



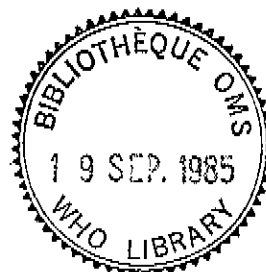
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

E : 46981
WHO/UNICEF/HED/85.5

ORIGINAL: FRANCAIS

CONSULTATION INTERNATIONALE MIXTE OMS/FISE SUR
L'EDUCATION POUR LA SANTE CHEZ LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE

Genève, 30 septembre - 4 octobre 1985



LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE, UN GROUP-CIBLE A PRIVILEGIER ?
REFLEXIONS LIMINAIRES SUR TROIS OPTIQUES

by

le Dr Olivier Jeanneret*

* le Dr Olivier Jeanneret est Professeur à la Faculté de Médecine,
Directeur de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève, Suisse.

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE, UN GROUPE-CIBLE A PRIVILEGIER ?

REFLEXIONS LIMINAIRES SUR TROIS OPTIQUES

par

le Dr Olivier Jeanneret*

SOMMAIRE

Préambule

A. L'optique traditionnelle est médicale

1. Les pathologies
 - 1.1. l'exemple de la tuberculose
 - 1.2. l'exemple de la carie dentaire
2. Les risques
 - 2.1. l'évaluation du risque
 - 2.2. l'exemple de la fumée de la cigarette
3. Implications au plan de l'action médico-sociale

B. Une optique plus récente : la promotion de la sante

1. Justifications
2. Implications possibles au plan de l'action médico-sociale

C. Une optique nouvelle : le bien-être individuel et collectif

1. Justifications
2. Aspects actuels ou récents des principaux déterminants
 - 2.1. l'entourage familial
 - 2.2. le milieu scolaire et la scolarisation
 - 2.3. la collectivité

Conclusion

*Professeur à la Faculté de Médecine, Directeur de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève (Suisse)

PREAMBULE

Ce document vise à constituer une toile de fond sur laquelle les participants à la consultation internationale suscitée par l'OMS sont invités à projeter, page après page, leurs commentaires, leurs suggestions et leurs critiques.

Il n'a évidemment pas l'ambition de couvrir l'ensemble du thème dont l'ampleur n'échappera à personne.

Il se situe dans une perspective globalement historique et transculturelle, encore que l'auteur manque d'expérience pour l'illustrer par des exemples provenant du Tiers-Monde. Chacune des optiques envisagée a déjà fait l'objet de nombreuses réflexions et publications qu'il n'était pas question de recenser ni de citer toutes. Le choix des références s'est fait principalement autour de publications, spécifiques à ce groupe d'âge, émanant

- de l'OMS, surtout du Bureau pour l'Europe
- de pays industrialisés
- de régions francophones (langue maternelle de l'auteur).

Ce choix est évidemment arbitraire, mais les participants vont sans doute enrichir la consultation à l'aide de documents provenant de leur région et de leur pays, compte tenu de leur formation et de leur expérience professionnelle.

Enfin, ce document se situe délibérément sur le plan conceptuel et qualitatif : on n'y trouvera aucune donnée de mortalité, de morbidité, ni d'aucun autre indicateur ou indice de santé, même quand il sera fait allusion aux besoins de santé.

A. L'optique traditionnelle est médicale

Dans une optique traditionnelle, on s'est préoccupé initialement de situer les besoins de santé de l'enfant dans une **double perspective médicale** : celle des pathologies et des risques de maladies (ou d'accidents ou d'infirmité).

1. Les pathologies

Il importait, aux yeux des autorités sanitaires, d'identifier en priorité des **pathologies** à la fois

- a) prévalentes dans ce groupe d'âge
- b) dont la prévention, notamment primaire, soit à la fois possible, utile et avantageuse par rapport au traitement, voire à la prévention secondaire (détection précoce)
- c) qui, en l'absence de prévention et/ou de traitement, représentent une grave préoccupation pour ces autorités, de par leurs conséquences sur la mortalité, la morbidité, ou l'invalidité résiduelle des enfants atteints.

Il importait peu, en revanche, que l'initiative et/ou la participation active des intéressés ou de leur entourage familial soit requis. Illustrons ce point à l'aide de deux pathologies classiques: la tuberculose et la carie dentaire.

1.1 Parmi les maladies transmissibles hautement prévalentes dans ce groupe d'âge, la **tuberculose** occupe une place de choix pour au moins trois raisons:

- la multiplicité des sources possibles: les patients pulmonaires, le bétail, le lait,
- son pouvoir hautement létal, lors de la dissémination hématogène (méningite tuberculeuse) et en l'absence de traitement adéquat,
- les formes de localisation tertiaire souvent handicapantes à long terme, lors des atteintes osseuses et rénales par exemple.

Actuellement, dans bien des régions du globe - et encore durant la première moitié de ce siècle dans les pays industrialisés - la tuberculose remplit/remplissait exactement les conditions évoquées plus haut (a) à c)).

1.2 Dans la catégorie des maladies non transmissibles, la **carie dentaire** représente une affection que les médecins ont souvent eu tendance à négliger, voire à banaliser. Certes pratiquement non létale, elle peut s'avérer plus handicapante qu'on ne l'a longtemps admis lorsqu'elle s'étend à toute la denture définitive d'un adolescent, mais aussi à toute une population enfantine, ou du moins à la majorité de celle-ci.

