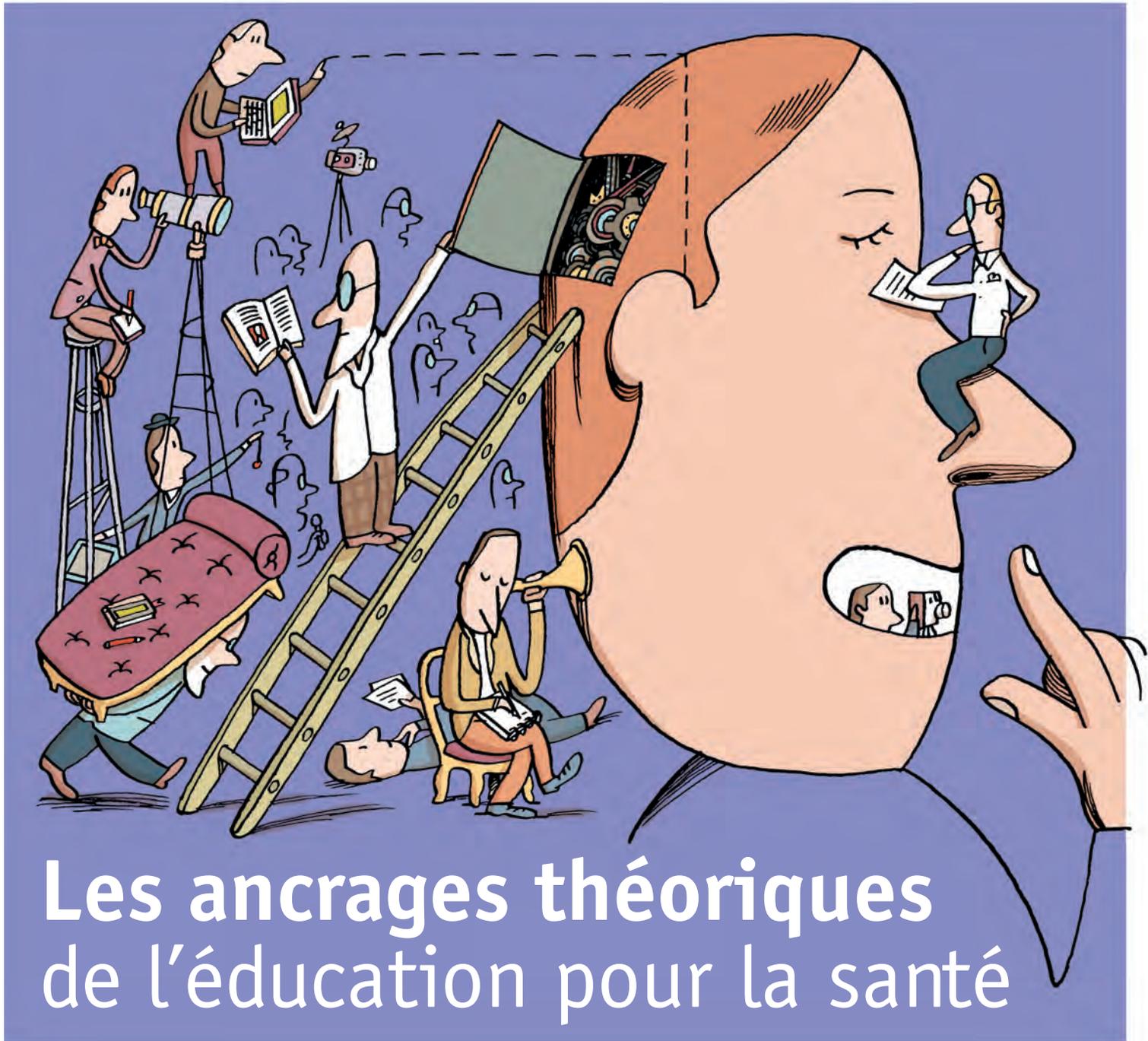


LA Santé

de l'homme



Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé

**Maladie
d'Alzheimer :**
briser le silence

**Environnement et
santé :** les Français
trop peu informés

Lectures :
Santé publique, santé
communautaire

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
La Santé de l'homme sur Internet :
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand** <elg@mageos.com>
Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**
<abeq@club-internet.fr>
La santé en chiffres : **Hélène Perrin-Escalon**
<helene.perrin@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**
<mclamarre@iuhpe.org>
et **Stéphane Tessier** <cresif@wanadoo.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures - Outils : **Centre de documentation et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Laure Carrère (Service de santé de la mairie de Nanterre), **Dr Michel Dépinoy** (INPES), **Alain Douiller** (Codes du Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Hôpital de jour Montsouris du Cerep), **Laurence Fond-Harmant** (Société française de santé publique), **Catherine Gaquière** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Marie-Claude Lamarre** (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), **Anne Laurent-Beq** (Crea Développement Social), **Catherine Lavielle** (INPES), **Philippe Lecorps** (École nationale de santé publique), **Éric Le Grand**, **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Sylvie Rizo** et **Dr Dominique Martin** (direction générale de la Santé), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif), **Dr Isabelle Vincent** (INPES), **Sarah Vozelle** (Codes Meurthe-et-Moselle).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

