

**6<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique  
Québec, mercredi 20 novembre 2002**

**Thème de la journée :**

**« Plus ça change plus c'est pareil » ou comment promouvoir la santé auprès des ados ?**

**Table ronde : Les enjeux de la promotion de la santé auprès des adolescents  
Quelques balises de réflexion sur la promotion de la santé auprès des ados.**

Colette Schoonbroodt, Ph.D. en Santé publique, Éducation pour la santé  
Chercheure autonome, professeure associée Sciences de l'Éducation, UQAR

J'ai été invitée à participer, avec deux autres experts, à la table ronde de la fin de cette journée de réflexion et de partage sur la promotion de la santé à l'adolescence. Mon mandat était de dégager des éléments structurants à partir des échanges des différents experts, échanges portant sur le développement des adolescent(e)s, les paradoxes et spécificités, les pièges et les succès de la promotion de la santé, les stratégies prometteuses. Je me suis donc mise en situation d'écoute, active et sélective : parmi la diversité des apports théoriques et méthodologiques de la journée, y-a-t-il des connaissances qui pourraient servir de balises à des innovations ? C'est donc une opportunité pour moi de dégager des éléments pour alimenter votre réflexion en promotion de la santé à l'adolescence.

Un premier constat porte sur les discours entendus et les points d'ancrage servant à fonder la production de connaissances. En effet, pour la plupart des participant(e)s, il est important de « comprendre » pour fonder les pratiques. Le colloque a été organisé pour permettre d'entendre des visions et des interprétations différentes sur une même réalité. En effet, des disciplines différentes se sont exprimées, chacune avec ses référents et ses méthodes de travail propres et, en termes de production de connaissances sur les jeunes, des similitudes s'observaient mais aussi des contradictions. Ainsi, les points de départ des recherches peuvent être très différents : pour certains, la promotion de la santé se fonde à partir de données d'études épidémiologiques alors que pour d'autres, il faudrait ouvrir l'angle de perception de la réalité des jeunes, les regarder et comprendre à partir du développement normal des jeunes, ne pas se focaliser sur les problèmes liés à l'adaptation sociale mais sur les stratégies d'adaptation. Voici une première différence majeure, qui n'est pas étrangère aux connaissances produites :

- Pour certains chercheurs, les approches en promotion de la santé s'inscrivent dans les mêmes axes et la même logique de recherche que la prévention de la santé, à partir de l'identification et de l'explication des facteurs de risques et des déterminants de la santé, donc à partir de ce qui fait problème. Comme si « promouvoir la santé » c'est agir encore plus tôt, avant que n'arrive un problème! Dans cette logique, mécaniste et linéaire, on peut comprendre la préoccupation autour de la question de la précocité des interventions : ne devrait-on pas agir plus tôt, développer des programmes de prévention du tabagisme par exemple, au niveau des écoles primaires ? Or, dans un autre point de vue, en éducation par exemple, on sait que de donner des « connaissances au cas où » ne sert pas

à grand chose car tant que les connaissances dites savantes ne sont pas perçues comme pertinentes par les jeunes, celles-ci se perdent, ou du moins ne sont pas activées lorsque c'est nécessaire. Il y a des moments, en éducation, favorables pour « recevoir » des messages, ces moments sont caractérisés par une adéquation entre les connaissances d'expérience des jeunes et les messages qui sont véhiculés par l'adulte ou par le programme. C'est pour cela que l'on attire l'attention des « éducateur(trice)s » pour qu'ils (elles) utilisent des stratégies qui vont ancrer les nouvelles connaissances aux connaissances d'expérience des jeunes, partir d'eux et cheminer avec eux. C'est différent de la participation des jeunes, c'est de s'assurer qu'il y ait une médiation de sens et de pertinence pour chaque jeune participant, de développer des stratégies pédagogiques d'appropriation par les jeunes des messages sanitaires.

