

Une pédagogie active de la santé: conceptualisation de programmes d'intervention pour enfants et adultes

Muriel Erba, May Lévy

Centre d'enseignement de la Croix-Rouge suisse, section fribourgeoise

Rue Reichlen 11, case postale 12, 1700 Fribourg 5

I. Conception générale

Antérieurement, la santé se définissait comme l'absence de maladie, et l'éducation était l'ensemble des procédés par lesquels les adultes tendaient à transmettre leurs croyances, leurs expériences et leurs connaissances aux plus jeunes. D'où la conception d'une éducation à la santé qui se caractérisait par la communication d'informations et l'apprentissage de règles. Ses buts étaient de prévenir l'apparition de symptômes (les caries dentaires, les poux...), de dépister les troubles (de la vue, de l'ouïe, etc.), d'organiser des campagnes (anti-tabac, anti-drogue...). Ce type d'actions s'appuyait sur une pédagogie magistrale dont l'objectif principal était d'accroître le niveau de connaissances théoriques et/ou pratiques des éduqués. L'apprenant était considéré comme "une table rase" qui devait mémoriser, imiter, reproduire. La prestation de l'enseignant centrait la situation pédagogique. Cette primauté "d'expert" déterminait la relation unilatérale entre enseignant et enseigné et légitimait une méthode directive, elle-même sous-tendue par des moyens didactiques tels l'exposé, la démonstration, l'exercice et l'examen.

Actuellement, la santé se définit comme un état de bien-être physique, psychique et social. Chaque individu a un seuil propre dont l'équilibration devrait être majorante, au sens piagétien du terme. Quant à l'éducation, c'est un mécanisme qui vise au développement optimal des capacités d'un individu, en continu devenir. Ce processus devrait permettre l'épanouissement affectif, social et cognitif de toute personnalité (enfant, adolescent ou adulte). Dans cette optique, l'éducation à la santé contribue au développement des potentialités individuelles ou collectives propres à entretenir et promouvoir la vie. Nos programmes d'intervention (dossiers, cours...) reposent sur une pédagogie active, centrée sur les participants.

D'où un premier postulat essentiel à notre travail :

L'éducation à la santé est conçue comme un acte de prévention, dont la finalité est de rendre l'individu autonome et responsable de la gestion de sa santé.

II. Position théorique

L'approche théorique qui sous-tend cette option éducative est interactionniste et socio-constructiviste. Nous partons du principe que le développement et l'épanouissement d'un individu (affectif, cognitif, social, physique) ne sont possibles que si celui-ci est partie prenante dans ce processus : il intègre les éléments issus des échanges avec son environnement ou plus précisément il y accommode ses schèmes, pour rendre assimilables les paramètres qui ne l'étaient pas. Notre vue interactionniste ne se limite bien sûr pas aux échanges entre le sujet et son environnement physique, mais inclut également et surtout ceux qu'il "entretient" avec son environnement social. C'est ce que soulignent Moscovici et Ricateau (1, p. 141) : "Le passage d'une psychologie bipolaire (égo-objet) à une psychologie tripolaire (égo-alter-objet)" n'est pas seulement une nécessité, mais une évidence. Ces auteurs précisent d'ailleurs que lorsque "des impossibilités ou des obstacles empêchent l'égo de maîtriser l'environnement, il a besoin d'un alter qui l'aide à éclaircir son action sur le monde extérieur". Cela revient à dire que le milieu ne prend une signification qu'à travers les interactions avec des partenaires sociaux. C'est sur cet environnement socio-relational qui joue un rôle essentiel que nous axons principalement notre éducation à la santé. Nous dépassons d'ailleurs le point de vue de Moscovici. En effet, dans notre conception, la dynamique du développement réside dans les interactions sociales conflictuelles avec des agents sociaux. (2)

Ceci nous amène à la notion de conflit, qu'il s'agit de préciser, puisqu'elle occupe une place cruciale dans notre travail.