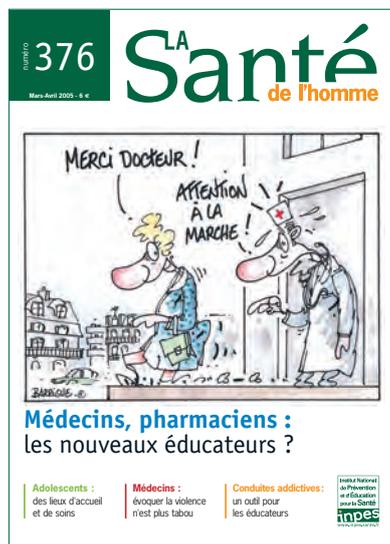
FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Caractère** - 15002 Aurillac Cedex

ADMINISTRATION

Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 - N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 2^e trimestre 2005.
 Tirage : 14 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- De l'alimentation à la santé, N° 358.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
- Santé des enfants : la place des parents, N° 367.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R^e/V^e de la carte d'étudiant

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 377

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération - 93203 Saint-Denis Cedex - France

sommaire

numéro 377

Mai-Juin 2005

► Éducation du patient

Alzheimer : accompagner les familles et briser le silence

Comment soutenir les proches des personnes atteintes d'Alzheimer ?

Marie-Pierre Pancrazi 4

Alzheimer : un programme pour soutenir l'entourage des personnes atteintes

Yves Magar, Isabelle Durack, Djamil Boumedien, Christiane Dressen, Joël Belmin 7

« Nous sommes des facilitateurs de parole »

Entretien avec Jocelyne Frugère 10

Construire une démarche éducative centrée sur le patient dans le cadre de la maladie d'Alzheimer

Isabelle Vincent, Latifa Imane 12

Une floraison de livres pour les professionnels et l'entourage

Isabelle Vincent 14

Dossier

Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé

Éditorial

Expliciter les fondements théoriques des actions d'éducation pour la santé : un enjeu pour leur développement

Christine Ferron, Stéphane Tessier 15

De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé...

Didier Jourdan, Dominique Berger 17

La parole du sujet comme espace de l'éducation pour la santé

Philippe Lecorps 21

L'apport des disciplines

De la médecine à l'éducation pour la santé

Évolution du regard d'une professionnelle de la promotion de la santé

Jeanine Pommier 23

L'anthropologie : un outil au service de l'éducation pour la santé

Sylvie Fainzang 26

Emile, Pierre, Raymond, Michel... et les autres !

Les apports des sociologues à l'éducation pour la santé

Éric Le Grand 28

Maladies chroniques : la psychologie clinique, au cœur de toute prise en charge

Anne Lacroix 31

Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé

Dominique Berger, Didier Jourdan 33

Sciences de l'éducation : deux actions d'éducation pour la santé au banc d'essai

Arnaud Simeone 39

« L'homme ne se développe que par lui-même »

Un postulat de l'éducation populaire dont s'inspire l'éducation pour la santé

Jacques Frot et Yves Buisson 43

Marketing social et prévention : la peur, utile ou toxique ?

Karine Gallopel 45

Regard sur les actions

Action d'éducation thérapeutique du patient asthmatique

Jérôme Foucaud, André Taytard 48

Un atelier santé pour développer les compétences psychosociales

Sarah Vozelle 49

Prévention des toxicomanies à l'école primaire

Pascal Troux, Élisabeth Ferry 50

« Si j'avais su... » : un débat théâtral pour la prévention de la consommation de l'alcool au travail

Bernard Grosjean 51

« Zéro alcool pendant la grossesse ». Action de communication médiatique

Anne Ramon 52

La laveuse, la couturière et la cuisinière

Éric Le Grand 53

Pour en savoir plus

Catherine Lavielle, Fabienne Lemonnier 54

► La santé en chiffres

Environnement et santé : les Français s'estiment insuffisamment informés

Sandra Nahon, Christophe Léon 58

► Lectures

Olivier Delmer 61



Illustrations : Pascal Lemaître

LA Santé de l'homme

Alzheimer : accompagner les familles et briser le silence

Dès l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer, il est du rôle des professionnels de santé d'accompagner les patients et leur entourage dans la mise en place de solutions adaptées, pour favoriser un suivi des soins de qualité sur le long terme.

Dans ce but, ces professionnels doivent faire en sorte que le patient soit un « sujet agissant », tout au long de son suivi, surtout lors de la prise de décisions : entendre ses demandes, faciliter son expression, même si cela peut paraître une utopie dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. De même, pour la famille et les proches, il s'agit de les soutenir, de diminuer leur détresse psychologique et de leur permettre de trouver leur juste place (tout à la fois « proche » et « aidant »).

Cette rubrique propose un éclairage sur différents programmes ou outils d'éducation du patient et de son entourage. Ils ont en commun de s'appuyer, dans leur conception, sur les principes éthiques de respect des personnes. Ainsi, en Ile-de-France, des professionnels ont mis en place un programme éducatif expérimental pour mieux accompagner et valoriser les familles des personnes atteintes ; l'évaluation qui vient d'être réalisée montre l'intérêt d'une telle démarche. Un autre programme de soutien dans cette même région permet à l'entourage de faire face dans la vie de tous les jours et de mieux prendre en compte la personne atteinte. C'est dans ce cadre que l'INPES diffuse auprès des médecins concernés une mallette d'éducation pour la santé du patient dans laquelle ce dernier est placé au centre de la relation de soins.

Isabelle Vincent

Comment soutenir les proches des personnes atteintes d'Alzheimer ?

Pendant plusieurs mois, des professionnels de santé ont réuni régulièrement des membres de familles qui accompagnent un parent atteint de la maladie d'Alzheimer. L'évaluation réalisée à l'issue de ce programme éducatif expérimental est éloquent : mieux informés, entourés, écoutés, les accompagnants réduisent leur détresse psychologique, se déculpabilisent, comprennent mieux la personne atteinte et se placent davantage à son écoute. Et ce mieux-être rejaille sur la santé de la personne atteinte. Témoignage du médecin à l'origine de cette initiative.

