

Jacqueline BILLON

DISCOURS ET PRATIQUES DU DISCOURS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE FRANÇAIS

Résumé : Des valeurs, des méthodes et des démarches diverses ont été utilisées de tout temps pour éduquer à la santé. Un constat didactique montre que l'éducation à la santé serait un phénomène complexe polysémique, ambigu posant des problèmes épistémologiques et éthiques.

Mots-clés : Éducation à la santé - Valeurs - Sens.

L'éducation, qu'elle s'exerce dans le domaine de la santé ou dans n'importe quel autre domaine, se réfère à des valeurs qu'il nous paraît important de questionner avant de se précipiter sur les modèles, les méthodes ou des outils aussi pertinents et rigoureux soient-ils. Ainsi, en montrant l'évolution des idées et des pratiques en éducation à la santé depuis la fin du siècle dernier, dans le système scolaire français nous tentons de préciser le discours et la pratique du discours.

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À TRAVERS LE TEMPS

Les ouvrages les plus récents en matière d'éducation à la santé (Sandrin-Berthon 1997, Bass 1994, Leselbaum 1997, Kokoreff et Mignon 1996) rappellent que de tout temps on a voulu utiliser l'école pour délivrer à tous les enfants de France des messages de prévention. Ses origines datent de 1793 sous la Convention. Depuis 1887, cette éducation varie en relation avec les avancées scientifiques des sciences médicales, les contextes économiques sociaux et culturels de la société française.

Sandrin-Berthon, dans son dernier ouvrage précise que, dès la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, l'éducation pour la santé se faisait au travers des leçons de morale et concernait essentiellement les thèmes hygiénistes pour lutter contre les problèmes de santé publique de cette époque ; ce qui dans un pays en pleine industrialisation représentait un problème économique majeur.

A juste titre Hourieux en 1995 rappelle que l'objectif premier de ces actions d'éducation pour la santé était « d'assurer les conditions de travail optimales, en termes de rendement et donc de profit, pour les classes dirigeantes ». Il fallait « apprendre aux pauvres les bonnes manières des riches » Deschamps (1984). Les servi-

ces sanitaires et l'école se sont donc mis à prescrire des modes de vie, des comportements sains, et l'on comptait sur les enfants pour transmettre aux parents les consignes d'hygiène et de santé car, le taux d'illettrisme chez l'adulte était élevé.

A partir de la seconde guerre mondiale, les progrès sont très rapides dans le domaine du diagnostic, du traitement des maladies et de la prévention. La société consacre des moyens importants au développement des sciences et des techniques médicales. Le modèle biomédical est à son apogée, très empreint de l'approche bernardienne. Le corps est assimilé à une machine qu'il faut apprendre à entretenir pour qu'elle fonctionne le mieux et le plus longtemps possible. On a foi dans la technologie médicale et l'on se doit de diffuser, de vulgariser les connaissances dans ce domaine.

L'éducation pour la santé s'applique donc à informer le grand public, à transmettre aux profanes le savoir des spécialistes. L'école, qui par définition est un lieu de transmission du savoir, n'échappe pas à cette tendance. On enseigne aux enfants les moyens de garder leur corps en bon état de fonctionnement. L'idée implicite de cette démarche est qu'il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit pour y renoncer. Les méthodes sont liées à des approches persuasives, volontaristes visant la modification systématique et planifiée des comportements de l'individu (Cotton 1982, Stewart 1984, Mintiens 1985).

A partir des années soixante-dix, on perçoit de plus en plus les limites d'une approche exclusivement organique de la santé d'une part, et des méthodes pédagogiques centrées sur le savoir à transmettre d'autre part. On se réfère volontiers à la définition déjà ancienne de l'Organisation mondiale de la santé (1946) qui défend une conception globale de l'être humain, ce qui marque une première rupture avec la conception biomédicale dominante. En parlant de bien-être, la définition de l'OMS de la santé affirme qu'il appartient à chacun de fixer ses propres normes de santé. Les dimensions biologique, affective et sociale paraissent indissociables.