Conflit structurant

Chez un grand nombre de théoriciens et expérimentalistes, le conflit, qu'il soit cognitif, social ou socio-cognitif est conçu comme structurant. En effet, Piaget (3, p. 35-36) souligne que "L'intervention d'éléments perturbateurs et les accommodations résultant des compensations engendrent des connaissances nouvelles". Selon cet auteur, "compensation et construction" sont indissociables. Quant à Smedslund (4), il fait appel à un conflit de nature sociale : le conflit de communication(s); il s'agit plus précisément de communications qui émanent d'un autrui sur une situation spécifique. Elles introduisent un point de vue différent et produisent chez le sujet un conflit qu'il dépassera par une restructuration alliant conjointement son propre point de vue et celui d'autrui. Perret-Clermont (5) envisage un troisième type de conflit, de nature sociale également : le conflit socio-cognitif. Il trouve explicitement sa source dans la contradiction entre la stratégie du sujet et celle d'un autrui. Cette confrontation a des effets structurants, puisqu'elle débouche, généralement, sur l'élaboration de nouveaux instruments cognitifs. Dans notre travail, nous adoptons également cet "axiome" de départ, à savoir que le conflit est structurant.

Prise de conscience

On ne peut envisager le concept de conflit structurant sans faire appel au processus de prise de conscience. Référons-nous à Mead (6, p. 134) qui considère que le bon fonctionnement de la société s'appuie sur des individus autonomes, indépendants, capables de juger et de décider consciemment; le sujet est donc responsable de ses actes, ce qui suppose qu'il a "conscience de soi". Or, le développement du "soi" se fait en 2 phases :

1. "par l'organisation des attitudes particulières que prennent les autres envers lui et envers eux-mêmes dans les actes sociaux spécifiques où il participe avec eux"
2. par l'organisation d'"attitudes sociales de l'autrui-généralisé, ou du groupe social comme un tout auquel il appartient", ce qui suppose un système d'abstraction et d'intériorisation faisant intervenir les attentes et représentations sociétales dans la construction de l'image qu'un individu a de lui-même.

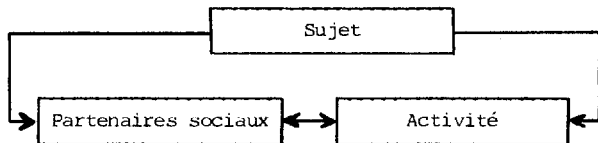
La conscience individuelle est donc la résultante d'un comportement social qui est une adaptation réciproque

des conduites. C'est à ce système d'adaptation que nous faisons appel dans nos situations pédagogiques.

Cadre éducatif

Tous les contextes éducatifs que nous avons conçus reposent sur 3 piliers : le participant, les partenaires sociaux et l'activité spécifique (cf. graphique I)

Graphique I : cadre éducatif



Le sujet agit, dans une situation bien définie, sur une tâche précise en interaction avec des partenaires sociaux. Ces interactions sont nécessairement enrichissantes en ce sens qu'autrui apporte un regard différent sur la situation vécue.

Le sujet intègre les éléments "perturbateurs" issus des échanges socio-cognitifs ou, plus précisément, il y accommode ses schèmes pour rendre assimilables les paramètres qui ne l'étaient pas. Ce changement est source de progrès puisqu'il lui permet d'atteindre un palier d'équilibre mieux adapté aux contingences circonstancielle.

III. Objectifs globaux

- 1) Mobiliser les participants, leur permettre de s'impliquer dans notre projet pédagogique. Leur donner la possibilité d'intégrer - d'accéder à - nos objectifs spécifiques de prévention (être capable d'une pensée dialectique, de choix, d'alterner les moments de tension et de détente, de surmonter les échecs et les conflits, etc.).
- 2) Instaurer un réseau de communication entre les participants, afin que chacun puisse :
 - exprimer son opinion et la confronter à des points de vue différents du sien
 - clarifier, réajuster les représentations partielles et parvenir à une représentation plus "objective" du réel
 - élargir son système de pensée et arriver à une synthèse nouvelle de ses connaissances.
- 3) Ce que chacun construit pendant une intervention doit être applicable à sa réalité.

