

## ATELIER SANTE ET PREVENTION.

Yves GIRAULT\* et Denise ADLER\*\*

\* L.R.D.V.S.T., Département de Didactique, Université de Montréal

\*\*Service de Santé de la jeunesse- Genève.

MOTS-CLÉS : PREVENTION - SANTE - JEUNES - RESPONSABILISATION -  
RELATIONS PARENTALES - EDUCATION POUR LA SANTE - MATERIEL  
DIDACTIQUE.

RÉSUMÉ : À travers quelques exemples de matériel d'éducation pour la santé et une discussion centrée sur des thèmes proposés par les participants, divers aspects de la réalisation d'activités d'éducatons pour la santé sont abordés.

SUMMARY : Throught a few exemples of health education material, and discussion about different themes proposed by the participants, diverse aspect of realisation of health education activities are broached.

A. GIORDAN, J.-L. MARTINAND et D. RAICHVARG, Actes JIES XIV, 1992

Nous avons voulu dans cet atelier, avoir une approche très pratique, en partant des expériences des divers participants et en tentant de répondre à une interrogation : en quoi un message de prévention est-il différent ? Pour faciliter le débat, nous avons tout d'abord proposé la projection d'un film de prévention sur le SIDA, réalisé par l'Office Mondial pour la Santé, dans le but d'effectuer un travail de prévention auprès des adolescents. Nous avons proposé aux participants d'analyser ce film. Enfin, nous avons abordé les questions des participants. Pour enrichir la réflexion, nous donnons à titre indicatif des références bibliographiques qui se rapportent aux propos tenus lors des échanges.

## 1. LA PREVENTION SIDA : ANALYSE DE CAS

L'atelier commence par la présentation de la vidéo "Alisson" qui est utilisée pour sensibiliser les adolescents à la prévention du sida. Cette vidéo qui est produite par l'Organisation Mondiale de la Santé présente le témoignage d'une jeune femme atteinte du SIDA.

Les participants qui, pour la majorité d'entre eux, ont déjà eu une expérience de prévention avec leurs élèves, ont apprécié ce film qui, contrairement à d'autres documents, se révélait peu technique :

"Ce film est intéressant pour une action de sensibilisation."

"Dans ce film, il y a une personnalisation du message, et puis on voit cette belle jeune fille qui ne donne pas du tout l'impression d'être malade. Les élèves peuvent donc comprendre qu'un(e) jeune peut être malade tout en paraissant en excellente santé."

"Ce film doit entraîner une prise de conscience et une responsabilisation des jeunes face au risque du SIDA."

Une participante souligne l'émotion qui est traduite dans ce film. Elle est persuadée que les jeunes qui le verront partageront la même émotion et, de ce fait, ils se sentiront concernés par la prévention de cette maladie. Après de longs échanges de vues, deux aspects quant à la prévention du SIDA sont soulevés : l'information de type médicalisée qui est le plus souvent utilisée et l'importance du milieu social.

### 1.1 Le problème d'une information très médicalisée

Dans le domaine du SIDA comme ailleurs, il est évident que les discours de prévention se heurtent à des résistances : lassitude, impression d'être déjà au courant (sans que les connaissances spécifiques soient toujours acquises), interférences avec les valeurs personnelles ou habitudes. Certains estiment même qu'en tant que jeunes, ils ne sont pas réellement concernés par le SIDA, et que la prévention n'est qu'une projection de l'angoisse des parents et, ou de leurs interdits face à la sexualité des jeunes. Pourtant,