La famille demeure la principale ressource de soutien des malades d'Alzheimer puisque 80 % des patients vivent à domicile. L'accompagnement au quotidien et durant de longues années revêt un caractère traumatique pour l'aidant, lequel devient au fil du temps un véritable soignant.

Il existe de nombreux travaux sur les conséquences mentales et somatiques de cette relation d'aide au long cours. Le risque de décompensation psychique et somatique est grand : plus de la moitié des aidants familiaux vivent une détresse psychologique, ils présentent trois fois plus de dépression

qu'une population témoin. Un des éléments principaux du fardeau est la présence de troubles du comportement chez le patient. Ces proches expriment le besoin de bénéficier d'un soutien structuré pour affronter les responsabilités lourdes et croissantes de la prise en charge. Ils ont souvent le sentiment d'être négligés par les médecins ou mal informés par les services d'aide.

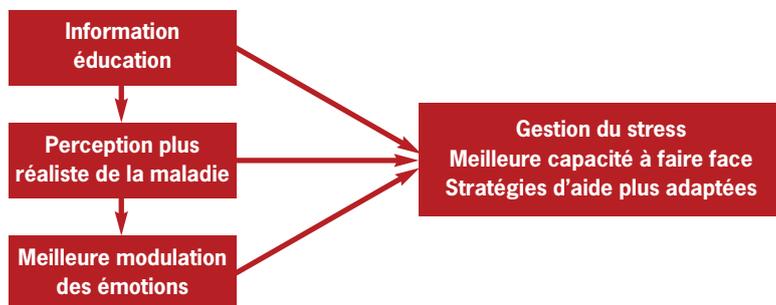
Du point de vue du patient, les attitudes adaptées de ses proches contribuent grandement à son adaptation à l'environnement alors que certains comportements défavorables du proche augmentent le risque de survenue

de troubles du comportement. L'approche éducative centrée sur l'aidant est complémentaire des autres approches de la maladie. Elle est reconnue comme prépondérante par divers travaux de consensus dans l'accompagnement de cette maladie.

Des programmes éducatifs pour prévenir l'épuisement des proches

Les réunions de familles de patients sont profitables pour optimiser la relation soit sous forme d'échanges et d'informations, soit structurées en actions éducatives. Il a été démontré que le recours à un programme de soutien multimodal (groupe éducatif, conseil

Le coping



téléphonique et action envers le patient) retarde le placement du malade en institution.

Selon une méta-analyse récente portant sur les différentes modalités d'intervention auprès des aidants familiaux, les programmes éducatifs seraient plus efficaces que le soutien individuel pour prévenir l'épuisement psychologique de l'aidant.

La validation d'un programme éducatif pour les aidants

Nous avons voulu formaliser un programme éducatif sous la forme d'un diaporama servant de support à des réunions de groupes de familles de patients. L'objectif était d'associer une information formalisée à une possibilité de verbalisation des participants. Cela afin de répondre aux principales demandes d'information et de conseils émis par les aidants mais aussi à les soutenir dans leur action. La guidance psycho-éducative vise en effet à renforcer l'efficacité et la pertinence des actions de l'aidant pour mieux faire face à la maladie : renforcer le *coping* (voir ci-dessus). Les thèmes sont : comprendre la maladie, renforcer le support social, appréhender le vécu affectif de l'aidant et le risque d'épuisement, apprendre à faire face aux troubles du comportement, aménager la maison et organiser la vie quotidienne, apprendre à stimuler le proche et mieux communiquer.

Ce programme a fait l'objet d'une validation à travers une étude multicentrique (2002-2003) dans deux centres de gériatrie possédant une consultation mémoire ; cinq sessions complètes ont été analysées ; sur un total de soixante, cinquante-trois aidants ont terminé l'étude. L'évaluation était réalisée avant

et après (à quatre mois). Le critère principal évalué était la dépression de l'aidant (*Hamilton depression HAD*) ; les critères secondaires : l'anxiété de l'aidant (*Hamilton anxiété HAA*), le fardeau, (échelle de Zarit), le suivi médico-social (questionnaire). Le programme comprenait cinq réunions de formation de deux heures tous les quinze jours sous le mode d'un diaporama de trente minutes animé de façon interactive, suivi d'une discussion d'une heure et demie. Le groupe comprenait douze participants et a été animé par deux thérapeutes (un soignant et un psychologue). Les aidants s'engageaient à être présents durant toute la session

Des résultats préliminaires qui montrent une diminution de la détresse psychologique

Lors de l'évaluation à quatre mois, les aidants apparaissent globalement beaucoup moins défensifs et ont une appréhension plus réaliste de la maladie ainsi que de leur capacité à la gérer. Ils indiquent un bénéfice positif sur le ressenti affectif de la relation d'aide. Ils sont plus indulgents vis-à-vis du proche. Seuls 10 % de plus envisagent plus sérieusement de placer leur proche (patients évolués). Les résultats immédiats sont surtout significatifs sur le stress.

Le programme éducatif offre l'avantage de réduire l'anxiété de l'aidant et sa détresse psychologique. L'information et la formation aident à réduire l'appréhension irréaliste de la maladie. L'impact sur la dépression de l'aidant est moins certain à court terme. Le fardeau est inchangé, probablement parce que la maladie évolue et parce que les aidants ont eu du mal à demander de l'aide. Ces données sont conformes à celles retrouvées dans la littérature.