Ces objectifs peuvent être atteints, pour autant que l'enseignant connaisse le milieu dans lequel il intervient (environnement culturel, système de valeurs, etc.) et qu'il se réfère à des données concrètes, à l'expérience, au vécu des participants.

Le rôle essentiel de l'enseignant est :

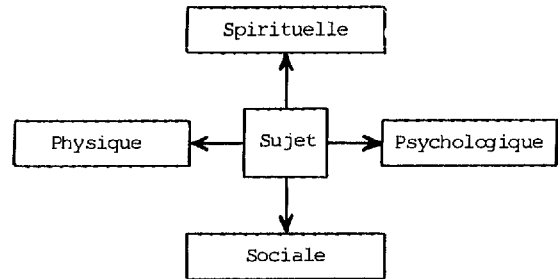
- d'organiser, de structurer la situation pédagogique
- de stimuler, guider, motiver les participants, afin qu'ils ne subissent pas passivement un cours (une activité), mais qu'en interaction avec autrui ils examinent, recherchent, en un mot qu'ils soient acteurs et partie prenante de leur propre formation.

L'enseignant doit créer un climat de confiance favorable à l'acquisition de nouvelles notions, attitudes et comportements. Il a pour fonction d'orienter la réflexion, de susciter et d'intensifier les discussions. Tout en restant une personne de référence, il doit s'efforcer de renvoyer les questions et affirmations contradictoires aux participants, afin de les conduire à une réelle prise de conscience.

Se connaître comme pré-requis d'une meilleure relation à autrui et d'une meilleure action "auto-préventive" sur sa propre santé.

Tel est le second postulat qui nous conduit à envisager l'être humain dans toutes ses dimensions.

Graphique II : les 4 dimensions du sujet



Un état de bonne santé idéalisé serait un état d'équilibre parfait, inter- et intra-dimensionnel. La connaissance de soi est la quête de toute une vie. Il s'agit de sensibiliser, d'aider à la prise de conscience de toutes les composantes d'une "personne", sans pour autant prétendre donner les moyens de les maîtriser et de les dominer. Les quatre dimensions sous-tendent des personnalités uniques dans leur essence et dans leur histoire (cf. graphique II).

D'où le troisième postulat :

Chacun doit trouver les solutions, les réponses qui lui sont propres, qui lui conviennent et être apte à assumer sa responsabilité et son autonomie en matière de santé.

Par nos interventions, nous essayons de participer à ce parcours individuel, qui a aussi un effet sur l'état de santé de toute la collectivité.

IV. Possibilités d'interventions auprès d'enfants et d'adultes

- A) Une éducation non-spécifique destinée à de jeunes enfants (7)

Public-cible

Pour qu'elle soit réellement préventive, une éducation à la santé doit intervenir tôt. La période du début de scolarisation (7-9 ans) nous paraît la plus appropriée; elle se caractérise par un processus d'ensemble partant d'une décentration subjective du sujet à une décentration "objective" de son point de vue, et ceci aussi bien sur le plan cognitif que social ou affectif. Sur le plan de la pensée, cette tranche d'âge correspond au début des opérations concrètes (8, p. 102). Celles-ci vont, en quelque sorte, libérer l'enfant de ses centrations cognitives initiales et lui donner de plus en plus prise sur le réel. Soumis jusqu'alors aux illusions de sa perception, il devient progressivement capable de les modifier par le raisonnement et "d'introduire dans le monde mouvant et trompeur des apparences, ordre, stabilité et cohérence". L'affectivité obéit aux mêmes lois du développement que la pensée puisque toutes deux tendent vers une adaptation au réel toujours plus complexe. L'enfant témoigne en effet d'un intérêt croissant pour les données