même s'ils ne sont pas actuellement les plus concernés par la maladie SIDA (en 1988, 0,7% des cas de Sida répertoriés appartenait à la population des 15-19 ans alors que 35,8% des malades du Sida étaient âgés de 30 à 39 ans ), on peut craindre une évolution importante de ce pourcentage chez les jeunes qui revendiquent un épanouissement amoureux et sexuel. Ainsi les résultats de nombreuses études démontrent que les jeunes deviennent actifs sexuellement à un âge de plus en plus précoce (Sorensen R., 1973, Needle R.H., 1977, Zelnick M. et Shah F.K., 1983, Guilbert E., 1985, Legaré G., Bérubé J., 1985, Desjardins M.-F., Langlois S., Lemoyne Y., 1986). D'après King et al., (1989), Lévy J. et Dupras A., (1989), l'âge des premières relations sexuelles se situe vers 14-15-ans. Aux Etats-Unis par exemple le pourcentage de filles de 15 à 19 ans, actives sexuellement, est passé de 2% en 1950 (Kinsey 1953) à 30% en 1971 et à 50% en 1979 (Zelnick M., Kantner J.F., 1980). Chez les garçons 70% d'entre eux ont déjà eu des relations sexuelles entre 17 et 21 ans. On peut ainsi considérer aujourd'hui qu'au terme des études collégiales 35% des adolescents ont eu des relations sexuelles complètes. Donc, pour avoir un impact sur un public de jeunes, les programmes de prévention et d'éducation à la santé devront relever le défi de rendre plus conciliables les choix de santé et les aspirations existentielles de leur public.

## 1.2 Le milieu social

Les participants soulignent l'importance de développer le dialogue entre parents et adolescents. Cet aspect est d'ailleurs très souvent retenu dans la bibliographie. Ainsi, les travaux de King et al. (1989) montrent qu'en dépit des efforts pour assurer une information accrue et systématique sur le Sida, les jeunes n'en continuent pas moins, à maintenir des comportements à risques. Les stratégies de sensibilisation sont-elles adéquates ? Des recherches récentes (Claes M., Paradis C., 1988, Fortin F., Kerouac S., Taggart E., 1988, Lieberman J.-J. 1983) montrent en effet que sur le plan cognitif, les adolescents ayant une activité sexuelle non protégée, c'est à dire à risque, ne présentent pas de caractéristiques clairement identifiables. Cependant, ces mêmes travaux laissent entendre que la qualité du réseau social qui entoure l'adolescent, comme le niveau de communication entretenue avec les parents, les amis et le partenaire, serait crucial sur ce plan. Des résultats semblables ont été obtenus par le Comité Régional d' Education pour la Santé (1988), qui a effectué l'évaluation de trois albums de prévention sur la drogue. *"Les réponses aux questions relatives aux connaissances et au rejet de la drogue sont meilleures quand un débat avec des adultes a suivi la lecture de l'album."*

On peut raisonnablement se demander quel est l'impact réel de la bd dans ces évaluations, par rapport à celui du discours des adultes. On peut donc se demander si un matériel de prévention doit être apprécié pour son impact direct, ou en fonction de sa capacité de stimuler la communication adultes-adolescents.

Après cet échange de vues, les participants ont posé leurs questions qui serviront d'introduction à des étapes de construction de programmes de santé.

## 2. LES QUESTIONS SOULEVEES

- Comment être efficace en matière de formation à l'hygiène, notamment pour des employés de l'agro-alimentaire ?

- Comment aborder le problème des enfants maltraités ?

- Dans le cadre de l'information des techniciens en élevage : comment dépasser les contraintes institutionnelles qui peuvent interférer avec la prévention ?

- Comment évaluer l'efficacité d'une prévention des abus d'alcool et du tabagisme auprès d'élèves de terminale (18 ans) ?

Etant donné qu'il nous était matériellement impossible d'aborder l'ensemble de ces questions, nous avons tenté de trouver des aspects communs notamment en reprenant notre interrogation du départ : "En quoi un message de prévention est-il différent ?" Plusieurs aspects ont été retenus : l'identification, la morale, l'importance du facteur temps dans la prévention, la notion de valeur, et enfin, nous avons souhaité conclure sur un aspect positif à savoir la reconnaissance de nos besoins pour vivre.

### 2.1 Problème d'identification

Deux conceptions fondamentales de la prévention opposent les partisans d'une identification forte des personnes ciblées pour aboutir à un changement d'attitude, et, pour exactement les mêmes raisons, ceux qui privilégient une distanciation des personnes ciblées par rapport au discours proposé, notamment pour éviter de susciter le comportement visé, et/ou pour éviter de choquer les adolescents.