- Pour d'autres experts, il faut changer, au départ, l'angle de vue des recherches pour comprendre les jeunes. Il faut modifier les préceptes théoriques et méthodologiques, il faut aussi « innover en recherche » pour pouvoir comprendre la réalité « normale » des jeunes. S'intéresser aux 85% des jeunes qui vont bien pour comprendre leurs stratégies d'adaptation et les facteurs de protection. Plusieurs experts ont parlé des forces des jeunes, de leur développement psychologique, social, des stratégies d'adaptation voire de survie (et non les inadaptations). Le jeune est « étudié » alors comme un être « normal », au développement « normal » plutôt que comme un être « particulier », défini en termes de problèmes. Le concept de santé aussi est différent. Il n'est plus vu restrictivement comme un concept aux relents « bio-psycho-sociaux » mais comme une composante dynamique du processus d'adaptation du jeune au monde social qui l'entoure et à son cheminement identitaire.

Toujours au niveau de la production des connaissances pour comprendre les jeunes, une autre observation concerne la perspective paradigmatique : la construction de la réalité ! En effet, plusieurs ont parlé de « constructivisme », que la réalité n'existe pas mais que chaque acteur l'a construit constamment. Cette position paradigmatique incite à donner la parole aux jeunes. On s'intéresse alors aux « constructions de sens » données par les jeunes sur eux-mêmes et sur leurs réalités. On a ainsi entendu parlé de stratégies de collectes de données impliquant des jeunes par des focus group par exemple. Mais par ces stratégies, est-ce qu'on recherche à valider nos représentations d'adultes ou est-ce qu'on cherche à enrichir la connaissance que nous avons à partir de ce qu'ils portent comme vision et comme compréhension d'eux-mêmes, voire dès lors de modifier nos pré-constructions de sens ? Comme informateurs, par des méthodes qualitatives, considère-t-on les jeunes comme des acteurs sociaux à part entière (et non des « sous-hommes ou des sous-femmes » comme on l'a entendu) qui peuvent « produire du sens » sur des réalités qui les concernent ou bien les considère-t-on comme des « répondants-valideurs » du sens prédéfini par d'autres ? Poussons encore plus loin cette option paradigmatique dans ses orientations méthodologiques, s'intéresser aux jeunes comme des « informateurs » sur eux-mêmes c'est en fait de reconnaître que, par leurs discours, nous pouvons avoir accès à leurs représentations de la réalité. Leur subjectivité est valorisée et ne fait donc pas l'objet de mesures diverses de contrôle de « véracité » puisqu'il n'y a plus une réalité absolue à trouver ! On croit et on prend en compte les discours des jeunes, sans développer des moyens de « vérification » et de « validation » car leur subjectivité nous ouvre vers des compréhensions inédites, que l'adulte n'a pas accès par lui-même. Les jeunes ne sont donc plus uniquement une « cible », un « public à cerner » sur lesquels on fait des études. Mais un groupe hétérogène d'acteurs sociaux avec qui et par qui on peut

collaborer pour faire de la recherche. Les impliquer dans les démarches de compréhension et d'interprétation.

Lorsque l'on se dit constructivisme, on commence par reconnaître la co-existence de plusieurs allégeances paradigmatiques et donc l'intérêt, en recherche et en intervention, de questionner les pris-pour-acquis et les traditions, de rendre explicite ce qui sous-tend les pratiques de recherche et d'intervention auprès des jeunes. L'analyse paradigmatique porte sur un questionnement suivant : sur quoi fonde-t-on les interventions ? Sur quel genre de connaissances argumente-t-on les choix stratégiques d'intervention préventive et d'action en promotion de la santé ? Comment sont construites ces connaissances sur les jeunes d'aujourd'hui, sur les problèmes qui les préoccupent et par conséquent sur ce qui nous préoccupe en santé publique ? Quel type d'expertise privilégie-t-on ? Il ne s'agit pas de faire un commentaire appréciatif sur les stratégies méthodologiques mais de porter un regard analytique et critique sur la production des connaissances que nous utilisons pour justifier nos choix d'intervention. C'est un questionnement qui peut paraître prétentieux pour certains lecteurs, ou encore inutile. Pour moi, il est essentiel car il permet de se doter d'une attitude de conscientisation face aux discours d'experts portés sur des réalités qui leurs sont externes, ici la réalité des jeunes québécois et québécoises! En effet, au-delà de notre titre, de notre statut, de nos expériences professionnelles, de notre renommée scientifique et professionnelle, au-delà de tous ces acquis, il demeure toujours et pour tous, que notre travail de production de connaissances est guidé par des croyances et des pratiques dites scientifiques influencées par des paradigmes différents (sens de Kuhn). Ce n'est jamais une connaissance absolue que nous pouvons avoir mais une connaissance relative, relative aux référents conceptuels, à la démarche de production des connaissances et au contexte où nous les produisons.

