

Section 11 :
**Aperçu des compétences de base
acquises en matière d'éducation à
la santé et des aptitudes à se
prendre en charge**

APERCU DES COMPETENCES DE BASE ACQUISES EN MATIERE D'EDUCATION A LA SANTE ET DES APTITUDES A SE PRENDRE EN CHARGE

Adapté de : *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development* par Mangrulkar, L; Vince-Whitman, C; et Posner, M. Health et Human Development Programs, Education Development Center, Newton, MA (document non publié).

Introduction

En 2010, la planète comptera 1,2 milliard de jeunes âgés de 10 à 19 ans. Un nombre sans cesse croissant de ces jeunes habiteront en Asie, en Afrique et en Amérique latine. Cette génération pourra-t-elle pleinement réaliser ses potentialités ? Cela dépendra de la capacité qu'auront leurs familles, les écoles et les communautés d'aider ces jeunes à acquérir les compétences dont ils auront besoin non seulement pour leur survie fondamentale mais également pour le plein épanouissement de leurs capacités sociales, affectives et cognitives. Le défi qu'implique la prise en compte de leurs besoins est à la fois clair et contraignant ; les compétences de base acquises en matière d'éducation à la santé ou le développement des aptitudes à se prendre en charge sont des réponses à ce défi.

Qu'entend-on par compétences de base acquises en matière d'éducation à la santé (aptitudes à se prendre en charge) ?

L'éducation à la santé doit développer des compétences de base mettant l'accent sur le développement de « capacités à développer un comportement positif et d'adaptation permettant aux individus de faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne » (OMS 1993). L'acquisition des aptitudes à se prendre en charge peut influencer dans une large mesure l'ensemble de la santé physique, affective, sociale et spirituelle de l'individu qui est à son tour liée à sa capacité de maximiser les chances que lui offre la vie. Le succès des compétences de base acquises en matière d'éducation à la santé est lié à trois facteurs : 1) la reconnaissance des stades de développement que les jeunes franchissent successivement et les compétences nécessaires pour leur cheminement vers l'âge adulte, 2) une méthode pédagogique participative et interactive et 3) l'utilisation d'activités d'apprentissage culturellement pertinentes et attentives aux questions relatives à l'égalité des sexes.

Le but premier de l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé est non seulement de changer le niveau des connaissances de l'étudiant mais également d'augmenter sa capacité à traduire ses connaissances en comportements spécifiques et positifs. Les méthodes d'enseignement et d'apprentissage participatif et interactif sont des composantes essentielles de ce type d'éducation. Ces méthodes comprennent les jeux de rôles et le travail en petits groupes. C'est en participant à des activités d'apprentissage fondées sur ces méthodes que les jeunes apprennent à mieux gérer non seulement leur propre personne, mais également leurs relations et leurs décisions relatives à leur santé.

Cette pédagogie se fonde sur un vaste ensemble de recherche fondée sur la théorie selon laquelle l'homme apprend ce qu'il doit faire et la façon de le faire en observant les autres, et que son comportement se renforce grâce aux résultats positifs ou négatifs découlant de cette observation. En outre, de nombreux exemples empruntés à la recherche sur l'éducation et le comportement démontrent que la répétition facilite l'amélioration de ces comportements. Comme l'a expliqué Albert Bandura, une des figures de proue de la psychologie sociale, « lorsque l'homme répète mentalement ou effectue réellement des

Internationale de l'Éducation (IE) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

schémas de réponse modélisés, il est moins susceptible de les oublier que s'il n'avait jamais réfléchi à ceux-ci ou s'il n'avait jamais mis en pratique ce qu'il avait vu » (Bandura, 1977).