En l'absence de prévention, elle fait sous toutes les latitudes des ravages insoupçonnés dans des populations soumises à des modifications profondes des habitudes alimentaires. Son traitement, lorsqu'il est radical et consiste en l'avulsion des dents atteintes, est connu comme handicapant la mastication, voire l'élocu-

tion; lorsqu'il est dit conservateur et consiste à obturer les atteintes carieuses, son coût est préoccupant; ici encore, qu'on l'envisage à l'échelle individuelle, familiale ou sociale.

2. Les risques

Parallèlement à la priorité donnée aux pathologies, celle accordée aux risques a occupé et occupe encore une place essentielle (1). Certes leur nature a évolué, dans le temps comme dans l'espace: de l'influence des miasmes, on est passé successivement à celle des germes infectieux, des mutations chromosomiques, avec un retour récent aux pollutions, mais diversifiées en physiques (le bruit), chimiques (immissions industrielles, domestiques, du trafic motorisé), biologiques (additifs alimentaires), psycho-sociologiques (violence et pornographie) etc.

A des titres et à des degrés variables, menacent-elles toutes le groupe d'âge considéré, dans toutes les régions du monde? Chaque participant à la présente consultation évoquera aisément de nombreux exemples pertinents, en fonction de son expérience professionnelle.

- 2.1 L'évaluation du risque ne requiert évidemment pas les mêmes instruments de mesure que celle des pathologies: on ne l'exprime plus en termes de mortalité, de morbidité ou d'invalidité résiduelle, mais en terme de probabilité: risque absolu, risque relatif, risque attribuable, fraction attribuable du risque sont autant d'indicateurs que manient communément les épidémiologistes (cf. p. ex. 2,3).

"Plus ces mesures de risque sont précises, plus clairement on comprendra la nécessité du besoin, et meilleure (ou plus efficace) sera la réponse", telle est "l'hypothèse sur laquelle repose l'approche [des soins de santé] fondée sur la notion de risque" (4). Mais E.M. BACKETT et al. reconnaissent plus loin, dans l'introduction de cette excellente étude, que "ce qui doit encore faire l'objet de recherches approfondies, c'est le point de savoir dans quelle mesure un tel processus est plus efficace et plus efficient que des soins de santé non fondés sur des données de risque" (4).

-
- (1) STARFIELD B. & BÜDETTI P.P. - Child Health Status and Risk Factors. *IIIth.Serv.-Res.*, 19, 817-886, 1985.
- (2) RUMEAU-ROUQUETTE, C., BREART G., PADIEU R. - Méthodes en épidémiologie. Paris, Flammarion, 1985, 3e ed.
- (3) JENICEK M. & CLEROUX R. - *Epidemiologie: principes, techniques, applications.* Paris, Maloine, 1982.
- (4) BACKETT E.M., DAVIES A.M., PETROS-BARVAZIAN A. - L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé, notamment la santé maternelle et infantile. OMS, Genève. (Cah.Sté Publ.no.76, 1984).

2.2 Le rappel d'un seul exemple bien connu va nous permettre de mieux mettre en évidence à la fois la différence et ses effets : dans toutes les régions du monde, les enfants d'âge scolaire sont incités à se mettre à fumer la cigarette; beaucoup ne continueront pas au delà de quelques essais; d'autres abandonneront tôt ou tard l'habitude prise dès cet âge; mais une proportion (variable au gré d'influences multiples pas encore toutes répertoriées ni mesurables) de ces jeunes deviendront des fumeurs au long cours, parfois leur vie durant.

Or, de très nombreuses expériences (1) ont montré que l'argument de la survenue probable de pathologies futures aussi sévères que celles résultant de l'atteinte des artères (athéromatose, coronarienne notamment), ou des voies respiratoires (bronchite chronique avec ou sans emphysème, cancer bronchique) n'a pas de prise chez les enfants d'âge scolaire - ni, du reste, chez les adolescents - pour au moins deux ordres de motifs

- a) ces affections leur paraissent trop lointaines dans le futur,
- b) chaque destinataire d'un message préventif sous la forme d'une mise en garde à cet égard peut, dès l'âge de maîtrise de premier raisonnement abstrait en tous cas, évoquer le cas du gros fumeur (de son entourage) parvenu sans encombre à un âge avancé !

Il s'agira donc de trouver, et de procurer à l'éducateur pour la santé, des arguments plus convaincants pour notre groupe d'âge: ils existent sous deux formes principales

- a) la vérification de la baisse, immédiate, chez le jeune fumeur, de son endurance cardio-respiratoire (2)
- b) la mise en évidence, sur un filtre de tissu par exemple, du dépôt des particules en suspension dans la fumée exhalée par un fumeur.

Ainsi, ces deux arguments ne relèvent ni l'un ni l'autre d'une pathologie, mais bien d'un risque à court, moyen ou long terme: dans le premier cas, il s'agit du risque que cette réduction de ses potentialités sportives persiste, voire s'aggrave (il ne s'agit pas encore d'une pathologie avérée); dans le second cas, il s'agit du risque, pour l'épithélium respiratoire et ses filtres lymphatiques en aval, de ne pouvoir "digérer" les substances nocives inhalées.

Si la fumée de cigarettes se voit et constitue en plus une gêne pour les non-fumeurs, il faut rappeler ici que seulement une faible part de ses centaines de constituants chimiques (3) sont actuellement identifiés comme facteurs

(1) voir entre autres: ONTARIO COUNCIL OF HEALTH. Smoking and health in Ontario: a need for balances; report of the Task Force on Smoking submitted to the Ontario Council of Health, may 1982, p.16.