Tableau I : Déroulement d'activités

| | CONFLIT RELATIONNEL | CONFLIT AFFECTIF | CONFLIT COGNITIF |
|-------------------------------|---|--|---|
| Participe au développement de | facultés décisionnelles | facultés de gestion de ses émotions | l'esprit critique |
| 1) Mise en situation | Réaliser un dessin (bricolage, jeu de chiffres ou de lettres) en groupes de deux, sur un thème et avec un seul matériel. | Découvrir le sentiment, l'émotion que le personnage principal d'un récit éprouve : colère, jalousie, peur, joie ... | Restituer, en groupes de deux, des éléments observés sur un document (affiche, transparent). |
| 2) Prise de conscience | Prendre conscience de la difficulté d'interagir, de collaborer à une tâche commune. | Identifier l'émotion, le sentiment. Déterminer le conflit affectif que cela suscite chez le personnage. Proposer des moyens de le maîtriser. | Prendre conscience des variations de perceptions d'un même phénomène par des individus différents. |
| 3) Elargissement | Réaliser l'existence de situations similaires dans la vie quotidienne (travaux scolaires, familiaux, jeux de récréation, etc.). Recherche de solutions. | Réaliser qu'il est normal d'éprouver des sentiments et émotions désagréables et qu'une partie de la solution consiste à découvrir la cause réelle du sentiment posant un problème. Recherche de solutions. | Réaliser la relativité des jugements en général : les certitudes ne sont pas absolues, il importe de les nuancer. |
| 4) Généralisation | A travers des activités analogues, temporellement espacées, l'enfant peut réactualiser les instruments acquis au cours des étapes 1-3. | | |

objectives de la réalité. Sept à neuf ans, c'est, selon les psychanalystes, la période de latence, où il transfère ses affects (sentiments, attitudes) du milieu familial à l'univers scolaire. Il passe ainsi progressivement d'un système socio-relational unidimensionnel vers une pluri-dimensionnalité : son environnement, principalement familial au début, s'élargit petit à petit à l'école, aux pairs et, avec la maîtrise du langage verbal et écrit, aux mass-média. Rudimentaire vers 7 ans, la coopération évolue vers une organisation basée sur une structure d'entente et de respect mutuel. Entre enfants commencent à s'établir des relations de réciprocité. Et, si vers 7 ans la coopération est encore fragile et limitée, elle se "complexifie" progressivement.

Mode de prévention

Notre programme d'intervention est conçu sous forme d'activités ludiques et conflictuelles auxquelles l'enfant participe et sur lesquelles il porte ensuite une réflexion concrète. Les étapes prévues sont au nombre de quatre (cf. tableau I) :

- réalisation d'une tâche générant un conflit social, affectif et/ou cognitif
- prise de conscience, par questionnement, du conflit vécu et des moyens mis en oeuvre pour le dépasser

- élargissement, par questionnement d'ordre plus général, de cette vision anecdotique à une vision plus globale
- réactualisation et généralisation des instruments acquis dans d'autres situations ludiques et conflictuelles, temporellement espacées.

Evaluation de ce type de prévention

Ce mode d'intervention a été testé dans 12 classes de Suisse romande. De l'évaluation qualitative à court terme ressort un phénomène massif de généralisation des acquis. En effet, en réalisant des tâches très simples avec un partenaire social (classer des aliments dans les catégories "bons"/"mauvais", dessiner une chambre idéale, etc.), chaque enfant parvient :

- à mieux se décentrer de son propre point de vue et à tenir compte de l'idée, de la position d'autrui
- à réactualiser, dans son quotidien, les instruments d'échanges et de communication développés (amélioration de la collaboration dans les travaux scolaires de groupe).