L'apprentissage coopératif ou apprentissage en groupe représente un autre aspect important des programmes fondés sur les compétences. Bon nombre de ces programmes mettent à profit le pouvoir des pairs pour influencer l'acquisition et l'amélioration d'un comportement positif. En travaillant en coopération avec les pairs pour développer des comportements pro-sociaux, les étudiants changent l'environnement normatif des pairs pour appuyer des comportements positifs en matière de santé (Wodarski et Feit). « Dès lors, en tant que stratégie éducative, l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé dépend d'un groupe de personnes pour être effective ». L'interaction entre les étudiants d'une part, et, d'autre part, entre les étudiants et les enseignants est indispensable au processus d'apprentissage »*.

Outre l'utilisation de méthodes d'enseignement interactif et participatif, l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé tient également compte du stade de développement (physique, affectif et cognitif) d'une personne en apprentissage. Toutes les activités d'apprentissage sont conçues en fonction de la tranche d'âge des étudiants, de leur niveau de maturité, de leurs expériences de vie et de leurs schémas de réflexion. Simultanément, les activités participatives donnent aux étudiants l'occasion d'apprendre les uns des autres et d'apprécier tant les différences que les similitudes qui caractérisent les apprenants dans leur salle de classe.

En règle générale, l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé vise trois grandes catégories : les compétences sociales, les compétences cognitives et les compétences d'adaptation sur le plan affectif. La plupart des programmes comprennent chacune de ces compétences.

Tableau 3 : Exemples de compétences de la vie courante

Compétences sociales	Compétences cognitives	Compétences d'adaptation sur le plan affectif
<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en matière de communication • Compétences en matière de négociation/refus • Compétences en matière d'assertivité • Compétences interpersonnelles (afin de développer des relations saines) • Compétences en matière de coopération 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en matière de prise de décision/solution des problèmes <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les conséquences de ses actes - Déterminer des solutions alternatives pour les problèmes • Compétences liées à la réflexion critique (afin d'analyser l'influence des pairs et des médias) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du stress • Gestion des sentiments, notamment de la colère • Compétences afin de renforcer le locus de contrôle interne (auto-gestion, auto-contrôle)

* Handouts 1-5 on Life Skills Education, Gillespie, A. UNICEF (document non publié)

Loin de s'exclure mutuellement, ces trois catégories de compétences se complètent et se renforcent. Ainsi, un programme visant à promouvoir les compétences sociales des enfants devrait enseigner les moyens d'envisager et de déterminer les alternatives pour réagir face à des situations potentiellement violentes (compétences cognitives), d'échanger les sentiments relatifs à la situation et d'obtenir de l'aide des autres le cas échéant (compétences sociales) et enfin de gérer les réactions personnelles liées au conflit (compétences d'adaptation sur le plan affectif).

Pour déboucher sur des résultats de qualité, l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé doit être utilisée en liaison avec une discipline ou un contenu spécifique.** L'apprentissage de la prise de décision par exemple sera plus effectif s'il est placé dans un contexte spécifique (par ex. les décisions que nous prenons quant à la consommation de tabac). De plus, alors que l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé met l'accent sur les changements de comportement, il est probable qu'une activité d'apprentissage ait un impact sur le changement de comportement à moins de tenir compte également des aspects liés à la connaissance et au comportement (par ex. un étudiant n'essaiera pas de négocier l'utilisation effective du préservatif s'il ne sait pas que celui-ci peut empêcher la transmission de la maladie ou s'il n'est pas convaincu de l'utilité du préservatif). Il faut donc que les approches fondées sur les compétences s'accompagnent d'activités qui mettent l'accent sur les connaissances et le comportement de l'étudiant).