Comme nous allons le voir, à travers des évaluations de BD de prévention sur le SIDA, le choix de ces différentes conceptions de la vulgarisation va avoir des répercussions fortes sur le comportement des jeunes. Ainsi, dans l'album "Pas de SIDA pour Miss Poireau" les auteurs ont voulu volontairement éviter l'identification des lecteurs, pour éviter de les choquer. Cette opinion s'oppose aux résultats des travaux de Trénaman (1967) qui conclut que la compréhension des thèmes éducatifs véhiculés par les médias est favorisée par la présentation de personnages concrets, d'autant plus que le niveau de formation est élémentaire. Cependant, lors de nos travaux d'évaluation de cet album (Girault Y., 1989), de nombreux adolescents nous ont fait part de leur intérêt pour celui-ci notamment parce qu'ils ne pouvaient pas s'identifier au héros :

Yann : *"On est sûr de ne pas se reconnaître dans l'un de ces personnages"*.

Elodie : *"Ce qui est marrant, c'est l'histoire des légumes et tout ça... C'est bien parce que ça ne choque pas et c'est expliqué clairement, on comprend bien et ça ne choque pas"*.

Trincaz et Zorman (1988) ont abouti aux mêmes conclusions dans leur travail d'évaluation de la B.D. "Merlot contre M.S.T. Sida" : "Cette BD est apparue comme un bon support que les jeunes pouvaient culturellement s'approprier ; et la forme classique du "thriller" comme une façon de permettre cette distanciation souhaitée par les jeunes qui ne désiraient pas s'identifier à des personnages en situation."

Par contre, dans la bd "Jo", le choix a été de favoriser l'identification des jeunes au moyen de la description détaillée des deux personnages principaux, autour desquels gravitent des seconds rôles plus caricaturaux. A en juger par l'impact de cette histoire dans les milieux de jeunes dès la parution de l'album, l'identification a bien eu lieu, mais peut-on affirmer qu'elle favorise effectivement des comportements de protection ? Dans les débats avec des jeunes, on observe des réactions diverses, certains l'aiment passionnément, d'autres la rejettent massivement, non seulement pour des raisons émotionnelles, mais aussi en fonction de leur milieu social. Utile pour la sensibilisation à un problème, l'émotion n'aide donc pas forcément à se situer parmi les risques, et elle peut même au contraire véhiculer une certaine confusion. Ceci nous amène à émettre plusieurs hypothèses. Les refus d'identification doivent-ils être compris comme des refus plus profonds du discours de prévention et de la modification de comportement qui est supposée en découler ? Ceci est corroboré par les résultats des travaux de King et al (1989) qui mettent en évidence que si les jeunes semblent posséder des connaissances relativement bonnes sur la maladie Sida et sa prévention, ils n'en continuent pas moins de traduire des comportements à risque. C'est également ce que Nathalie nous précise très clairement : "*Le SIDA j'y pense et puis j'oublie. C'est comme si j'avais deux cerveaux, celui qui sait les choses et celui qui me suggère de ne pas en tenir compte et me dit : n'oublie pas de faire non plus ce qu'il te plaît*" (Tornikian J. 1990).

D'autre part, ces travaux d'évaluation qui ont été réalisés après diverses campagnes de prévention du SIDA par la BD peuvent-ils raisonnablement être généralisés alors même que la nature de ce média est basée sur l'identification forte du lecteur au héros ? Enfin, les travaux cités font tous références à de jeunes adolescents. Comment peut-on dans ce cas extrapoler les résultats obtenus pour des publics plus âgés quelque soit le type de prévention (tabac, alcool, drogue, maladies cardio-vasculaire....) et le support médiatique choisi ? Il nous paraît plus raisonnable d'émettre comme hypothèse que le choix de l'identification des jeunes à un héros dans le cadre de la prévention ne doit pas être tranché de façon irrémédiable, et que de nombreux facteurs sont à envisager.

Enfin, les activités de prévention qui visent la dramatisation, comme condition de la portée du message de prévention risque d'aboutir non pas à une responsabilisation, mais à une culpabilisation liée à un climat de peur et d'insécurité. Pour inciter les jeunes à modifier leurs conduites (sexuelles ou autres), les auteurs exercent parfois une pression extérieure au groupe (la menace du SIDA, et donc de la déchéance et de de la mort...),

mais comme le soulignent Lewin K. (1970) et, Anzieu D. et Martin J.-Y. (1968) au risque de renforcer l'intensité des résistances au changement.

En effet, les jeunes peuvent se sentir manipuler et avoir l'impression que la menace de problèmes de santé est utilisée par certains adultes pour leur faire adopter des comportements conformes à des valeurs qu'ils rejettent.