(2) ABELIN Th., BISEGGER B., MINDER Ch. Smoking and physical fitness (paper presented at the International Conference on Smoking and Youth, Venice, Italy, 9 nov.1981.

(3) ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. Smoking and health now. London, Pitman,1971, p.35-47.

causals certains ou probables des pathologies évoquées; et qu'il existe un nombre insoupçonnés d'autres facteurs de risque (endogènes surtout), qui modulent, à l'échelon de l'individu, la probabilité de survenue de ces pathologies ainsi que le laps de temps entre l'exposition et cette survenue éventuelle (1).

3. Implications au plan de l'action médico-sociale

Plutôt que recourir à d'autres exemples de risque, examinons rapidement, à ce stade de notre exploration, les conséquences possibles, sur le plan de l'action médicosociale, de l'attitude habituelle vis-à-vis à la fois des pathologies et des risques évoqués. Schématiquement: (*)

- l'enfant tuberculeux sera hospitalisé, au moins au départ,
- l'enfant atteint d'une primo-infection tuberculeuse fera volontiers l'objet d'un placement en préventorium (dans la mesure où la collectivité possède ce type d'institution),
- l'enfant faisant partie de l'entourage familial d'un adulte expectorant des bacilles de Koch momentanément éloigné de cet entourage (surtout s'il n'est pas vacciné) dans le cas où ce patient est traité ambulatoirement,
- l'enfant atteint de caries dentaires multiples, s'il n'y a aucune raison de l'éloigner de son milieu naturel, sera astreint à un traitement nécessitant des soins qu'on peut considérer comme astreignants pour lui, contraignants pour son entourage familial (temps de déplacement et d'accompagnement), ainsi que coûteux, pour la famille de la collectivité, selon le type de financement de cette prise en charge,
- dans les pays industrialisés, les enfants exposés à une atmosphère polluée (**), même si elle est saisonnière et même s'ils sont asymptomatiques, font l'objet de mesures sanitaires approuvées par la collectivité et généralement facilitées par les services de santé scolaires: placement individuel de plus ou moins longue durée en écoles d'altitude; ou, plus récemment, et pour les classes entières, séjour d'hiver dans la neige, sous la forme de classes de neige.

Dans aucun de ces cas, une participation active du patient ou de l'enfant exposé au risque n'est requise. Il en va tout autrement dans les deux autres perspectives à considérer maintenant.

(*) tous les cas de figure choisis concernent habituellement des enfants appartenant au groupe d'âge considéré lors de cette consultation

(**) pour les nécessités de la démonstration, il s'agit ici de la pollution générale, et non liées à la fumée de tabac.

(1) ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. Smoking and health now. London, Pitman, 1971, p. 24-34.

B. Une optique plus récente : la promotion de la santé

Dans une deuxième optique plus récente, on a préféré situer les besoins de santé de l'enfant dans une perspective relevant davantage de la promotion de sa santé que de sa protection vis-à-vis des pathologies ou même des risques.

1. Justifications

Aux yeux des autorités sanitaires qui ont admis la conception de la santé positive (*), celle-ci se justifie tout particulièrement dans le groupe d'âge considéré, par l'une ou plusieurs des raisons suivantes :

- a) la mortalité, la morbidité et la "consommation" de soins médicaux sont toutes les trois à leur minimum - du moins en Europe - (2), notamment par rapport aux deux groupes d'âge limitrophes:
 - d'une part, les enfants d'âge préscolaire, victimes par exemple du kwarshorkor dans les régions où le sevrage entraîne des risques nutritionnels importants, d'intoxications ou d'accidents à domicile dans d'autres régions
 - d'autre part, les adolescents d'âge post-scolaire, exposés au risque d'accidents de tous ordres (3), aux conséquences généralement considérées comme défavorables à la santé d'une activité sexuelle indiscriminée (4), et d'autres effets de l'adoption de comportements téméraires ou conduites d'essai (5);
- b) dans les conditions d'affections antérieures à forte létalité, les individus les moins viables ont disparu des cohortes parvenant à l'âge scolaire, ce qui permet de suggérer ici le concept de "healthy children effect" (par analogie au "healthy workers effect", bien connu des médecins du travail).

(*) "la définition des problèmes des enfants [...] doit porter en tout temps sur l'état de santé plutôt que sur la maladie..." (1).

(1) OMS - L'enfant et l'adolescent dans la société. Rapport sur une conférence de l'OMS. Copenhague, OMS, 1979 (Rapp. et Etudes EURO no. 3).

(2) OMS - Les problèmes des enfants d'âge scolaire (5-9 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1977 (ICP/MCH 004).

(3) MANCIAUX M.; JEANNERET O. Les accidents atteignant les enfants et les adolescents : de la connaissance épidémiologique à l'action préventive. Rev. Epid. et Sté Publ., 31, 4: 433-444, 1983.

(4) OMS. Aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents, par H.I. Friedman et K.G. Edström. Genève, OMS, 1983 (Publ. offset. No 77).

(5) JEANNERET O. Les adolescents ne courent pas seulement des risques : ils en prennent ! Rev.Med.Suisse Romande, 103 : 371-383, 1983.