De la même manière, on revendique une éducation qui développe non seulement les facultés de raisonnement et de mémorisation mais aussi des capacités physiques, le sens artistique et la vie relationnelle. Hannoun en 1995 rappelle cette approche biopsychosociale de l'individu où « l'on pourrait parler du corps selon trois points de vue au moins... » Les méthodes sont centrées soit sur l'optimisation des conditions de décision de l'individu, soit sur l'information qui a pour objectif de favoriser une décision responsable et les conditions d'adoption de comportements sains par la prise de conscience de ce qui est bon pour soi (Berthet 1983, Baric 1983, Sophe 1984) ou encore les descriptions sont plus « neutres », expérientielles, centrées sur l'individu ; passant par le courant central « éducatif », visant la motivation et la participation pour entraîner un changement de comportement (Barrrios et Benoit 1984, Piette 1985).

Puis, dès le début des années quatre-vingt, les effets de la crise économique se font ressentir et les problèmes sociaux font de nouveau massivement irruption dans le champ de la santé, entraînant une crise profonde du système de protection sociale. Dans le même temps, l'apparition du Sida et l'absence de réponse curative

DISCOURS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

ont provoqué un regain d'intérêt pour la prévention et révélé les faiblesses du dispositif dans ce domaine.

L'éducation à la santé est perçue alors comme « un processus d'actions qui fait apparaître dans le groupe social de nouvelles normes nécessaires à l'adaptation permanente du groupe et des individus qui le composent à des conditions de vie sans cesse changeantes, afin que les conduites suivant ces normes sauvegardent et améliorent le bien être physique, mental et social de la communauté » (Sandrin-Berthon 1995), c'est-à-dire que l'éducation pour la santé vise à la fois la promotion sous forme de « processus d'accompagnement souvent conçu à partir d'actions de santé qui donnent aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé afin d'améliorer celle-ci » (Bury 1988). Mais elle fait aussi référence à la prévention qui désigne comment « aider l'autre à agir avant » dans la gestion de sa vie au travers des risques qui sont aussi constitutifs de l'appétit de vivre.

L'objectif de l'éducation à la santé des années quatre vingt-dix semble n'avoir de sens que si les projets d'éducation à la santé s'inscrivent dans un véritable projet social qui met l'accent sur la participation active de la population. On inscrit l'être humain vivant en société dans un projet de santé global, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de son mode de vie. C'est donc une conception « d'un processus d'accompagnement des personnes et des groupes dans le développement de leurs capacités de bien-être et d'adaptation » (CFES 1996).

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ, DE L'ÉCOLE MATERNELLE AU LYCÉE

Dans les programmes scolaires, l'éducation à la santé figure implicitement à l'école maternelle, sans que toutefois le mot santé n'apparaisse en tant que tel dans le programme. S'exprimer, communiquer, assumer des responsabilités, agir, expérimenter, sont aussi des compétences qui seront utiles aux enfants tout le long de leur vie pour prendre en charge leur santé.

A l'école primaire, dans différents domaines transversaux d'activités, l'éducation à la santé est associée à l'éducation à l'environnement, à la consommation et à la sécurité. L'ensemble de ces activités de classe ayant pour objectif « la construction de la personnalité, l'acquisition de l'autonomie et l'apprentissage de la vie sociale ».

A l'école élémentaire, au niveau des apprentissages fondamentaux (cycle 2), l'éducation à la santé apparaît explicitement dans le programme de découverte du monde. Il s'agit de transmettre des connaissances sur le corps humain et d'initier les enfants à respecter des règles d'hygiène de vie. Il est également évoqué l'éducation à la vie civique en référence à la vie sociale. En fin de cycle, l'enfant sera capable « d'agir en fonction d'un risque et des autres » et de « s'engager dans une action individuelle et collective visant à communiquer aux autres sentiments et émotions ».

En cycle 3, on remarque que l'éducation physique et sportive œuvre dans le sens de la constitution « des savoirs contribuant à mettre en œuvre des principes de sécurité individuelle et collective et d'une manière générale à préserver sa santé ». Quel que soit le cycle, il s'agit donc bien d'une approche transversale des questions de santé qui a pour but l'acquisition de connaissances, mais aussi de savoir-être.

Au collège, un programme transversal s'intitule « la santé et la vie » qui ne fait qu'énumérer des thèmes possibles d'enseignement (hygiène bucco-dentaire, alternance veille-sommeil, alcoolisme, tabagisme, alimentation.) Deux heures d'éducation sexuelle par mois, pour les classes de 4^e et de 3^e sont obligatoires depuis le 15 avril 1995, qui ont pour but de donner une image positive de soi, d'analyser les relations à autrui et d'adopter une attitude critique sur les stéréotypes en matière de sexualité. Cette circulaire a au moins le mérite de renoncer à une démarche exclusivement centrée sur la maladie sexuellement transmissible et de préconiser une approche plus globale de la sexualité.

