischen und soziologischen Ursprungs. Sie bedeuten nicht unbedingt einen Nachteil, denn sie können auch stimulierend auf die Suche nach neuen Strategien und Quellen wirken und auch zu Neuschöpfungen im Bereich der Gesundheitserziehung anregen. Es werden zahlreiche direkte und indirekte Möglichkeiten besprochen, die erwähnten Hindernisse zu überwinden. Zu erwähnen ist hier die Zusammenarbeit mit der Bevölkerung (Sozialarbeiter, Eltern, Lehrer) und den schul- und vorsorgeärztlichen Diensten sowie die Benützung bereits bestehender Hilfsquellen in Schule und Gemeinschaft. Im Schulbetrieb sollte die Gesundheitserziehung nicht unbedingt ein Kurs oder Fach für sich sein, sondern sich in andere Fächer, wie Biologie, Hauswirtschaft, Sport und Turnen, Geschichte und Geographie, eingliedern. Dafür müssen die betreffenden Lehrer jedoch sensibilisiert und speziell vorbereitet werden, damit sie diese zusätzliche Verantwortung übernehmen können. Diese Art Vorbereitung betrifft auch jeden, der im Rahmen der Gemeinschaft bei der Gesundheitserziehung mitzuwirken hat.

Summary

**Constraints to Health Education for Schoolchildren and Parents
WHO Symposium in Gent, Belgium, 29 September to 3 October
1980**

The constraints to health education for schoolchildren and parents are considered and analyzed. The most commonly identified constraints are the following: economic, ethical, psychological, political, institutional, educational and sociological. They are not inevitably handicapping for they provide an opportunity to stimulate the development of new strategies and resources, and to increase creativity in the field of health education. Direct and indirect ways to cope with these constraints are discussed, especially collaboration with the community (social workers, parents, teachers) and with school health and preventive medicine services, the use of existing resources in the school system as well as in the community. In the school system, health education should not be taught as a separate subject but should be integrated in other courses, such as biology, home economics, physical education, history, geography. Teachers must be sensitized and trained to accept this responsibility. This kind of sensitization is also important for all those involved in health education in the community.