- c) la majorité des enfants de ce groupe d'âge ont, de plus, bénéficié des mesures de prévention appliquées plus tôt dans leur vie, notamment l'immunisation active contre les maladies infectieuses courantes;
- d) dans la minorité des enfants de cet âge qui sont atteints durablement dans leur santé (handicapés mentaux somatiques ou mixtes; patients atteints d'affections au long cours), la tendance actuelle est davantage à mettre à profit les potentialités restées intactes que de répéter le bilan des déficiences des incapacités et des handicaps respectifs (*);
- e) la scolarisation elle-même - celle des enfants sains comme celle des handicapés intégrés dans le système scolaire (1) - représente un moyen appréciable de renforcer un état de santé satisfaisant; la condition essentielle étant que les multiples "conditions du travail scolaire" soient prévues de manière à stimuler (plutôt qu'à interférer avec) les capacités physiques, intellectuelles, affectives et psycho-sociales de la majorité des élèves;
- f) le concept de bonne santé - dans le sens d'être "bien dans sa peau" et de fonctionner efficacement dans son propre cadre de vie - semble accessible à la majorité des enfants d'âge scolaire, à partir d'un niveau donné de développement intellectuel; de plus, ce concept semble compatible avec les avantages de l'équilibre affectif procuré par la "phase de latence" décrite par les psychanalystes et caractéristiques de ce groupe d'âge, avant l'apparition des premiers phénomènes de l'adolescence.

2. Implications possibles au plan de l'action médico-sociale

Les implications de cette conception élargie, centrée sur la santé, et même sur la santé positive, ressortent implicitement de la série des constats qui précèdent. Passons-les néanmoins rapidement en revue

- a) l'état de santé habituellement bon de la majorité des enfants de cet âge (les affections intercurrentes ont un décours bref et/ou sont aisément curables) permet de réduire au minimum le recours au système de santé, donc à l'image de la médecine toute puissante subie passivement - cela est valable également pour les vaccinations;

(*) selon les termes de la classification de WOOD, adoptée par l'OMS.

(1) DESCHAMPS J.P., MANCIAUX M., SALBREUX R. et al. - L'enfant handicapé et l'école. Paris, Flammarion, 1981.

b) L'apprentissage des moyens par lesquels la majorité des enfants parvient à se responsabiliser progressivement peut être initié et maintenu aisément:

- hygiène et équilibre alimentaire,
- brossage quotidien de la denture,
- harmonisation des temps consacrés à l'étude, aux activités sportives, aux loisirs à choix et au sommeil,
- apprentissage du fonctionnement normal du corps, de ses systèmes et de ses tissus,
- ouverture progressive à la compréhension psychologique du fonctionnement de la famille, de l'école, de la collectivité, avec pour base un bon état de santé individuel,
- consultation spontanée des personnels des services de santé scolaire pour obtenir des réponses au sujet des préoccupations de santé.

c) pour la minorité des enfants handicapés et malades chroniques, un apprentissage comparable de la maîtrise des potentialités restantes peut conduire à des acquisitions durables, elles-mêmes favorables à une autonomisation progressive (exemple des jeunes diabétiques apprenant à contrôler eux-mêmes leur équilibre glycémiques et à s'injecter quotidiennement l'insuline);

d) Grâce aux possibilités offertes par l'"éducation ascendante", les enfants scolarisés peuvent "exporter" dans leur famille des connaissances et des attitudes acquises en milieu scolaire, qui sont parfois de nature à diminuer les risques d'atteintes à la santé chez les autres membres de la famille. Parmi les nombreux exemples auxquels on peut se référer, citons :

- dans les pays industrialisés, l'extension de l'usage de la brosse à dents et du dentifrice aux autres membres de la famille,
- dans les pays en voie de développement, le report sur la pharmacie domestique des principes et applications de la "maintenance" de la pharmacie de l'école, apprise en classe.

C. Une optique nouvelle : le bien-être individuel et collectif

Dans une troisième optique plus récente encore, on élargit le concept des besoins de l'enfant au delà de la notion traditionnelle de la santé, et même de sa promotion, pour l'étendre à celle du bien-être individuel et collectif, où les facteurs de nature économique et sociale sont appelés à jouer un rôle encore plus important, au niveau microsocial de la famille et macrosocial des collectivités.

1. Justifications

Sans vouloir prendre en compte l'énorme littérature consacrée à ce concept de besoins, on peut néanmoins recourir à quelques citations et démonstrations pour justifier cet élargissement.

- 1.1 Dans le "Vocabulaire de la santé publique" de l'OMS, les besoins sont définis comme des "carences sanitaires déterminées scientifiquement (par des moyens biologiques, épidémiologiques, etc) qui appellent des mesures préventives et curatives, et, en dernière analyse, des mesures de lutte ou d'éradication" (1)
- 1.2 Dans le dictionnaire des termes épidémiologiques édité par l'Association internationale d'épidémiologie, la définition suivante : "specific indicators of disease or premature death that require intervention because their level is above that generally accepted in the society or community in question" est complétée par un commentaire essentiel : "it must be explicitly stated that "needs" always reflect prevailing value judgments..."(2).
- 1.3 Sous le terme de **besoins globaux**, M. MANCIAUX et al. rappellent qu'on peut les répertorier, chez l'enfant, en
- besoins **physiques**: abri, nourriture, vêtement, qui "pour élémentaires qu'ils soient,... sont loin d'être assurés à tous..",
 - besoins **physiologiques**: alternances sommeil-veille, travail-loisir, activité physique-activité mentale, etc.,
 - besoins **psychologiques et sociaux**, mieux étudiés depuis une vingtaine d'années: "amour, sécurité, expériences nouvelles, encouragements, stimulation, responsabilités".
- sans oublier les **besoins des mères**, qui sont de nature à entrer "quelquefois en compétition... avec ceux de leur(s) enfants(s)" (3).
- De toute évidence, à des besoins aussi fondamentaux, on peut bien s'attendre que les **réponses** elles-mêmes dépassent, et très largement, le domaine sanitaire (4).
- 1.4 Mais une autre dimension doit s'ajouter, pour l'enfant à tout âge, mais tout particulièrement dans le groupe d'âge qui nous occupe; celle du **développement**. De l'abondante littérature concernant les besoins liés au développement individuel (5), retenons ici, parmi les besoins essentiels, celui que U. BROMFEN-

(1) HOGARTH J. - Vocabulaire de la santé publique, OMS Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977 (271 p.)