Pour rappel, deux grandes tendances paradigmatiques co-existent et celles-ci ont animé les contenus de présentation durant toute la journée. Ces deux tendances se retrouvent présentes dans les mondes scientifique et professionnelle :

- d'une part, une tendance à croire que l'on peut connaître un phénomène, connaître avec un niveau de certitude de plus en plus élevé (ce qui justifie d'ailleurs une quête toujours plus grande de mesure). Dans cette perspective, on est persuadé qu'il y a quelque part une expertise à développer, meilleure et toujours plus performante, pour expliquer un phénomène, pour en identifier les causes et pour déterminer les actions à mener qui modifieraient les effets indésirés. Cette expertise est souvent recherchée dans la « science » et ses pratiques. Celle-ci s'attribue (et on le lui attribue) une légitimité sociale pour définir les phénomènes, pour identifier les causes et pour caractériser les cibles, en l'occurrence ici les adolescent(e)s. Dans cette conception, toute action d'intervention doit se positionner et se justifier sur des connaissances produites par des méthodes scientifiques, des approches valorisées par les pairs (on reste dans la tradition). Les fondements des interventions s'articulent sur des données, produites par des méthodologies reconnues et publiées dans les lieux ad hoc. Toute production de connaissances autres doit être « vérifiée ». En santé publique, la tradition de l'épidémiologie et de l'épidémiologie sociale, ses référents théoriques et ses pratiques méthodologiques, guide la production de ces connaissances. Lorsque l'on parle de promotion de la santé, on constate que c'est toujours dans cette perspective que se définissent les grands axes de l'intervention.

- d'autre part, une tendance différente se fonde sur une conception (croyance) que la réalité des phénomènes qui nous intéressent n'existe pas en soi, qu'elle est créée par l'ensemble des acteurs qui s'en préoccupent, la perspective constructiviste. Face à la diversité de sens, donc à la subjectivité des phénomènes, on construit socialement des conceptions qui, pour des fins de décision et d'action, sont partagées et orientées vers une définition convenue. Par exemple, la santé est un terme dont chacun et chacune en porte une perception voire une conception personnelle et subjective. En santé publique, pour des fins d'organisation des connaissances, on décide d'une conception partagée, par exemple celle de l'OMS, et à partir de là s'élabore des recherches. La production des connaissances est donc toujours relative à ces préceptes, nommés ou laissés dans l'implicite. Dans cette perspective, en cohérence avec cette position paradigmatique, il ne s'agit donc plus de reconnaître une seule expertise mais la co-existence de multiples façons de créer du sens sur un même phénomène et ce, par des acteurs différemment concernés, en l'occurrence ici les jeunes eux-mêmes mais aussi les scientifiques, les acteurs sociaux, les parents, les éducateurs, etc. Cette tendance épistémologique s'inscrit en rupture de la première. Son pris-pour-acquis donne légitimité à une diversité d'interprétations, le questionnement est de l'ordre de la pertinence et la relativité des connaissances est perçue comme stimulante (et non comme des biais).

Ces deux tendances co-existent dans les univers de la recherche mais aussi dans les lieux de pratiques. Nous sommes nous-mêmes porteurs d'une des deux, nous avons une tendance dominante qui guide nos façons d'être au monde et qui se traduit dans nos actions. L'intérêt de les nommer, mais surtout l'intérêt de les identifier, est que ces deux modes différents d'appréhension du réel ont une incidence majeure sur les décisions et sur les pratiques que nous aurons. Plutôt que de « s'astiner » sur laquelle est la meilleure, où de savoir « qui a raison », il devient plus pertinent de reconnaître que des pratiques sont cohérentes dans une de ces deux visions alors qu'elles paraissent incohérentes voire contradictoires dans l'autre perspective paradigmatique. Cette façon de faire fait évoluer nos pratiques et nos échanges; de plus, elle est respectueuse des différences.