Pour améliorer ces items, il paraît important d'associer un soutien social (solution de répit, aides à domicile) et une action spécifique envers le patient (soutien, stimulation). Il paraît judicieux de délivrer de plus un support d'information écrit pour rappeler les informations reçues pendant les sessions et renforcer l'action de celles-ci. Il paraît pertinent également d'évaluer l'impact sur le comportement du patient dans une prochaine étude.

Le développement et la diffusion d'un kit de guidance pour les aidants

Afin de compléter le travail précédent, un kit a été élaboré, intégrant : un diaporama de six sessions, un livret pour l'animateur afin de mieux animer les réunions, six livrets destinés à chaque aidant remis à la fin de chaque séance. Ce kit a été diffusé à des équipes de proximité (accueil de jour, centre mémoire, équipe de gériatrie, psychiatrie, neurologie, etc.) et devrait l'être aux bénévoles des associations de famille afin de les aider dans leur soutien aux aidants (*Tableau I*).

La mise en place de groupes de guidance pour les aidants principaux

Le groupe est ouvert à toute famille d'un patient vivant à domicile qui souhaite bénéficier d'un soutien psychologique ainsi que d'information sur la maladie d'Alzheimer et d'échanges pratiques. Cette approche est destinée en priorité aux aidants principaux. Il est nécessaire de pratiquer des entretiens préalables afin de déterminer si ces derniers sont aptes à bénéficier d'une prise en charge en groupe. Il faut pour cela analyser leur capacité à débattre en public de leurs problèmes et de tenter de déceler une trop grande fragilité qui les feraient plutôt orienter vers des

Tableau I. Objectifs du programme éducatif : informer, guider, soutenir les aidants

- Étayer la dimension positive de l'aide chez les aidants
- Réduire le risque de dépression de l'aidant
- Diminuer les troubles du comportement du patient
- Améliorer la qualité de vie de l'aidant et du patient

Six sessions pour comprendre, apprendre et gérer...

Séance n°1 : comprendre la maladie d'Alzheimer

Comprendre les troubles constitue la garantie d'un accompagnement de meilleure qualité. Anticiper les difficultés et l'évolution permet de mieux affronter cette affection, qui pourra durer jusqu'à quinze ans après le diagnostic. Au cours de cette séance sont abordés les questionnements qui surgissent le plus fréquemment lors des échanges avec les familles. Les principales étapes de la maladie sont décrites en détail. En fin de séance les démarches diagnostique et thérapeutique sont explicitées.

Séance n°2 : les aides et démarches pour soutenir la vie à domicile

Les familles sont souvent peu informées des droits et aides qui sont à leur disposition. Cette séance passe en revue les aides directes et indirectes, les formules de répit, les mesures de protection ainsi que l'éventualité d'une institutionnalisation. Lors de la discussion, il est pertinent d'orienter l'aidant vers les services spécialisés proches de son domicile (par exemple, centre de jour, CCAS, association de familles). Mieux vaut avoir rassemblé les adresses et les moyens de contact de ces structures pour pouvoir les donner aux participants à l'issue de la séance. Il ne faut toutefois pas oublier que du temps et de la détermination seront nécessaires pour convaincre les aidants de faire appel à ces services. Enfin, si les aidants souhaitent évoquer les questions juridiques et financières, une assistante sociale peut être présente pour répondre.

Séance n°3 : connaître l'impact sur l'aidant de l'accompagnement de son proche

Cette séance sera l'occasion d'évoquer et d'aider à percevoir les éléments qui constituent des facteurs de stress internes chez les proches en prenant des exemples et en laissant parler les participants. Il s'agit de mieux cerner le fardeau subjectif propre à chacun que constitue la relation d'aide. Une situation problème sera choisie et on étudiera l'impact sur l'aidant. Puis une solution sera recherchée en groupe en incitant l'aidant à l'expérimenter entre deux séances.

Il est important de faire comprendre à celui-ci que la qualité de la relation d'aide dépendra grandement de son état physique et psychique. S'il s'épuise nerveusement ou physiquement, son proche en sera affecté. Il doit apprendre à se préserver pour pouvoir tenir dans la durée.

Objectifs pour diminuer le fardeau :

- Ne pas se donner d'objectifs héroïques
- Penser à soi
- Se donner du répit
- Ne pas hésiter à demander de l'aide
- Rencontrer les associations de familles
- Consulter si le stress devient important

Séance n°4 : reconnaître et apprendre à gérer les troubles du comportement de son proche malade

Les troubles du comportement constituent la principale source de stress pour les aidants. Il est essentiel d'apprendre à les repérer, mais encore plus de savoir les prévenir. En effet, ce sont souvent des attitudes inadaptées ou un environnement inadéquat qui engendrent ou entretiennent certains troubles, notamment l'agitation ou l'opposition. L'animateur précise aux aidants qu'il ne vivront pas obligatoirement chacune des situations décrites. Il les aide à dédramatiser ces troubles et à ne pas se sentir coupables s'ils surviennent. Il explique que le malade ne le fait pas exprès, que la maladie est responsable de ces manifestations. Il conseille aux familles de consulter s'il existe des signes de gravité ou si les comportements dysfonctionnels se répètent.

Séance n°5 : apprendre à communiquer

Le maintien d'une communication même limitée conforte le patient dans sa position de sujet et dans son implication sociale. Il est important d'apprendre aux familles à diversifier leurs moyens de communication en fonction de l'évolution de la maladie ; simplification du discours, recours à des Post-it, pancartes, tableaux blancs, dessins, logos, gestes, mimiques, etc. L'animateur laisse chacun donner ses propres solutions.