(2) LAST J.M.(Ed). A Dictionary of Epidemiology. New-York, Oxford Univ.Press, 1983 - (114p.)

(3) MANCIAUX M., DESCHAMPS J.P., FRITZ M.T. Santé de la mère et de l'enfant-nouveaux concepts en pédiatrie sociale. Paris, Flammarion, 1984 (pp.38-39).

(4) Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Services pour la prime enfance. L'observateur de l'OCDE, 1980, p. 103.

(5) OMS. Santé mentale et développement psycho-social de l'enfant. Genève, OMS, 1977 (Sér.rapp.techn.,613).

BRENNER (cité par (1)), a résumé en 4 points à propos du contexte éducatif de développement:

1. Un contexte primaire de développement est un endroit où l'enfant observe et expérimente, sous la guidance de personnes auxquelles l'attachent des relations affectives positives.
2. Un contexte secondaire de développement est un endroit où l'enfant consolide par lui-même ses expériences précédentes.
3. Le potentiel de développement d'un contexte éducatif dépend du soutien apporté par les tiers aux personnes en interaction avec l'enfant.
4. Le potentiel de développement d'un contexte éducatif est proportionnel à la quantité et à la qualité des liaisons qu'il établit avec les autres lieux de vie de l'enfant

2. Aspects actuels ou récents des principaux déterminants

Tels qu'esquissés ci-dessus, ces besoins fondamentaux et/ou globaux ont des implications multiples, dont l'examen dépasse le cadre du présent document; en revanche, il paraît essentiel de souligner ici, au passage, quelques-uns des aspects actuels des principaux déterminants qu'on peut appeler exogènes: l'entourage familial, le milieu scolaire et en particulier la scolarisation, les groupes de camarades (peer groups), en se référant à des documents publiés notamment par l'OMS (2,3).

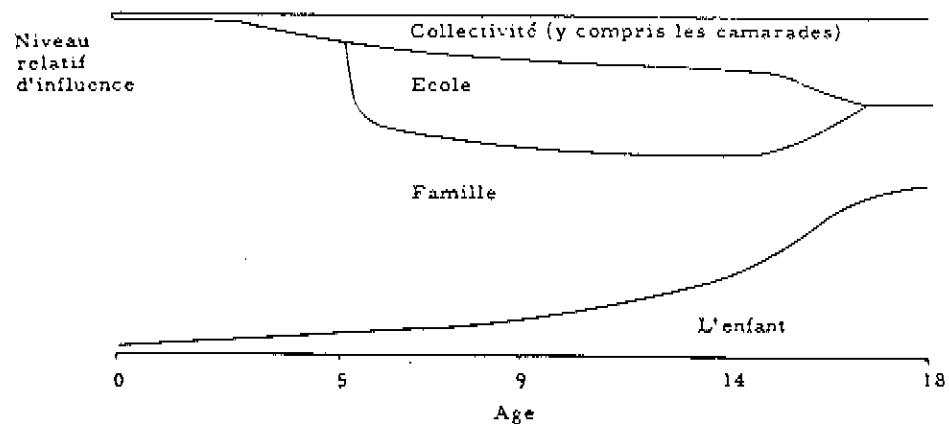
(1) MANCIAUX M., DESCHAMPS J.P., FRITZ, M.T., Op. cit., p. 42

(2) OMS. Les problèmes des enfants d'âge scolaire II (10-13 ans). Rapport de la réunion d'un groupe de travail Copenhague, OMS, 1978 (ICP/MCH 006).

(3) OMS. L'enfant et l'adolescent dans la société. Rapport sur une conférence de l'OMS. Copenhague, OMS, 1979 (Rapp. et Etudes EURO no. 3).

La figure 1 in (1) permet de visualiser aisément la part respective de ces facteurs sur le développement et la socialisation. Elle "illustre... la participation croissante des 5 à 9 ans à la vie de la collectivité, hors du foyer (familial) et de l'école..."(1), quand bien même elle ne prétend pas indiquer des proportions quantifiées.

Fig. 1 -INFLUENCE DES FACTEURS SOCIAUX SUR LE DEVELOPPEMENT



Faute de bien connaître les conditions actuelles de la famille, de l'école et de la collectivité dans les pays en voie de développement, l'auteur limitera les considérations qui suivent au contexte des pays industrialisés.

2.1 L'entourage familial

Dès le début des années 80, les changements survenus pendant les deux décades précédentes dans les **structures familiales** ont fait l'objet de descriptions attentives des sociologues. Pour J. KELLERHALS par exemple (2), on peut les rassembler sous trois étiquettes: mobilité conjugale, négociation conflictuelle et ambiguïté pédagogique.