La tableau suivant donne un aperçu des informations auxquelles l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé peut être appliquée :

Tableau 4 : Informations qui peuvent aller de pair avec une l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé

		Exemples d'informations
Contenu spécifique	Prévention de la violence/solution des conflits	<ul style="list-style-type: none"> • Situations de conflits potentielles • Mythes sur la violence perpétrés par les médias • Rôle de l'agresseur, de la victime et du spectateur
	Consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances	<ul style="list-style-type: none"> • Influences sociales quant à la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues • Situations dans lesquelles on pourrait se voir offrir une substance • Perceptions erronées quant à la quantité d'alcool, de tabac et d'autres drogues consommées dans la communauté par les pairs
	Relations sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Amitiés • Sorties • Relations parents/enfants

** Ce paragraphe est une adaptation du document "Handouts 1-5 on Life Skills Education," Gillespie, A. UNICEF (document non publié)

	Santé en matière de sexualité et de santé génésique	<ul style="list-style-type: none"> • Informations sur les IST, le VIH et le SIDA • Mythes et conceptions erronées en matière de VIH/SIDA • Mythes sur la répartition des rôles entre les genres perpétués par les médias • Egalité des genres (ou absence d'égalité) dans la société • Influences sociales en matière de comportement sexuel • Sorties et relations
	Condition physique/Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation saine • Exercices/sports • Prévention de l'anémie et de la carence en fer • Troubles alimentaires

De plus, l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé met en avant l'utilisation des activités d'apprentissage qui ont une pertinence culturelle et qui tiennent compte de l'égalité entre hommes et femmes. A cette fin, les activités d'apprentissage offrent aux participants de nombreuses occasions de contribuer à la nature et au contenu des situations étudiées (par ex. élaboration de leurs propres études de cas, élaboration conjointe de scénarios éventuels, etc.). Grâce à une telle approche, les situations sont réalistes et en prise directe avec la vie quotidienne des participants. Il est essentiel que les compétences développées et vécues par les jeunes dans la salle de classe puissent être transposées facilement à ce qu'ils vivent en dehors de la salle de classe.

Pourquoi l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé est-elle importante?

Au cours de la décennie écoulée, des travaux de recherche sans cesse plus nombreux ont donné la preuve que l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé peut promouvoir un grand nombre d'attitudes et de comportements positifs, notamment une plus grande sociabilité, une amélioration de la communication, une prise de décisions saine et la solution effective à des conflits. Il ressort de ces études que ces interventions servent également à prévenir des comportements négatifs ou à haut risque tels que la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues, les rapports sexuels non protégés et la violence. Le tableau ci-dessous résume les résultats des travaux de recherche menés sur les programmes d'éducation fondée sur les compétences. Il est important de noter que la recherche a découvert que les projets incluant le développement des compétences dans les programmes de cours sont plus efficaces que les projets qui se limitent au transfert de connaissances (par ex. par le biais de cours ex cathedra).

La recherche démontre que l'acquisition de compétences de base en matière d'éducation à la santé peut :

- Retarder l'âge auquel commence la consommation **abusive de tabac, d'alcool et de marijuana** (Botvin et al, 1995. Hansen, Johnson, Flay, Graham, et Sobel, 1988)
- Prévenir un **comportement sexuel à haut risque** (O'Donnell et al., 1999; Kirby, 1994; Schinke, Blythe, et Gilchrest, 1981)
- Enseigner la **maîtrise de la colère** (Deffenbacher, Oetting, Huff, and Thwaites, 1995; Deffenbacher, Lynch, Oetting, et Kemper, 1996; Feindler, et al 1986)

Internationale de l'Éducation (IE) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

- Prévenir la **délinquance** (Young, Kelley, et Denny, 1997)
- Promouvoir l'ajustement social positif d'un **comportement criminel** (Englander-Golden et al. 1989)
- Améliorer les comportements liés à la santé et l'**estime de soi** (Elias, Gara, Schulyer, Branden-Muller, et Sayette, 1991)
- Améliorer les **performances universitaires** (Elias, Gara, Schulyer, Branden-Muller, et Sayette, 1991)
- Prévenir le rejet par les pairs (Mize et Ladd, 1990)

Qui peut enseigner les compétences de base en matière d'éducation à la santé?