Par ailleurs, il gère plus "habilement" les situations problématiques (conflits à la récréation, à la leçon de gymnastique, etc.). Ce que confirme un sondage (9) effectué auprès de 30 classes de Suisse romande ayant appliqué un programme d'intervention en éducation à la santé basé sur les principes présentés.

Tableau II : les cours d'éducation à la santé

| | | |
|--|---|---|
| Intellect et Compréhension privilégiés | <ul style="list-style-type: none"> - éducation nutritionnelle - éducation sexuelle - stress - sommeil - toxicomanies | <ul style="list-style-type: none"> prévenir les carences ou excès alimentaires prévenir les grossesses non désirées prévenir la dépression prévenir l'insomnie prévenir une consommation nuisible de tabac, d'alcool, de médicaments et autres drogues illicites |
| Corps et Esprit privilégiés | <ul style="list-style-type: none"> - relaxation - yoga | <ul style="list-style-type: none"> alternative; technique de détente alternative; technique de "recentration", de "réintégration" de soi. |

B) Une pratique professionnelle auprès d'adolescents et d'adultes (10)

Notre enseignement s'axe sur deux pôles (cf. tabl. II):

- 1) Réflexion à partir de moyens didactiques et pédagogiques :
 - S'interroger, s'informer, se former pour optimiser son potentiel de santé.
 - Réfléchir, s'auto-déterminer, s'auto-éduquer pour empêcher l'apparition de comportements auto-dommageables.
 - Analyser, comprendre, identifier pour agir sur les causes de la maladie, manifestation d'un déséquilibre (erreurs alimentaires, émotions mal gérées, etc.).
- 2) Pratique de méthodes de relaxation dynamisées et intégrables au quotidien.

La diversité des cours offerts sous la rubrique "éducation à la santé" correspond à la pluridisciplinarité des domaines concernés par notre démarche non spécifique. Il ne s'agit pas d'une juxtaposition de cours hétéroclites mais d'une approche des différents aspects qui s'interpénètrent, se renforcent et se complètent.

Public-cible

L'âge, le sexe, le niveau socio-économique, l'insertion professionnelle (normaliens, enseignants, apprentis, infirmiers, spécialistes de la prévention) de la population à qui nous nous adressons n'est pas uniforme. Cependant, quels que soient le public et le sujet abordé, la démarche adoptée est la même, allant d'une non implication à une implication progressive des participants et à une éventuelle remise en question de leur propre façon de vivre. Cette action pédagogique est adaptable aux attentes et aux démarches spécifiques rencontrées.

Résumé : Destinés à des enfants, des adolescents et des adultes, nos programmes d'intervention reposent sur une pédagogie active, centrée sur le participant et dont le but est de rendre l'individu autonome et responsable de la gestion de sa santé.

La théorie qui sous-tend cette option éducative est "interactionniste" et "socio-constructiviste". Nous partons du principe que l'individu est en continuel devenir. Par ses échanges avec son environnement socio-relational, il parvient à un développement et à un épanouissement affectif, cognitif et social, pour autant toutefois que cet individu soit partie prenante dans ce processus.

Ainsi, nos contextes éducatifs sont conçus sous forme d'activités auxquelles chacun participe et sur lesquelles il porte ensuite une réflexion. Dans ces activités collectives, l'individu s'exprime, interagit et se confronte aux autres. Ce qui lui permet de clarifier et de réajuster ses représentations, d'élargir son système de pensée. Il parvient également à analyser et mieux maîtriser sa façon d'agir et de réagir face aux conditions et aux circonstances difficiles. Chacun élabore les solutions qui lui sont propres.