2.1.1 Accroissement de la divorcialité et baisse de la nuptialité témoignent de la **mobilité conjugale** en tant que fait culturel majeur en émergence. On peut donc s'attendre à voir un nombre croissant d'enfants grandir soit dans une famille "recomposée" (l'un des adultes n'est pas le parent biologique), soit dans un foyer "monoparental" soit encore dans une constellation variable

-
- (1) OMS - Les problèmes des enfants d'âge scolaire (5-9 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1977 (ICP/MCH 004, p. 6).
 - (2) KELLERHALS J. - Transformations familiales et statut de l'enfant: quelques matériaux sociologiques pour une pédagogie de l'incertitude. In: L'enfant, la famille et la société. Cah.Med.Soc.(Genève), 24, 87-97, 1980.

dans le temps. D'où, comme première conséquence, un flou croissant dans ce qu'on peut encore considérer comme une norme familiale, plus aisée maintenant à décrire en termes fonctionnels qu'en termes institutionnels. Faute de savoirs plus adaptés à ces situations, "une partie non négligeable de la population devra vivre sa pratique en termes de culpabilité, de carence ou de frustration..."(1). Seconde conséquence pour les enfants: entre le rapport traditionnellement hiérarchique, fait de respect et d'obéissance, avec les parents (et les maîtres) et un rapport égalitaire avec frères et sœurs, ainsi qu'avec les camarades, cette mobilité introduit un troisième terme imprécis et fluctuant: l'enfant hésite à adresser telle demande à tel membre nouveau de son entourage car il ne sait pas d'avance si celui-ci est habilité à y répondre.

2.1.2 De plus en plus souvent s'observe, dans les couples avec ou sans enfant, la négociation des "termes de l'échange" conjugal: chaque conjoint se réserve-t-il des domaines d'autonomie? y a-t-il division et répartition de travail domestique? la durée du contrat est-elle indéfinie ou définie?

Que résulte-t-il de cette **négociation conflictuelle** pour les enfants? D'abord - et pour autant que le couple ait décidé d'en avoir - ces enfants seront confrontés à des rôles des divers membres de la famille qui seront, à la rigueur, moins clairs et moins stables que traditionnellement; on peut en espérer des effets formateurs plutôt que destructeurs. En suite, on peut se demander - mais on manque de recul pour l'affirmer - si cette négociation ne va pas s'étendre aux relations intergénérationnelles, entraînant dans cette situation conflictuelle les enfants après les parents.

2.1.3. L'ambiguïté pédagogique résulterait de deux observations :

- a) la transmission des consignes, des savoirs et des habitudes (essence de la socialisation), des parents aux enfants, tend à se produire actuellement "dans une abstraction considérable" (2) qui tient
 - tantôt à la mobilité géographique;
 - tantôt à la séparation géographique entre le monde du travail et celui de l'habitation - souvent aussi au mode propre de l'activité professionnelle du (ou des) parent(s), lorsqu'elle relève du secteur tertiaire;
 - tantôt à l'étrangeté inverse, celle du monde scolaire de leurs enfants pour les parents;
 - tantôt enfin à l'afflux d'informations non assimilables immédiatement dont sont victimes à la fois parents et enfants, et ce d'autant plus que les premiers seront moins instruits et les seconds plus jeunes, donc moins préparés.

(1) KELLERHAIS J., Op. cit. p.88-89

(2) Ibidem, p. 93

Premier effet, la relation d'éducation devient soit bi-directionnelle - lorsque ce sont aussi les enfants qui initient leurs parents à telle ou telle partie de la culture dans laquelle ils baignent -, soit même à rebours, notamment en cas d'acculturation plus lente des parents que des enfants, dans les suites d'une migration de cette famille. Second effet, "la relation d'éducation est progressivement contrainte à se baser sur l'établissement en commun (entre l'enfant et l'adulte) de significations qui ne sont données aux deux [partenaires] ni immédiatement ni simultanément, ni de manière univoque". Tout se passe donc comme si les parents étaient tentés de continuer "à montrer ce que l'on ne voit pas plutôt que d'apprendre à l'enfant à organiser (lui-même) l'incertain".(1).

b) Les projets didactiques visant l'enfant, étant désormais multiples, peuvent devenir contradictoires: ainsi, de plus en plus de parents attendent de l'enfant moins des services que de l'affection, qui doit s'exprimer, mais aussi "une identité sociale" que certains parents peuvent préférer à leur identité professionnelle. En image, on veut faire de lui à la fois un "homo ludens" et un "homo sapiens", seconde ambition reprise par l'école (2).

Mais selon l'expression ingénieuse de J. VONECHE (3), dans la mesure où l'école cherche à devenir moins contraignante au départ, on voudrait que l'enfant "joue à apprendre" au même titre que, le jeu devant être éducatif, il "apprenne à jouer".

2.1.4 Si l'on est prêt à admettre le bien-fondé de ces observations (effectuées dans un pays occidental industrialisé, rappelons-le), il devient clair qu'un modèle médical de la prévention appliqué à la désunion dans la famille ou aux carences parentales (4) ne saurait plus s'appliquer.

2.2 Le milieu scolaire et en particulier la scolarisation

"Le début de la scolarité constitue pour l'enfant un changement profond et brusque" lit-on dans le rapport d'un groupe de travail OMS-EURO réuni en 1975 (5). Quels que soient les progrès suggérés ou effectués dans de nombreux pays pour tenter

(1) KELLERHALS J., Op.cit. p. 94

(2) Ibidem p. 95

(3) VONECHE J. - Le jouet, outil du métier de l'enfant. *Rev.Suisse Sociol*, 2, 175-193, 1978.