Les enseignants, les conseillers, les psychologues, le personnel infirmier des écoles et d'autres prestataires de soins de santé ont tous été associés à l'enseignement des compétences de base en matière d'éducation à la santé. La clef du succès de l'enseignement de ces techniques réside dans une formation exhaustive aux caractéristiques fondamentales de l'enseignement de compétences de base en matière d'éducation à la santé, donnée aux chargés des programmes. Les buts de la formation sont les suivants : 1) relever le niveau de connaissance qu'ont les chargés de programmes des matières enseignées/apprises ; 2) donner aux chargés de programmes la maîtrise des méthodes d'enseignement participatif et interactif dans la salle de classe et leur en faciliter l'application ; 3) améliorer la connaissance qu'ont les chargés de programmes au sujet des questions de développement dans l'apprentissage ; et 4) renforcer les compétences des chargés de programmes dans la gestion du comportement de la classe, étant entendu que l'enseignement de compétences de base en matière d'éducation à la santé est appliqué principalement dans un grand groupe et traite souvent de questions sensibles.

UNE FORMATION EFFECTIVE A L'ENSEIGNEMENT DES COMPETENCES DE BASE EN MATIERE D'EDUCATION A LA SANTE APPREND AUX CHARGES DE PROGRAMMES A :

- Créer un environnement effectif et sûr, étayant le programme
- Avoir accès aux ressources relatives aux informations sur la santé et aux références
- Prendre en compte des questions sensibles
- Modéliser les compétences incluses dans le programme
- Appliquer les méthodes d'enseignement interactif dans la salle de classe
- Emettre une critique constructive, apporter un appui positif et fournir un retour d'informations
- Gérer un processus de groupe

Quelle que soit l'agence qui joue le rôle principal dans la mise en application de l'enseignement des compétences de base en matière d'éducation à la santé, il est important que les chargés de programmes collaborent à toutes les étapes de la planification et de l'application avec d'autres protagonistes locaux et les membres de la communauté. Ainsi, les chargés de programmes souhaiteront-ils inviter les parents à assister à des programmes de formation afin d'améliorer leurs propres compétences pour communiquer avec leurs enfants ou faire face à des situations personnelles difficiles. De même, d'autres membres de la communauté (par ex. les travailleurs du secteur de la santé ou la police) pourraient être invités à participer à des activités d'apprentissage spécifiques tant dans la salle de classe qu'en dehors de celle-ci. Le tableau ci-dessous donne une liste des personnes les mieux à même d'enseigner des compétences de base en matière d'éducation à la santé.

Internationale de l'Éducation (IE) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Chargés de programmes à même d'enseigner les aptitudes à se prendre en charge

Il pourrait s'agir de...	Doivent être perçus comme...	Doivent avoir les qualités suivantes...
<ul style="list-style-type: none"> • Conseillers • Leaders parmi les pairs • Travailleurs sociaux • Travailleurs de la santé • Enseignants • Parents • Psychologues • Médecins • Autres adultes qui inspirent la confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Crédibles • Dignes de confiance • Ayant un statut élevé • Un modèle positif • Ayant réussi • Compétents 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence dans le processus de groupe • Capacité à diriger et à animer • Respect des enfants et des adolescents • Chaleur, soutien, enthousiasme • Connaissance des différents domaines propres à l'adolescence • Connaissance des ressources présentes dans la communauté

Quels sont les défis qui s'opposent à la mise en œuvre l'enseignement des compétences de base en matière d'éducation à la santé ?