Au lycée, la prévention des consommations nocives et des conduites à risques s'inscrit maintenant dans des dispositifs généraux tels que les Comités d'environnement social. On rappelle que les jeunes doivent être acteurs à part entière du projet. Il ne s'agit plus d'apporter des informations sur les produits toxiques mais d'identifier et de résoudre les problèmes qui existent au sein de la communauté éducative. On pourra penser avec Berthet (1983) que « l'éducation pour la santé n'est pas une discipline particulière mais une attitude d'esprit, une orientation de pensée et d'action. » On n'a donc plus pour seul objectif de transmettre des connaissances sur le corps. On cherche à développer le sens des responsabilités ou les capacités d'expression et de communication. C'est une éducation sanitaire et une pédagogie de la santé au service de la communauté.

A l'heure actuelle, « le devoir de l'école est d'éduquer aussi les consciences individuelles à la responsabilité de chaque "sujet-élève" à l'égard de son propre bien-être de sa santé » (Leselbaum 1997). Les actions d'éducation à la santé à l'école semblent donc basées sur la construction d'un programme de formation, précisant les objectifs, les outils d'évaluation, le déroulement de l'action, la réalisation pédagogique... Des modèles pédagogiques comme l'éducation par les pairs, les approches psycho et socio-cognitives sont privilégiées. L'éducation à la santé devient un ensemble des actions de partages du savoir, de l'accès à l'information qui permettent à chacun de prendre connaissance des risques qu'il prend par ses comportements, ses habitudes de vie à l'égard de son propre bien-être.

Au niveau des contenus, on peut lire que quel que soit le thème qui sert de support, il s'agit de développer le respect de soi-même et l'autonomie, de promouvoir le respect d'autrui et la solidarité, de sensibiliser au respect et à la protection de l'environnement. Au niveau des méthodes, pour éduquer des personnes à la santé, il s'agit de tenir compte des compétences potentielles et acquises en mettant en œuvre les informations, les formations et les apprentissages nécessaires pour que ces personnes soient aptes à discerner et à adopter pour elles mêmes et pour ceux dont elles ont la responsabilité, les attitudes et les comportements requis, quel que soit le modèle auquel on se réfère.

LES VALEURS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE

Ainsi, l'éducation à la santé à l'école semble relever d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé serait perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. La santé serait une allure de vie (Honoré 1996). Il s'agit là d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. L'éducation à la santé ne relèverait pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. L'intérêt pour soi, pour autrui, l'approche holistique et l'écologie semblent des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies d'éducation à la santé.

L'éducation à la santé transmet donc des valeurs. Ainsi, il apparaît essentiel de réfléchir à celles que l'on souhaite promouvoir au travers une action. L'éducation à la santé a en effet, souvent le défaut de ne s'intéresser qu'aux responsabilités personnelles et passent sous silence les autres facteurs d'influence interdépendants tels la télévision, les publicités, le niveau de ressources, les conditions de logement, de travail de chacun des membres de la famille qui contribuent de manière importante à protéger ou à détruire la santé. Rappelons ici que dans la charte d'Ottawa, pour mettre en place des actions de promotion de la santé, il faut d'abord que l'État assure à chacun la possibilité de se loger, se nourrir et de gagner sa vie...

En passant sous silence la pluralité de déterminants à la santé peut se créer un véritable sentiment de culpabilité. L'enfant peut se percevoir stigmatisé, coupable et responsable de sa « non-santé » : ce que les américains nomment « le blâme de la victime » (Victim blaming). On notera en effet que certains messages qui glissent facilement d'une information ou d'une explication à une prescription, sont parfois inconciliables avec les messages parentaux. Toute nouvelle information peut donc se heurter à un système jusque-là équilibré de connaissances et de représentations personnelles de la réalité porteuses d'un certain nombre de valeurs. Apporter une information, donner un conseil de santé sans prendre en compte l'expérience, les habitudes et les connaissances de la personne à laquelle on s'adresse, risque non seulement d'être inutile mais de provoquer le désarroi.

De plus, les informations et les conseils sont toujours formulés en référence à l'état actuel des connaissances scientifiques, on serait donc en droit de poser la question de la légitimité du changement de comportement. A quelles théories scientifiques se réfère-t-on pour imposer un changement de comportement ? D'autant que les actions d'éducation pour la santé sont reconnues pour rarement être évaluées (Deschamps 1997). Le savoir médical ne constitue pas la vérité. Il repose sur des statistiques qui gèrent des probabilités et non les différences individuelles.