Séance n°6 : apprendre à stimuler le patient et à animer la vie au quotidien

Il s'agit d'apprendre à s'adapter aux besoins du patient au fil de l'évolution. L'adaptation progressive du lieu de vie du malade a une vertu thérapeutique. (simplification, mise en place d'une signalétique, respect de l'ordre du patient, sécurisation). Il s'agit également de faire l'apprentissage de stratégies concrètes permettant d'atténuer ou de résoudre des difficultés quotidiennes sources de troubles du comportement chez le patient ou d'épuisement chez l'aidant. La stimulation doit s'entendre comme une valorisation des capacités restantes ainsi qu'un moyen de pallier les déficits. Elle ne doit jamais mettre en échec le patient. Il n'est pas question de tenter de revenir à un niveau antérieur. L'animateur incite les aidants à faire preuve de créativité et d'inventivité. Cela

entretiens particuliers ou vers un spécialiste (psychothérapie individuelle).

Le nombre de participants doit être limité à douze personnes. Au-delà, le caractère thérapeutique pour chacun paraît difficile à garantir.

Les séances se tiennent tous les quinze jours avec un engagement de présence et selon des thèmes précis :

- comprendre la maladie et son évolution ;
- connaître les différentes démarches et aides sociales
- comprendre les conséquences psychologiques de l'accompagnement de votre proche ;
- savoir reconnaître et gérer les troubles du comportement ;
- apprendre à stimuler votre proche et organiser sa vie au quotidien ;
- apprendre à mieux communiquer et à aménager le domicile.

permet de lutter contre la routine pour eux et pour le patient.

L'équilibre interne de l'aidant et du groupe familial conditionne l'évolution du malade d'Alzheimer

Des méta-analyses ont montré l'intérêt de développer des programmes éducatifs structurés destinés aux aidants familiaux afin de modifier leur vécu et augmenter la pertinence de leur action envers le patient et de ce fait améliorer la qualité de vie des deux.

Le challenge à venir est de développer des actions similaires et complémentaires d'éducation pour la santé centrées sur le patient lui-même, afin qu'il soit lorsque cela est encore possible apte à faire face à ses troubles.

Dr Marie-Pierre Pancrazi

Consultante, centre mémoire Pitié-Salpêtrière, Responsable de la filière gériatopsychiatrique de l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, Paris.

Alzheimer : un programme pour soutenir l'entourage des personnes atteintes

Depuis 2002 en Ile-de-France, éduSanté a conçu Fil Mauve, un programme de soutien à l'entourage des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les familles bénéficient d'une formation à l'accompagnement délivrée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels. Objectifs : leur permettre de comprendre la maladie et de mieux communiquer avec le parent malade, identifier des stratégies de soutien et leur donner confiance en leur capacité d'aidants. Trois hôpitaux pilotes ont mis en œuvre cette démarche.

Pour en savoir plus

- Haley W.E., Bailey S. Recherche sur la prise en charge par la famille dans la maladie d'Alzheimer : implications pratiques et de santé publique. In : *Les aidants familiaux et professionnels de la charge à l'aide*. Paris : Serdi, 2001 : 81-93.
- Sorensen S., Pinquart M., Duberstein P.O. *How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis*. *Gerontologist* 2002 ; 42(3) : 356-72.
- Brodaty H., Green A., Koschera A. *Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia*. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2003 ; 51(5) : 657-64.
- Pancrazi M.-P., Métails P. *La dépression des aidants familiaux dans la maladie d'Alzheimer*. *NPG (Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie)* 2003 ; 15 : 16-9.
- Pancrazi M.-P., Métails P. *Vivre avec un proche atteint d'Alzheimer. Faire face dès les premiers signes*. Paris : Dunod, InterÉditions, 2004 : 168 p.

On dénombre aujourd'hui, en France, 800 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et l'incidence est estimée à 100 000 nouveaux cas par an. 75 % des malades vivent à domicile, y compris à un stade avancé de la maladie. Ce qui est souvent rendu possible par les aidants naturels – les personnes de l'entourage familial –, qui assurent l'essentiel des soins malgré les difficultés rencontrées. La famille est la première source d'aide, loin devant les aides professionnelles. Cependant, la charge de soins pour ces aidants s'avère extrêmement pesante, si bien qu'en l'absence de soutien on assiste fréquemment à un épuisement qui se répercute sur leur santé physique et mentale. Ainsi, la dépression est presque deux fois plus courante chez les gens qui prennent soin d'une personne atteinte de démence.

Le soutien et la formation des aidants sont aujourd'hui des priorités, tant pour soulager leur charge physique et morale que pour leur permettre de mettre en place des solutions adéquates dans la vie de tous les jours.

Plusieurs programmes de soutien des aidants ont été mis en place ces der-

nières années, notamment le TTS financé par la Communauté européenne (1), un programme français (2) et un programme canadien (3). En 2002, une méta-analyse réalisée sur soixante-dix-huit études a montré que des programmes d'intervention combinant à des degrés divers éducation, soutien psychologique et répit permettent d'alléger le fardeau ressenti par l'aidant, de diminuer le risque dépressif, d'améliorer son bien-être. De plus, ils permettent de diminuer les symptômes du patient (4), voire même de faire reculer sa date d'entrée en institution (5).