## 2.2 Problème du temps

D'autres études soulignent enfin l'importance du facteur temps : le nombre d'heures d'intervention nécessaires pour obtenir une modification des attitudes et comportements est nettement plus élevée que pour observer l'acquisition de connaissances spécifiques. Il est ainsi fortement probable que de nombreux programmes de santé soient trop brefs pour atteindre le stade des modifications de comportement et ce facteur pourrait expliquer les divergences apparemment paradoxales entre discours et pratiques. Il existe une autre hypothèse d'ordre psychanalytique qui stipule que si un changement de comportement heurte profondément les habitudes ou les valeurs personnelles, des remaniements psychiques profonds s'apparentant au processus du deuil peuvent être nécessaires avant que des solutions acceptables ne soient trouvées. L'évaluation de l'efficacité d'une campagne de prévention ne peut donc être faite seulement à court terme. Les enquêtes de santé et les évaluations de campagne SIDA montrent une nette progression de l'utilisation des préservatifs, notamment chez les jeunes, sans qu'il soit toutefois possible d'attribuer ce résultat à un facteur précis, des nombreuses actions d'information, de prévention du SIDA et de promotion de la santé ayant eu lieu pendant la période en question, aussi bien dans les médias que dans les écoles les services médicaux et les associations.

Mais alors comment aborder le discours de prévention ? Ne doit-on pas transmettre des valeurs ? Si oui lesquelles ? Nous pensons avec Samson "qu'une éducation sans valeurs est sans valeur". La première démarche consiste donc, pour chaque intervenant, à prendre conscience des valeurs qu'il transmet et de les expliciter.

## 3. LES CONTRAINTES AUX ACTIONS DE PREVENTION

Elles sont inévitables, bien que rarement insurmontables à long terme, et un moyen d'éviter de les transformer en obstacle est de considérer l'identification des contraintes comme une étape indispensable à la construction d'un programme. Il est aussi utile de pouvoir s'appuyer sur un réseau de prévention, constitué par l'identification et la coordination de tout ceux qui, par leur fonction ou leur motivation, peuvent contribuer au succès d'un programme. C'est indispensable pour aborder les

questions délicates comme celles liées aux enfants maltraités, aux toxicodépendances, ou au SIDA.

Pour terminer, nous voudrions resituer toutes les démarches de prévention ou prise en charge de divers problèmes dans une perspective de santé globale. A quoi bon éviter le SIDA, les abus ou les maladies si on n'est pas épanoui ? Des activités avec des élèves de tous âges peuvent être proposées, abordant par diverses méthodes la reconnaissance de nos besoins pour vivre.

#### 4. LA RECONNAISSANCE DE NOS BESOINS POUR VIVRE

Pour illustrer cet aspect, nous ferons allusion à l'expérience de l'association "Synergie 78"<sup>1</sup> qui développe une approche globale de la prévention dans les établissements scolaires du premier et du deuxième cycle. Nous rapportons ci dessous quelques propos du docteur Moraël, l'un des responsables de cette association<sup>2</sup>.  
*"Affirmer que le tabagisme est nocif n'est qu'une vérité qui touche plus ou moins les jeunes, mieux vaut essayer de savoir pourquoi ils ont envie de fumer, et en fait c'est qu'ils veulent grandir. Il y a d'autres moyens pour cela et sur ce point, nous pouvons les aider. On le sait, les élèves ont leurs propres normes, à nous de leur proposer des éléments pour les modifier... On ne parle pas de drogue, on dit qu'on est un gagnant et on explique ce qu'est un gagnant, et comment on y parvient. En revanche les jeunes peuvent se libérer d'une angoisse. C'est aussi ce qui se passe pour le SIDA. On présente la relation amoureuse comme quelque chose de passionnant, et, comme dans toutes les passions, il y a des contraintes qu'il faut apprendre à surmonter."*

#### 5. RENSEIGNEMENTS PRATIQUES POUR DEVELOPPER DES ACTIVITES D'EDUCATION A LA SANTE

##### 5.1 Adresses

##### **CENTRE DIDRO**

Documentation sur la toxicomanie. 149 rue Raymond Losserand, 75014 Paris. Tél: 45 43 39 37.