Voici quelques-uns des plus grands défis associés à cette mise en œuvre:

1. Les prestataires de soins de santé, les travailleurs du secteur de la jeunesse et les enseignants sont souvent censés aider les adolescents à développer des compétences qu'ils ne possèdent pas eux-mêmes. Les chargés de programmes peuvent avoir besoin de développer pour eux-mêmes des compétences liées à la prise d'assurance, à la gestion du stress et à la résolution des conflits avant d'être en mesure d'enseigner ces compétences dans la salle de classe. Par conséquent, il importe d'inclure dans tout programme de formation des activités par lesquelles les chargés de programmes potentiels peuvent prendre en compte leurs propres besoins personnels.
2. Il est nécessaire de former les adultes à l'utilisation des méthodes d'éducation active. L'enseignement des compétences de base en matière d'éducation à la santé encourage la participation de tous les étudiants et peut créer une dynamique de classe que certains enseignants ne connaissent pas. Toutefois, la recherche nous a appris que les enseignants qui, au départ, ne se sentaient pas à l'aise pour utiliser les méthodes participatives dans leur salle de classe ont surmonté leur réticence après avoir pu s'exercer à ces méthodes lors de sessions de formation. La confiance du responsable du programme est essentielle au succès de l'acquisition de compétences.
3. Il peut arriver que les chargés de programmes ne se sentent pas à l'aise lorsqu'ils abordent des thèmes et des questions sensibles. Certains chargés de programmes peuvent se sentir peu préparés à communiquer avec leurs étudiants sur des thèmes sensibles tels que la santé sexuelle et la santé génésique, la violence et les relations. Il se peut également qu'ils ne sachent pas où compléter les informations dont ils disposent sur ces questions. Une fois de plus, il est indispensable de donner aux enseignants la formation qui leur permettra de prendre en compte au mieux ces questions ou commentaires sensibles, et d'y répondre, car il s'agit là d'un élément essentiel du défi à relever. Les responsables devraient également être encouragés à interagir et à se rencontrer tout au long de l'année scolaire afin d'échanger leurs

idées et leurs suggestions.

4. Les chargés de programmes sont sous-payés et surmenés. Il se peut que les chargés de programmes n'aient pas l'enthousiasme ni l'énergie nécessaires pour apprendre de nouvelles méthodes pédagogiques. Il faut donc que ces responsables comprennent que l'enseignement des compétences de base peut avoir des bienfaits à court et à long terme non seulement pour leurs étudiants, mais également pour eux-mêmes, sur le plan privé et sur le plan professionnel. Les programmes de formation doivent comprendre des activités qui aident les enseignants à acquérir les compétences qu'ils peuvent utiliser dans leur vie quotidienne, par ex. améliorer les relations, éviter la violence ou le harcèlement sexuel, ne pas s'adonner à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Des études ont révélé que les programmes d'enseignement des compétences de base sont en mesure d'améliorer la participation et l'enthousiasme des chargés de programmes. (Allegrante, 1998)
5. Les enseignants sont souvent sollicités pour mettre en œuvre de nombreux programmes de cours et leçons de natures diverses, sans avoir bien compris les liens entre ces programmes et les avantages relatifs de chacun d'eux. Le manque de coordination entre les administrateurs des écoles, les coordinateurs des programmes de cours et les secteurs de la santé et de l'éducation est de nature à mettre les divers programmes de cours en concurrence. Une telle situation peut s'avérer frustrante pour des enseignants surmenés, qui sont alors enclins à considérer les nouveaux programmes comme alourdissant encore leur charge de travail. Pour relever ce défi, il est essentiel que règne une étroite collaboration entre tous les protagonistes, notamment les enseignants, de façon à ce que tout le monde comprenne bien comment les nouveaux programmes de cours peuvent être utilisés de manière réaliste pour enrichir les programmes déjà en vigueur.

Quelles peuvent être quelques clefs du succès dans la mise en œuvre de l'enseignement des compétences de base?