Dans ce sens, l'ethnocentrisme des professionnels de la santé serait à considérer si l'on veut bien reconnaître les écarts entre les systèmes de valeurs, les représentations sociales de la santé et de la maladie des professionnels et les perceptions subjectives de la santé et de la maladie des profanes. Flick en 1992 a en effet dé-

montré que cette « deuxième forme de savoir » joue un rôle essentiel dans le comportement quotidien de santé.

Selon Deshamps (1997), l'éducation à la santé a par ailleurs pour limite de vouloir éduquer selon la « théorie du vase vide » i.e. que le sujet est considéré vierge de toute pratique, de plus il est perçu comme un public captif, non autonome, qui n'a pas le droit de s'opposer, à qui on ne laisse que peu de liberté et surtout qui n'a pas le droit à l'erreur. Rappelons avec Canguillem (1996) que la santé est d'abord un droit à la liberté et une forme de créativité, il s'agit d'être en bonne santé et d'avoir une bonne santé.

Ainsi, même si depuis longtemps, les psychologues et les sociologues ont mis en évidence la multiplicité des facteurs qui influencent les comportements, en éducation à la santé, quel que soit le modèle explicatif des comportements auquel on se réfère, il est important de considérer que les déterminants des conduites ne sont pas seulement d'ordre rationnel. Savoir, vouloir, se croire capable de, choisir et pouvoir (Sigaudès 1989) dépendent aussi de phénomènes inconscients. Le problème est donc complexe.

Nous devons par ailleurs, gérer un paradoxe : nous avons en effet le souci d'aider l'autre à s'épanouir, à devenir autonome, à gérer sa santé, mais le seul fait d'avoir un projet de santé pour l'autre ne crée-t-il pas une forme de dépendance ? Et enfin, l'éducation à santé ne reste-t-elle pas un leurre pour les populations les plus démunies ? Jusqu'où dans nos démarches éducatives aussi respectueuses des différences soient-elles ne creusent-elles pas davantage le fossé entre les inclus et les exclus ?

D'emblée, ces questions renvoient à une décision éthique, i.e. au problème d'une déontologie de l'éducation et de la santé qui est de considérer le rapport du sujet à sa propre santé, non comme le simple objectif ou produit d'un dispositif technique, voire comme une simple ressource. Elles renvoient aussi à la prise en charge de la personne totale et non seulement à la sphère santé pour tenter de résoudre le rapport du sujet à la santé et le rapport du sujet à la société.

L'éducation à la santé est polysémique quant à son contenu, à son champ et à la valeur qui lui est donnée par les théories et les pratiques. La diversité de ses définitions témoigne à la fois d'un champ d'action en développement et des positions différentes des acteurs, mais surtout elle met en jeu des représentations des conceptions de vie et de mort de chacune des communautés dans laquelle elle s'inscrit. (Herzlich 1969). Elle témoigne des systèmes de valeurs, des normes propres de chaque acteur ; mais, encore faut-il avoir conscience que chaque discours véhicule certaines valeurs et qu'il n'est pas exempt de représentations qui dépendent étroitement des origines culturelles de chacun. Passer sous silence ces différents phénomènes, c'est sans doute faire porter à l'individu une lourde charge.

Ainsi, à supposer que l'on parvienne à s'entendre sur une définition très générale de l'éducation à la santé où l'éducation à la santé serait un processus éducatif sanitaire et une pédagogie de la santé au service de la communauté caractérisé par le dépassement de l'opposition entre la santé et la maladie, la reconnaissance pour toute action de sa contribution à une mission globale de santé, le lien entre la santé

DISCOURS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

et la citoyenneté inscrit dans une économie de coopération et de solidarité ; la question ne serait pas résolue pour autant. Nous rejoignons la pensée d'Yves Bertrand (1993) où chacun aura besoin d'une formation qui permettra de régler les problèmes sociaux, écologiques, culturels et politiques. Une formation qui reposera sur des « stratégies éducatives » plus appropriées à la résolution globale des problèmes de notre planète. En d'autres termes, nous pensons avec Lecorps (1989) que l'éducation à la santé est « un acte d'accompagnement de l'homme » qui suppose que l'on inscrive l'homme dans le projet des sociétés. L'éducation à la santé aurait ainsi comme finalité de transformer la société et de rendre l'individu en formation acteur de ce changement...