##### **CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION DU SIDA.**

Documentation très riche, formations et conseils, informations, orientations, évaluations de campagnes. 3 / 5 rue de Ridder. 75014 Paris. Tél: (1) 40 44 40 50. Fax: (1) 45 43 30 80.

---

<sup>1</sup>"Synergie 78" L.P. Simone Weil; rue du val-d'Oise, 78700 Conflans-Sainte-Honorine.

<sup>2</sup>Extrait d'un article: Cours de vie à l'école. Bonheur, février 1992.

## COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE.

Accidents domestiques, alcool, éducation pour la santé, MST, nutrition, tabac, toxicomanie, vaccination. 2 rue Auguste Comte. 92170 - Vanves. Tél: (1) 46 45 45 00.

Fax : (1) 46 44 06 64.

### 5.2 Documents

TOURIGNY (M.), 1988. L'enfance maltraitée : dépistage et prévention. Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse, Montréal.

LE VAN (F.), THEYE (M.), 1991. Education à la santé. Dossier pédagogique, 70 audiovisuels pour l'animation et la formation. Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire, Marly-le Roi.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU (D.), MARTIN (J.-Y.), 1968. La dynamique des groupes restreints. P.U.F..

CLAES (M.), PARADIS (C.), 1988. L'utilisation des moyens contraceptifs par les adolescentes : quel est le rôle des facteurs cognitifs ? Apprentissage et Socialisation-En piste, vol 11, n1, Montréal.

COMITE REGIONAL D'EDUCATION POUR LA SANTE, 1989. Evaluation du programme d'information sur la drogue réalisé dans les CM2 de la région PACA pendant l'année scolaire 1987-1988, 63 pages, Marseille.

DESJARDINS (M.-F.), LANGLOIS (S.), LEMOYNE (Y.), 1986. Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un cégep. Union Médicale du Canada, 115, 668-671.

FORTIN (F.), KEROUAC (S.), TAGGART (E.), 1988. Sexualité à l'adolescence. Apprentissage et Socialisation-En piste, vol. 11, n 1, Montréal.

GIRAULT (Y.), 1989. Contribution à l'étude de la bande dessinée comme outil de vulgarisation scientifique. Thèse de doctorat. Université paris VII . 300p.

GUILBERT (E.), 1985. La contraception. Le médecin du Québec, juin, 27-32.

KING (A.) et al., 1989. Etude canadienne sur les jeunes et le Sida. Kingston, Ontario : Social Program Evaluation group, Queen's University.

KINSEY (A.-C.) et al., 1953. Sexual Behavior of the Human Female. Philadelphia : Saunders.

LEGARE (G.), BERUBE (J.), 1985. La contraception des adolescents : information et prévention. L'actualité médicale, juillet, 18-19.

LEVY (J.), DUPRAS (A.), 1989. Les comportements sexuels et contraceptifs au Québec : aspects contemporains. Dans Dupras (A.) (Ed), La sexologie au Québec, Longueuil : Iris, 1299-164.

LEWIN (K.), 1970. Psychologie sociale, Tome 2 Dunod, Paris.



- LIEBERMAN (J.-J.), 1983. Locus of control as related to birth control knowledge, attitudes and practice. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 3, 128-134.
- NEEDLE (R.-H.), 1977. Factors affecting contraceptive practices of high school and college age- students. *Journal of School health*, 47, 340-345.
- SORENSEN (R.), 1973. *Adolescent sexuality in Contemporary America*, New-York : World Publishing.
- TRENAMAN (J.-M.), 1967. *Communication and Comprehension*, New York : Humanities Press.
- TRINCAZ (J.), ZORMAN (M.), 1988. M.S.T. Sida les jeunes évaluent. Bilan et perspectives d'une campagne d'information dans les lycées. C.R.D.P. Grenoble.
- TORNIKIAN (J.), 1990. J'y pense et puis j'oublie. Tabou n1 Agence Française de Lutte contre le Sida.
- ZELNICH (M.), KANTNER (J.-F.), 1980. Sexual activity contraceptive use and pregnancy among metropolitan area teenagers, 1971-1979. *Family planning Perspective*, 12, 230-238.
- ZELNICH (M.), SHAH ( F.-K.), 1983. First intercourse among young american. *Family Planning perspective*. 15, 2, 64-70.