(4) OMS - Santé mentale et développement psycho-social de l'enfant. Rapport d'un Comité OMS d'experts. *Sér. rapp. techn.*, 613, 1977, p. 47.

(5) OMS - Les problèmes des enfants d'âge scolaire (5-9 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1977, (ICPACH 004, p.5)

d'atténuer le caractère brusque du changement on peut se demander dans quelle mesure il est possible d'éviter qu'il soit profond (cf. fig.1); car, comme le souligne le même rapport "... les transformations croissantes des techniques et de la société donnent lieu à des exigences, en matière de réussite scolaire, de plus en plus grandes, de la part des parents et de la société" (1).

L'ajustement au milieu scolaire, demandé - voire exigé - par l'institution scolaire dépend non seulement du degré "de la disparité existant entre le milieu familial et le milieu scolaire" (2) , mais encore de la capacité de l'enfant de "s'adapter à l'impératif de rendement scolaire" (3).

Chez une minorité - ou temporairement chez beaucoup d'autres -, l'ajustement ne parvient pas à se faire, et l'enfant réagit par des symptômes de nature psychosomatique (par exemple: coliques ombilicales) ou comportementale (par exemple: école buissonnière) (3).

Plusieurs difficultés surviennent, dès lors, qu'on peut tenter de résumer comme suit

- a) au plan individuel, cette symptomatologie incite l'entourage - familial et scolaire - à consulter le médecin et/ou le psychologue, en vue d'un traitement ou d'une prise en charge, qui, souvent, s'exerce au niveau du symptôme précisément
- b) au plan individuel encore, s'il s'avère que ce malajustement est attribué à la lenteur de l'élève (*), celui-ci court le triple risque
 - d'être aiguillé sur une voie parallèle à celle de la scolarité dite normale, avec les difficultés de réintégration que l'on sait (5)

(1) OMS. Les problèmes des enfants d'âge scolaire (5-9 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1977 (ICP/MCH 004). Op.cit., p. 21.

(2) OMS. L'enfant et l'adolescent dans la société. Rapport sur une conférence de l'OMS. Copenhague, OMS, 1979 (Rapp.Etudes EURO No. 3, p. 25).

(3) Ibidem, p. 26.

(*) Cette lenteur n'est elle-même qu'un "symptôme commun à des diagnostics divers: retard mental, dyslexie, dysfonction idéo-motrice et aliénation sociale" (4).

(4) OMS. L'enfant et l'adolescent dans la société. Rapport sur une conférence de l'OMS. Copenhague, OMS, 1979 (Rapp. et Etudes EURO No. 3, p.26).

(5) OMS. Les problèmes des enfants d'âge scolaire (5-9 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1977 (ICP/MCH 004 , p. 22).

- d'être l'objet d'un diagnostic médical, alors qu'il s'agit d'un problème psycho-social (cf. par exemple (1))
 - de devenir la victime de l'effet Pygmalion (2).
- c) au plan institutionnel, il s'agit de discerner, à partir du moment où cette minorité malajustée augmente sensiblement et régulièrement en nombre, dans quelle mesure une part croissante des responsabilités dans le malajustement constaté n'incombe-t-elle pas à l'école elle-même; le groupe de travail déjà mentionné n'y va pas par quatre chemins pour l'exprimer quand il écrit: "si certains enfants qui ont des difficultés à apprendre sont peut-être attardés, le système actuel prévu à leur intention l'est tout autant" (3).

Quelle que soit la complexité des difficultés évoquées - dont l'analyse dépasse largement le cadre de ce document - on peut tenter de considérer les moyens de les surmonter globalement et plus objectivement, en termes d'optimisation: comment parvenir à faire évoluer le système scolaire, compte tenu des impératifs et contraintes de toute nature qui pèsent sur lui, de manière que le plus grand nombre d'écoliers en sortent à l'âge prévu, pourvus du "bagage" le mieux adapté possible à l'existence qui les attend et acquis au rythme qui leur convient individuellement le mieux ?

Bien entendu, entre concevoir les termes d'une optimisation et mettre en oeuvre les dispositifs destinés à en évaluer les effets, il existe autant de différences qu'entre concevoir des enfants et les élever !

Reste entier le problème de la scolarisation des divers types d'enfants handicapés et atteints de maladies au long cours (cf. par exemple (4)), qu'on ne peut ici que mentionner en passant.

Enfin, à propos de la transition entre l'école et la vie professionnelle, il y aurait évidemment beaucoup à dire; mais dans la mesure où l'on se situe à la limite supérieure de ce qu'il est convenu d'appeler l'âge scolaire, bornons-

-
- (1) DESCHAMPS J.C., LORENZI-CIOLDI F., MEYER G. - L'échec scolaire: élève modèle ou modèle d'élèves?. Lausanne, Favre, 1982.
 - (2) OMS - Les problèmes des enfants d'âge scolaire (5-9 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1977 (ICP/MCH 004, p. 24-25).
 - (3) Ibidem, (p.22).
 - (4) DESCHAMPS J.P., MANCIAUX M., SALBREUX R. et al. - L'enfant handicapé et l'école. Paris, Flammarion, 1981.

nous à rappeler en quelques mots les trois principaux obstacles posés par la société industrielle sur la voie de cette transition (1):

- la tendance croissante à continuer, au-delà de la scolarité obligatoire, des études longues, c'est-à-dire devant permettre d'acquérir un diplôme d'une Université ou autre haute école;
- le niveau d'éducation, qui est devenu "la clé de la progression dans l'échelle sociale" (1);
- le divorce entre les aspirations professionnelles de chacun et les limites imposées, quant au choix, par la récession économique généralisée: pour trop de jeunes en âge d'entrer dans le monde du travail, la seule perspective qui s'offre est le "non travail" (2).