La mise en œuvre est précédée d'un processus de planification : dès le départ, il faut avoir pour principal souci l'objectif visé. Il est essentiel de situer le programme, les intérêts et besoins des chargés de programmes et des jeunes, les conditions et ressources locales dans un contexte où ils sont en harmonie. Comme l'examen des défis à relever le laisse entrevoir, rien ne saurait être mis en œuvre si l'enthousiasme, la participation et l'engagement des chargés de programmes font défaut. Ceux-ci, à savoir les enseignants, les travailleurs de la santé, les conseillers et les bénévoles représentent probablement la composante la plus critique de ce processus de mise en œuvre. En fait, bon nombre de programmes doivent leur succès, même en l'absence de politiques nationales, au talent et à l'engagement des personnes au plan local. Examiner les préoccupations des chargés de programmes quant à leurs conditions de travail personnelles et professionnelles, les prendre en compte et y réagir déterminera dans une large mesure le succès du programme.

En dépit des défis qui peuvent être liés à la mise en œuvre de l'enseignement des compétences de base, la récompense que constitue la réussite de tels programmes et leurs résultats positifs sont incommensurables. En coordonnant les efforts des protagonistes tant sur le plan local que sur le plan national, les planificateurs et les défenseurs des programmes peuvent contribuer à la mise en place d'un programme éducatif à la fois effectif et durable.

Ouvrages de références

- Allegrante, J. (1998). School-Site Health Promotion for Staff. In *Health is Academic: A Guide to Coordinated School Health Programs*. Editors Marx, E and Frelick Wolley, S. New York: Teachers College Press.
- Bandura, A (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Botvin, G.J. Schinke, S.P. Epstein, J. A., & Diaz, T. (1995). The effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youth: Two-year follow up results. *Psychology of Addictive Behaviours*. 9: 183-194.
- Deffenbacher, J., Oetting, E., Huff, M., Thwaites, G. (1995). Fifteen-month follow-up of social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of Counseling Psychology*. 42(3): 400-405
- Deffenbacher, J., Lynch, R., Oetting, E., and Kemper, C. (1996). Anger reduction in early adolescents. *Journal of Counseling Psychology*. 41(2): 149-157.
- Elias, M., Gara, M., Schulyer, T., Brandon-Muller, L., and Sayette, M. (1991). The promotion of social competence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 6(13): 409-417.
- Englander-Goldern, P., Jackson, J., Crane, K., Schwarkopf, A., and Lyle, P. (1989). Communication skills and self-esteem in prevention of destructive behaviours. *Adolescence*, 14: 481-501.
- Feindler, E., Ecton, R., Kingsley, D., and Dubey, D. (1986). Group anger-control training for institutional psychiatric male adolescents. *Behaviour Therapy*. 17: 109-123.
- Hansen, W., Johnson, C., Flay, B., Graham, J., and Sobel, J. (1988.) Affective and social influence approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from Project SMART. *Preventive Medicine*. 17: 135-188
- Kirby, D. (1994). School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviours: Sexuality and HIV/AIDS education, health clinics, and préservatif availability programs." Paper presented at the American Public Health Association Annual Meeting, San Diego, October 31, 1994.
- Mize, J. and Ladd, G. (1990). A cognitive-social learning approach to social skill training with low-status preschool children. *Developmental Psychology*. 26(3): 388-397
- O'Donnell L et al. (1999). The effectiveness of the *Reach for Health* Community Youth Service Learning Program in reducing early and unprotected sex among urban middle school students. *American Journal of Public Health*. 89:176-181.
- Schinke, S, Blythe, B, and Gilchrest LD. (1981) Cognitive-behavioural prevention of adolescent pregnancy. *Journal of Counseling Psychology* 28 451-454.
- Young, M., Kelley, R. and Denny, G. (1997). Evaluation of selected life-skills modules from the contemporary health series with students in Grade 6. *Perceptual and Motor Skills*. 84: 811-818.
- Wodarski, JS and Feit, MD. (1997) Adolescent Preventive Health: A Social and Life Group Skills Paradigm. *Family Therapy*. v. 24. no.3. 191-208.
- Organisation Mondiale de la Santé. Programme on Mental Health. (1993) Life Skills Education in Schools.