Ainsi, si on admet que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou de handicap, alors on admet que l'éducation à la santé n'est pas seulement la transmission des connaissances. Et, si la santé est comme on l'entend parfois la vie, alors l'éducation à la santé peut être l'éducation à la vie ; il nous arrive donc parfois, de penser que les compétences dont nous avons besoin pour promouvoir notre santé sont celles dont nous avons besoin pour vivre en société. Quelle est donc la spécificité de la démarche éducative dans le domaine de la santé ? Peut-on apprendre la santé comme on apprend l'histoire ou les mathématiques ? L'éducation pour la santé est elle vraiment nécessaire ? Ne s'agit-il pas tout « simplement » d'éducation ? La question reste ouverte et se pose particulièrement pour le milieu scolaire.

Jacqueline BILLON

Université Charles de Gaulle - Lille 3
Laboratoire GEREOR

Abstract : All time, values, methods and varied gaits has been used for health education. An official statement point out health éducation would be a complex phenomenon with epidemiological and ethical problems.

Keywords : Health education - Values - Conscience

Bibliographie

- Bass M. (1994) *Promouvoir la santé*. Paris : L'Harmattan.
Baric L. (1983) « Éducation pour la santé et prévention des maladies coronariennes » — *Monographies européennes de recherche en éducation pour la santé* 1.
Barrios C. & Benoit C. (1984) *Hygiène. Médecine Préventive. Santé publique. L'infirmière et la prévention*. Paris : Document pédagogique de l'assistance publique sur l'éducation sanitaire.
Berthet E. (1983) *Information et éducation sanitaires*. Paris : PUF (Q SJ).
Bertrand Y. *Théories contemporaines de l'éducation*. Lyon : Chronique sociale.

J. BILLON

- Bury J.-P. (1988) *Éducation à la santé*, Bruxelles : De Boeck.
- CFES (1996) *Léo et l'eau*. Coffret pédagogique pour les classes de CE1, CE2, CM1, CM2.
- Canguillem G. (1996) *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF (6e éd.).
- Cotton E. (1982) *L'éducation pour la santé : méthodes*. Bruxelles : Ed de l'Université de Bruxelles.
- Deschamp J.-P. (1997) *Éthique et promotion de la santé*. Intervention au Colloque international de pédiatrie sociale, Amiens.
- Flick U. (1992) *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. Paris : L'harmattan.
- Hannoun H. (1995) *Comprendre l'éducation. Introduction à la philosophie de l'éducation*. Paris : Nathan.
- Herzlich C. (1969) *Malades d'hier et malades d'aujourd'hui : de la mort collectives au devoir de guérison*. Paris : Payot.
- Honoré B. (1996) *La santé en projet*. Paris : InterÉditions.
- Hourieux G. (1995) « Brèves histoires sur l'éducation à la santé et de ses approches » — *Éducation à la Santé* (3-4).
- Kokoreff M., Migon P et all., (1996) « L'éducation pour la santé. Du discours à la pratique » — *Actualité et dossier en santé publique* 16.
- Leselbaum N (1995) *L'éducation à la santé : Un champ nouveau pour les sciences de l'éducation*. Document INRP.
- Leselbaum N (1997) *L'éducation à la santé en milieu scolaire*. Paris : Toxibase.
- Malherbe J.-F. (1990) *Pour une éthique de la médecine*. Bruxelles : Ciaco.
- Mintiens (1985) « L'éducation pour la santé : un champ d'action insoupçonné pour les acteurs sociaux » — *Dossier de l'Aide Sociale* (29-33).
- Piette D. (1985) « L'éducation pour la santé : un champ d'action insoupçonné pour les acteurs sociaux » *Dossier de l'Aide Sociale* 52 (29-33).
- Sandrin-Berthon et all (1995) « Santé » — *Éducation à la Santé*. Vanves : CFES.
- Sandrin-Berthon (1997) *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF
- Sigudès D. (1989) « L'éducation pour la santé. » in *Santé publique*. Paris : Ellipses.
- Sophe T. — in : M. Lechat (1984) *Cours d'éducation pour la santé*. Louvain en Woluwe, licence médico-sociales et hospitalières.
- Stewart (1984) *Cours d'éducation pour la santé*. Louvain en Woluwe, licence médico-sociales et hospitalières.