2.3 Les groupes de camarades (peer groups)

Leur rôle socialisateur à l'adolescence est bien connu (3), mais dans le contexte de la société post-industrielle, il intervient bien plus tôt dans l'existence: quand "les liens familiaux commencent à se desserrer... les relations entre camarades du même âge prennent une plus grande importance" (4), c'est-à-dire dès l'entrée en classe, pour la grande majorité des élèves. Pour autant que les parents les admettent volontiers à la maison, les camarades de classe se plaisent à venir y trouver leur fils ou fille: n'est-ce pas un des moyens les plus simples pour éviter que la rue ne devienne trop vite et trop exclusivement le rendez-vous privilégié des bandes d'écoliers - encore faut-il que, à la sortie de l'école, les enfants trouvent quelqu'un, ce qui tend à ne plus être la règle dans un nombre croissant de foyers de bien des pays -.

Pour le groupe de travail OMS-EURO de 1976 (5), le rôle accru des groupes de pairs dans la socialisation des enfants d'âge scolaire se manifeste dès l'âge de 10 ans: "au sein de ces groupes, l'enfant entre en contact avec des sous-cultures particulières qui ont souvent leurs lois, fondées sur des normes et des valeurs sociales qui leur sont propres... En fait, pour des enfants issus de familles où existent des difficultés, ces groupes de camarades peuvent devenir les groupes de référence essentiels" (5).

-
- (1) OMS - Les problèmes des enfants d'âge scolaire (5-9 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1977 (ICP/MCH 004, p.27).
 - (2) Les jeunes et le chômage, *Rev. Internat. Action Communautaire*, No 8/48, 1982 (207p.).
 - (3) JEANNERET O., DESCHAMPS J.P., SAND E.A., MANCIAUX M. - Les adolescents et leur santé. Paris, Flammarion, 1983 (pp.38-44; 81-82; 137-139).
 - (4) OMS - L'enfant et l'adolescent dans la société. Rapport sur une conférence de l'OMS. Copenhague, OMS, 1979 (Rapp. et Etudes EURO no. 3, p. 11).
 - (5) OMS - Les problèmes des enfants d'âge scolaire II (10-13 ans). Rapport d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1978 (ICP/MCH 006, p. 8).

2.4 Au delà des facteurs de socialisation évoqués jusqu'ici (famille, écoles, camarades), il y a lieu, bien sûr, de considérer des facteurs plus macro-sociaux, relevant de l'urbanisation et des changements d'ordre technique (informatisation, automatisation) et économique: "modifications des conditions de logement et d'emploi [des parents]..., transformation du rôle et du statut professionnel de la femme [en tant que mère], révision des valeurs...", etc (1). Leur rôle devient primordial en cas de migration de la famille, suivie d'un déracinement prolongé.

CONCLUSION

Ce rappel de trois perspectives selon lesquelles on est amené à considérer la santé des enfants d'âge scolaire serait moins incomplet s'il avait pu comprendre un aperçu sur les services de santé propres à ce groupe d'âge, leur origine, leur diversité, ainsi que leur action en retour sur la nature, la pertinence et le devenir de ces perspectives. Pour cela, il faudrait pouvoir se placer dans des situations réelles, comme celles envisagées dans deux publications récentes provenant du Nouveau-Monde: la première fait état de l'évolution de stratégies d'intervention mises en oeuvre dans une optique préventive (2), l'autre des répercussions des transformations de l'économie mondiale actuelle (3) sur l'état de santé des enfants et des services de santé destinés à l'enfance.

Dans le premier document cité (2), on peut trouver aussi, comme indicateur des changements dans les besoins de santé perçus comme tels par des prestataires de services privés, les réponses du secteur pédiatrique: "Community pediatrics" pour répondre, dans une orientation de santé publique, aux besoins des populations mal desservies; "developmental pediatrics", pour tenir compte des besoins particuliers d'enfants atteints de troubles variés du développement. Quant à la "new morbidity", englobant principalement les problèmes affectifs, du comportement et des apprentissages, la pratique pédiatrique s'y adapte déjà par de nouvelles modalités dans ses prestations.

Cette allusion finale à la "nouvelle morbidité", telle qu'observée au sein de l'une des sociétés les plus avancées dans l'ère post-industrielle, permet de conclure que, au fur et à mesure que de nouvelles perspectives apparaissent, les anciennes n'en deviennent pas nécessairement démodées ou caduques: si, après avoir passé de la morbidité au risque, du risque à la promotion de santé, de celle-ci au bien-être plus général, on revient à la morbidité, même renouvelée, n'est-ce pas là l'indication - sinon la preuve - que tout évolue...

(1) OMS. Les problèmes des enfants d'âge scolaire II (10-13 ans). Rapport de la réunion d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, 1978 (ICP/MCH 006). Op.cit. p.8.

(2) ROGHMANN K.J. - Interventive Strategies for Children: A Research Agenda. *Health Serv.Res.*, 10, 887-944, 1985.

(3) MULLER C.A. et al - The World Economic Crisis and the Children: United States Case Study. *Health Serv. Res.* 15, 95-124, 1985.