Nos propos s'inscrivent dans la seconde tendance, c'est-à-dire de reconnaître la relativité des choix. Pour nous, la production scientifique est une façon de nommer le problème et d'en apporter des éléments de compréhension, mais elle n'est, certes, ni universelle ni unique. Ainsi, si l'épidémiologie apporte des données intéressantes et orientantes pour la prévention de la santé, elle nous semble moins pertinente pour aborder la question de la promotion de la santé. Certaines procédures d'enquêtes populationnelles, valorisées pour produire des connaissances sur un grand nombre de jeunes, sont pour nous très discutables. Loin d'être infaillibles et « objectives », elles induisent des résultats et en occultent d'autres. Par exemple, la tendance actuelle en recherche, valorisant les méta-analyses, laissant croire que c'est « la » méthode « fiable », dite objective, pour fonder nos actions me semble être une attitude dangereuse... Elle renforce le réductionnisme des phénomènes à des valeurs statistiques. Elle occulte toute la complexité des comportements humains. Elle scotomise les limites méthodologiques pourtant connues et dénoncées lorsqu'il s'agit de recherche sur les jeunes.

Pour aborder la promotion de la santé, nous sommes davantage favorable à diversifier les lieux et les modes de production de sens, et donc à rechercher, dans des univers différents, comment on traite un même phénomène, ici l'adolescence. Il s'agit de rendre plus accessible et plus intelligible ces diversités de messages sur une même problématique, et de se permettre de discuter des données produites pour les confronter à leurs limites. De plus, ne perdons pas de vue que l'intervention se fondera aussi sur des inconnues et des incertitudes. D'ailleurs, n'a-t-on pas entendu qu'une des caractéristiques inhérentes à cette tranche d'âges qu'est l'adolescence c'est le mouvement, le changement constant. A figer un message ou une stratégie, on risque fort que quelques mois plus tard, on ne soit plus dans le coup!

La mouvance et l'hétérogénéité sont des caractéristiques à l'adolescence reconnues par plusieurs. Celles-ci s'inscrivent mal dans une logique de planification de programme car la pré-définition et la pré-détermination des contenus à transmettre excluent des acteurs concernés par l'intervention. Or, si on veut reconnaître les jeunes comme des acteurs producteurs, on aurait intérêt à mettre l'emphase sur eux. L'expertise alors se déplace vers une planification des processus « gagnants » (et non des contenus) : se donner des balises pour orienter comment les rejoindre, comment s'assurer que l'action les rejoigne dans leur vécu et leurs intérêts, mais surtout de s'arrêter pour déterminer très clairement l'intentionnalité de l'intervention, pour quoi intervenir auprès d'eux ?

Parmi tout ce qui fut partagé durant la journée, sans nommer les auteurs mais en dégagant des idées, j'identifierais quelques balises me paraissant importantes à retenir pour orienter les interventions :

- prendre les jeunes au sérieux : pour la plupart, ils savent ce qu'ils veulent, ils ont une opinion sur eux-mêmes, sur ce qu'on leur offre comme programme, comme service, comme mode de vie. Ils ne veulent pas qu'on les moralise, encore moins les infantilise. Dès lors, en terme de promotion de la santé, pour quoi ne pas développer des stratégies d'accompagnement des jeunes, partant de ce qu'ils portent comme réalité développer des stratégies qui valorisent et renforcent leurs habiletés à comprendre encore plus finement ce qui leur arrive, à devenir davantage conscient sur ce qui influence leurs actions, leurs choix,
- être dans le concret tout en étant adapté au développement cognitif des jeunes : selon les âges soit ils sont davantage dans leur réalité immédiate en ce qui concerne les plus jeunes soit ils se projettent dans des projets d'avenir pour les plus âgés (16 ans et plus). Donc connaître les jeunes à qui on s'adresse et avoir une approche qui s'intéresse à la signification des comportements qu'ils ont, la signification qu'ils donnent à leurs comportements, partager ces divers significations et s'assurer toujours d'être pertinent pour eux. En termes de ton à avoir, il semble que l'humour et l'émotion soient importants à ces âges;
- les jeunes ne veulent pas être définis comme des problèmes (étiquetage) mais par contre, ils sont intéressés à aborder les problèmes qu'ils vivent. En fait, ils veulent échanger sur ce qu'ils vivent comme réalité (spécificité) et ce sans censure; ils veulent aborder les choses de la vie avec lucidité et authenticité, sans protectionnisme. Au niveau des prises de risque par exemple, celles-ci font partie de la réalité adolescente et il serait intéressant