Dans le but de concevoir notre programme de soutien des aidants, nous avons constitué un groupe de travail multidisciplinaire associant professionnels de soins, psychologues, membres d'associations, intervenants du champ médico-social, pédagogues, dans une approche de type « recherche-action ». Cette démarche s'est inspirée du cadre conceptuel de l'éducation thérapeutique pour l'adapter à la problématique des aidants. Le projet a comporté plusieurs étapes classiques dans ce type d'approche : une analyse des besoins, la conception d'un programme et d'outils adaptés aux besoins identifiés, la

formation des équipes, la mise en place du programme et l'évaluation.

À partir de ces développements, trois centres pilotes, l'hôpital Charles-Foix, à Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne), les hôpitaux Delafontaine et Casanova, à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), et l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif (Val-de-Marne), ont intégré l'ensemble du dispositif au sein de la pratique clinique, en association avec une phase d'évaluation.

Identifier les besoins des proches

L'analyse des besoins a été réalisée *via* des entretiens individuels avec des professionnels et des entretiens de groupe auprès d'aidants. Deux groupes ont été interrogés séparément ; un groupe d'aidants-conjoints et un groupe d'aidants-enfants de malades. Ces entretiens ont permis d'identifier les attentes suivantes, communes aux conjoints et aux enfants de patients souffrant de démences :

- exprimer son vécu et partager ses expériences avec ses « pairs » ;
- s'assurer d'un soutien social, familial, médical ;
- clarifier ses idées sur la maladie et ses conséquences ;
- se rassurer sur ses qualités d'aidant ;
- mieux communiquer avec son parent malade ;
- préserver son intégrité physique et psychique.

D'autres besoins apparaissent de façon plus spécifique selon que l'on s'adresse aux conjoints ou aux enfants. Les conjoints sont à la recherche de solu-

tions de répit et de conseils sur les conduites à tenir dans les moments de crise, tandis que les enfants, ébranlés par l'image du parent devenu dément, s'interrogent quant à eux sur les moyens de freiner l'évolution de la maladie, de stimuler leur proche.

Les résultats de ces enquêtes ont permis de construire un programme éducatif structuré, que nous avons nommé Fil Mauve, recourant à des outils d'animation et d'enseignement.

Former les soignants à la pédagogie

Une formation des équipes de soignants a précédé la mise en œuvre du programme dans les différents centres pilotes. Les objectifs de cette formation étaient les suivants :

- mieux repérer les attentes et les besoins des aidants de patients souffrant de maladie d'Alzheimer ;
- utiliser les outils pédagogiques du programme Fil Mauve ;
- mettre en œuvre un travail de lien avec les professionnels du secteur et notamment les médecins généralistes.

Durant la formation, les professionnels étaient mis en situation d'analyse du matériel présenté (outils éducatifs) et de mise en œuvre pédagogique de séquences réutilisables (simulations).

Un programme pour soutenir les aidants...

Le programme Fil Mauve est fondé sur les objectifs prioritaires suivants pour les aidants familiaux :

- acquérir des compétences permettant

- de mieux vivre avec son parent malade ;
- se préparer à faire face de façon adéquate à des situations de crise ;
- décrypter le sens de certains comportements pour mettre en œuvre une communication plus adaptée et éviter les conflits ;
- renforcer sa confiance en ses capacités d'aidant ;
- apprendre à se faire aider et mieux tirer parti des ressources offertes par les institutions médicales sociales et juridiques.

Le programme a été mis en place en février 2003 dans chaque service par une équipe pluridisciplinaire associant diversement médecins, infirmier(e)s, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, assistantes sociales. Chaque séance de groupe réunit de six à huit aidants (conjoints et/ou enfants). Elle est animée par deux intervenants qui sont les mêmes durant tout le cycle avec un groupe d'aidants. Il se compose de quatre séances en groupe de deux heures chacune, à trois semaines d'intervalle, entrecoupées de deux séances individuelles axées sur la mise en place d'un projet personnel.

Premier atelier de groupe

Les participants sont invités à repérer chez leur parent, d'une part, les facultés altérées du fait de l'évolution de la maladie et, d'autre part, les capacités restantes. On utilise une technique basée sur le photolangage®. À partir d'une série de photos représentant des scènes de la vie quotidienne, on demande à chaque participant de choisir deux images évoquant les difficultés rencontrées par leur parent et deux autres représentant, au contraire, les activités qui sont conservées. L'animateur aide les participants à valoriser leurs capacités d'aidant, repérer les affects restants de leur parent et analyser les effets d'une stimulation adaptée (plaisir/déplaisir). Cette activité s'accompagne d'une forte implication émotionnelle et verbale des aidants. Elle stimule les échanges et permet d'installer une dynamique de groupe.

Deuxième atelier de groupe

L'objectif de cet atelier consiste à repérer les signes de la maladie et à identifier les divers facteurs pouvant l'influencer : médicaments, pathologies intercurrentes, environnement, personnalité antérieure, etc.

Le travail s'effectue à partir d'études de cas : il y a huit cas traitant de ces divers facteurs. Les participants font preuve d'un vif intérêt pour les cas présentés, recoupant souvent des problématiques personnelles. Grâce aux interventions de l'animateur, ils peuvent clarifier les connaissances sur les aspects les plus importants de la maladie et s'entraîner à analyser diverses situations.