Summary

An active pedagogy for health : conceptualization of intervention programs for children, adolescents and adults

The programs described are based on a participant-centered pedagogical method, with the objective to make the individual autonomous and responsible for the management of his health. The underlying theory is interactionist and socio-constructivist. The person is continuously changing. Through exchanges with his socio-relational environment, he evolves toward affective, cognitive and social maturity, provided that he be actively involved in the process. Our educational contexts are activities in which each one is involved and on which he later reflects. In such

group situations, the individual expresses himself, interacts, confronts others, which allows him to clarify, readjust and enlarge his system of thought. He also is able to better analyze and master his behavior, and to react more adequately in front of conflictsituations. Each one elaborates his own solutions. Such health education programs aim thus at the development of optimal capabilities in the person, in order to promote his physical, psychic and social wellbeing.

Zusammenfassung

Aktive Ausbildungsmethode zur Gesundheitserziehung. Begriffsanalyse zu Programmen für Kinder und Erwachsene

Unsere Programme zur Gesundheitserziehung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene beruhen auf einer teilnehmerzentrierten, aktiven Pädagogik mit dem Ziel, das Individuum autonom und verantwortlich für die Erhaltung seiner Gesundheit werden zu lassen. Dieser Erziehungsmethode liegt die Theorie der Interaktion und der sozialen Konstruktivität zugrunde. Wir gehen aus vom Prinzip des fortdauernden Werdens eines Individuums. Durch den Umgang mit seiner soziokulturellen Umwelt gelangt es zu einer affektiven, kognitiven und sozialen Entwicklung und Entfaltung, welche umso reicher wird, je mehr das Individuum aktiv an diesem Prozess teilnimmt. Folglich ist der pädagogische Aufbau in Form von Aktivitäten konzipiert, an welchen jeder teilnimmt und die anschließend reflektiert werden. Während dieser Gruppenaktivitäten äussert sich der Einzelne, er nimmt aktiv am Geschehen teil und wird mit der Gruppe konfrontiert. Dies erlaubt ihm seine Darstellung zu klären und zu berichtigen sowie sein Denkvermögen zu erweitern. Er lernt zudem, sein Verhalten zu analysieren und seine Reaktionen in schwierigen Umständen und konfliktreichen Situationen zu meistern. Jeder erarbeitet seine ihm entsprechenden Lösungen. Unsere Programme zur Gesundheitserziehung tragen somit zur Entwicklung der optimalen Möglichkeiten jedes Einzelnen bei und erhalten und fördern ein nicht nur physisches, sondern auch psychisches und soziales Wohlbefinden.

Références bibliographiques

- (1) Moscovici S. et Ricateau Ph. Conformité, minorité et influence sociale. In : Moscovici S. Introduction à la psychologie sociale. Paris : Librairie Larousse, 1972; 1 : 139-191.
- (2) Lévy M. La nécessité sociale de dépasser une situation conflictuelle générée par la présentation d'un modèle de solution de problème et par le questionnement d'un agent social. Bienne : Brechtbühler SA, 1981.
- (3) Piaget J. L'équilibration des structures cognitives. Problème central du développement. Etudes d'épistémologie génétique. Paris : PUF, 1975.
- (4) Smedslund J. Les origines de la décentration. In : Bresson F. et de Montmollin M. Psychologie et épistémologie génétiques. Thèmes piagétiens. Paris : Dunod, 1966, 157-167.
- (5) Perret-Clermont AN. La construction de l'intelligence dans l'interaction sociale. Berne : Explorations. 1980.
- (6) Mead GH. L'esprit, le soi et la société. Paris : PUF 1963.
- (7) Lévy M. et Métroz N. Vers une nouvelle éducation préventive. Drogalcool, ISPA, Lausanne, 1983, 2 : 42-45.
- (8) Piaget J. et Inhelder B. La psychologie de l'enfant. Paris : PUF, 1980.
- (9) Ispavision. Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme, Lausanne, 1985, 1 : 8.
- (10) Lévy M. et Erba M. Méthodes actives d'éducation à la santé. Fribourg : Centre d'enseignement de la Croix-Rouge suisse, section de Fribourg, 1985.