d'arrêter de vouloir les éliminer ou les nier. Tentons d'aborder cette réalité de prise de risque dans une perspective éducative et non plus punitive ou par la sanction. Une philosophie de l'intervention qui serait axée sur l'exploration des comportements en vue d'apprendre à estimer le degré de risque encourus (rationalité subjective), à identifier ce qui est recherché par la prise de risque, à diversifier les modes de satisfaction, de valorisation, etc. L'éducation au risque passe par le développement d'une réflexion sur leurs comportements et par le développement du sens critique, même et surtout dans des univers sociaux où existent des règles de vie comme l'école;

- la complexité, la diversité des messages, les contradictions, etc. tout cela fait partie du contexte de vie des jeunes. Oser parler des contradictions, amener les jeunes à naviguer dans la complexité, enrichir leurs habiletés d'appréhension du réel, des mouvements et des incertitudes... tout en apprenant à croire en lui-même. En éducation, surtout depuis que l'on se préoccupe du soutien à l'apprentissage, on a pris en considération l'organisation cognitive des messages : apprendre à articuler des idées, à mettre de l'ordre dans des messages et des contre-messages, à appréhender les diverses incohérences pour mieux les comprendre, etc. Plutôt que de se « lamenter » sur la multiplication des valeurs et des normes ou, pour certains, la perte des valeurs (?!), ne peut-on pas apprendre à nos jeunes à se mouvoir dans ce contexte, apprendre à prioriser, à sérier, les habiliter à agir pro-activement dans ce contexte complexe.

Pour terminer, je voudrais attirer l'attention sur le contexte d'intervention qu'est le milieu scolaire. Souvent, on prend pour acquis que l'école est un lieu d'investissement et de développement d'interventions en promotion de la santé. Souvent, les partenaires de la santé publique considèrent l'école comme un milieu favorable au développement de programmes. L'attitude traditionnelle est de considérer les jeunes comme un groupe captif et le milieu scolaire comme un milieu d'éducation donc pertinent pour faire de la prévention et de la promotion de la santé. Or, ce pris-pour-acquis doit être remis en question et nuancé. Nos recherches et expériences<sup>1</sup> en milieu scolaire nous permettent d'attirer l'attention sur trois observations à prendre en compte :

- Sans juger du bien-fondé, prendre en considération que l'école dont les objectifs sont « instruire, socialiser et diplomer » n'a pas nécessairement comme priorité la santé des jeunes. Sans pour autant rejeter la pertinence de se préoccuper de la santé des jeunes, elle vise d'autres priorités qui ne passent pas nécessairement par un investissement sur cette composante... sauf peut-être de permettre à d'autres professionnels de s'en préoccuper. Cette position est légitime. Avant d'entamer un projet d'intervention avec une école, prenons le temps d'échanger sur cette opportunité avec les partenaires scolaires, examinons la plus value pour chacun, sans oublier les jeunes, de s'investir ensemble dans un projet de promotion de la santé.
- Comme organisation de services, l'école a ses propres enjeux qui peuvent être en porte-à-faux aux enjeux de la promotion de la santé; tenir compte de des réalités professionnelle, organisationnelle et institutionnelle pour arrimer les intentions et les enjeux de chacun, de

---

<sup>1</sup> Pour avoir plus d'informations sur ces recherches, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante :  
colette\_schoonbroodt@uqar.quebec.ca

l'école et des programmes, nous semble très important. De plus, le leadership de l'école dans le développement de projets en promotion de la santé est garant d'une continuité... à méditer !

- Enfin, ne perdons pas de vue que le jeune dès qu'il entre dans l'école, il devient un élève pour les professeurs et pour tout autre intervenant... Cette perception du jeune n'est pas anodine, elle induit aussi des comportements de la part des adultes dans l'interface professionnelle. Promouvoir la santé de l'adolescent(e) et promouvoir la santé de l'élève est-ce la même chose pour vous ?