Troisième atelier de groupe

Deux objectifs sont traités au cours de cette séance :

- 1^{er} objectif : mieux communiquer avec son parent malade. À partir de plusieurs mises en situation, les participants doivent repérer les troubles de communication liés à la maladie et proposer les moyens de communication verbale et non verbale les plus adaptés ;
- 2^e objectif : aménager son cadre de vie. À partir de maquettes d'une maison virtuelle, le travail consiste à identifier les sources de danger potentiel dans chacune des pièces de la maison et proposer les aménagements possibles. Le support pédagogique ludique s'avère très stimulant. Les aidants déjà très sensibilisés à ces problèmes échangent des conseils pratiques et imaginent des solutions réalistes et peu coûteuses.

Quatrième atelier de groupe

- 1^{er} objectif : développer ses stratégies de soutien. À partir de scénarios de la vie quotidienne, les participants doivent identifier les personnes et institutions pouvant apporter différentes formes de soutien : médical, juridique, financier, social, personnel.
- 2^e objectif : réaliser certains gestes utiles au quotidien (transfert du patient,

relevé de chute, escalier). Chaque aidant s'entraîne à réaliser ces gestes après démonstration par l'animateur.

Les séances individuelles ont lieu entre les sessions de groupe. Elles permettent de reprendre les objectifs développés lors des ateliers afin de les réajuster à la problématique personnelle de l'aidant. Ce dernier est encouragé à définir un projet personnel dans la réalisation duquel il sera soutenu par le soignant. Il est encouragé à accepter ses limites et savoir se faire aider, préserver une position d'enfant ou de conjoint par rapport à celle de soignant, maintenir des attaches avec son cercle social.

Une évaluation du ressenti des « aidants »

À ce jour, plus de quatre-vingts aidants ont bénéficié du programme Fil Mauve. La participation multiprofessionnelle dans ce programme a permis de mettre en place de nouvelles habitudes de travail et des échanges fructueux entre tous les intervenants. L'utilisation d'un matériel d'animation pédagogique a facilité l'expression des participants et a permis de prendre une certaine distance par rapport aux problématiques individuelles. Leur travail d'apprentissage s'en est trouvé facilité.

Une étude multicentrique comparant un groupe d'aidants bénéficiant du programme de soutien et un groupe « témoin » a été réalisée auprès de cinquante-quatre aidants. L'objectif principal était d'évaluer l'impact de ce programme dans la vie quotidienne de l'aidant avec son parent malade. S'agissant du fardeau (mesuré avec l'échelle de Zarit) (6) et de la qualité de vie (mesuré avec le *Nottingham Health Profile*) (7), le programme Fil Mauve a eu un impact positif. En effet, le score du fardeau des conjoints s'est amélioré ainsi que leur qualité de vie. Pour les aidants enfants, le score du fardeau s'est aussi amélioré mais de façon plus modeste.

L'un des objectifs du programme étant d'apprendre à mieux tirer parti des ressources offertes par les institutions médicales, sociales et juridiques, nous avons aussi mesuré le niveau de recours à ces types d'aides. Il ressort que les aidants du groupe « éduqué » ont fait davantage de démarches que ceux du groupe « témoin » pour obtenir de l'aide sur le plan médico-social, juridique ou

financier. Les « aidants-enfants » ont également plus fait appel aux structures d'aide type accueil de jour ou hébergement temporaire, et ont pris plus de temps pour s'occuper d'eux-mêmes.

Globalement, le bilan de l'intervention auprès des aidants est encourageant. Ce type d'action mérite d'être proposé à davantage de personnes en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Dr Yves Magar

Dr Isabelle Durack

Dr Djamila Boumediene

Christiane Dressen, consultante,
éduSanté, Vanves.

Pr Joël Belmin

Hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine.

► Références bibliographiques

- (1) Klein K. (sous la dir.) Health promotion for family caregivers of people with Alzheimer's disease and related disorders. Programme de la communauté européenne. 1998. http://www.uni-koeln.de/ew-fak/Klein/h_home.htm
- (2) Belmin J., Hee C., Ollivet C. A health education program lessens the burden of family caregivers of demented patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1999 ; 47 (11) : 1388-9.
- (3) Hébert R., Lévesque L., Lavoie J.-P., et al. Le soutien des aidants de personnes atteintes de démence vivant à domicile. *L'année gériatrique* 1999 ; 13 : 335-53.
- (4) Sorensen S., Pinquart M., Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002 ; 42 (3) : 356-72.
- (5) Mittelman M.S., Ferris S.H., Shulman E., et al. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996 ; 276 : 1725-31.
- (6) Zarit S.H., Zarit J.M. *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Document technique, University Park PA, Pennsylvania State University, 1987.
- (7) Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P. *Measuring health stats: a new tool for clinicians and epidemiologists*. *J. Royal Coll. Gen. Pract.* 1985 ; 35 : 185-8.

Ce projet a été financé par la Cramif et la Drassif dans le cadre du PRS personnes âgées 2002.

Remerciement aux équipes ayant participé au projet :

Hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine : Pr Belmin, Dr Sylvie Pariel

Hôpitaux de Saint-Denis : Dr Riou, Pr de Broucker, Dr le Goff

Hôpital Paul-Brousse : Dr Trivalle, Dr Fétéanu
Association France-Alzheimer 93 : Mme Catherine Ollivet

« Nous sommes des facilitateurs de parole »

Jocelyne Frugère, assistante sociale à l'hôpital Charles-Foix, à Ivry-sur-Seine dans le Val-de-Marne, co-anime avec une infirmière un atelier d'aide aux aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Interview.

La Santé de l'homme : Avez-vous été formée à l'accompagnement ?

Jocelyne Frugère : Avant d'animer ces ateliers, nous avons effectivement reçu une formation de trois jours avec jeux de rôle et mise en situation. Nous étions trois professionnelles animatrices : une infirmière, une kiné et moi-même. L'autre groupe était animé par une psychologue, une psychomotricienne et une ergothérapeute. Dans notre groupe nous avons cinq aidants. L'atelier a duré deux mois, à raison d'une séance par semaine puis de deux séances individuelles. Ces ateliers ont démarré en 2004, dans le cadre du programme expérimental Fil Mauve ; d'autres ont suivi cette année dans le cadre d'un autre programme, Persona.

S.H. Comment accompagnez-vous les aidants lors de ces ateliers ?

On part de photos de situations qui permettent de préciser les capacités restantes des personnes atteintes. Les échanges sont extrêmement riches. Dans l'actuel atelier que nous animons, les aidants viennent d'apprendre que leur parent est atteint de la maladie d'Alzheimer : on les accompagne, leur explique comment se comporter avec le proche atteint ; par exemple les aidants ont tendance, au début de la maladie de leur proche, à dire que le malade fait exprès de se placer en situation difficile. On les amène doucement à reconsidérer leur regard et donc leur comportement. Nous sommes surtout des facilitateurs de parole et d'échange

car les aidants trouvent eux-mêmes ce qu'il faut faire. Nous les aidons mais ils s'aident aussi entre eux : ils ont vécu des situations similaires et se transmettent la nécessité d'être à l'écoute.

Après les ateliers collectifs, ils nous disent lors des séances individuelles les secrets qu'ils n'ont pas voulu dévoiler en collectif : les réactions de leur parent malade qui les troublent, mais aussi les difficultés financières, et certains pics de souffrance face à l'avancée inexorable de la maladie : une aidante m'a confié sa détresse de voir sa mère atteinte incapable, un jour, de se souvenir comment monter dans sa voiture sans être aidée, alors que la veille encore elle y était parvenue.

S.H. Qu'est-ce que cette expérience d'accompagnante vous apporte ?

Une très grande richesse sur le plan professionnel. Nous les aidons certes, mais les aidants familiaux nous apportent beaucoup, dans leur façon de penser et d'être face à la maladie. Leur regard est moins pessimiste que le nôtre et c'est une leçon de vie : tant que la personne qu'ils assistent est consciente, ils veulent y croire, la stimuler, ils sont davantage porteurs d'espoir.

Ma collègue infirmière et moi-même avons décidé d'approfondir cette expérience en passant un DU d'éducation thérapeutique. Et nous poursuivons actuellement l'animation de ces ateliers.

S.H. Ce type de formations à l'accompagnement est salué unanimement, pourquoi ne pas les généraliser, tandis que le nombre des personnes atteintes ne cesse de croître ?

Ce qui bloque essentiellement, ce sont les moyens. Ces animations intervien-

ment en plus de notre travail et ne sont pas rémunérées. Il faudrait former les intervenants, les détacher de leur poste à l'hôpital. Il conviendrait aussi de généraliser ce que nous pratiquons actuellement de façon expérimentale, avec toutes les facilités qui nous sont accordées : pendant que nous formons les aidants,

leurs parents atteints de la maladie d'Alzheimer sont pris en charge par des psychologues dans des ateliers mémoire dans le même bâtiment. Ce qui allège considérablement le stress de l'aidant : dans la première phase du programme, certains aidants manquaient des ateliers car ils n'avaient pas trouvé de solution

alternative pour leur parent atteint ! L'efficacité de ce type de formation n'est pas discutable, tout est question de moyens humains, tant du côté de l'entourage du patient que de celui des professionnels de santé.

Propos recueillis par Y.G

Christine, dont la mère, âgée de 83 ans, est atteinte de la maladie d'Alzheimer :

« J'ai appris à être plus douce, à l'écoute »

« J'avais 54 ans. J'emmenais régulièrement en consultation à l'hôpital ma mère, âgée de 81 ans, qui avait des problèmes de mémoire et des troubles psychologiques depuis peu. En 2003, le médecin de l'hôpital et le psychologue m'ont confirmé qu'elle était atteinte de la maladie d'Alzheimer. Quelques semaines plus tard, ils m'ont proposé de participer au programme expérimental Fil Mauve d'accompagnement des aidants. J'étais désorientée, sans soutien, j'ai accepté. J'ai suivi la formation à l'accompagnement, huit séances sur plusieurs mois. Cela m'a énormément aidée pour la suite. J'ai acquis des compétences : je ne savais pas précisément ce qu'était la maladie ; on me l'a expliqué. Dans ces ateliers, j'ai pris tout ce qu'on m'a donné : informations, conseils.

Grâce à cette formation, j'ai changé mon comportement par rapport à ma mère : au début j'avais envie de la secouer, je pensais qu'en la stimulant elle pourrait changer, redevenir comme avant. La formation m'a fait prendre brutalement conscience que cela ne servait à rien. Je suis devenue beaucoup plus douce, plus affectueuse – je l'étais déjà –, très prévenante. Ma mère adore qu'on la touche, qu'on lui fasse des baisers, qu'on la prenne dans ses bras. Elle le ressent, elle est rayonnante quand

elle me voit. Elle ne se souvient pas de tout mais elle m'identifie parfaitement. Elle est fière de moi. J'ai changé de ton après cette formation : je lui parle doucement, suis à l'écoute. Les personnes atteintes ont besoin d'énormément d'attention. Je lui fais des câlins comme si elle était un bébé, elle adore cela.

Ma mère a encore une forme d'autonomie, elle vit seule chez elle et vient chez moi tous les dimanches, je vais la voir deux ou trois fois par semaine. Elle est beaucoup plus heureuse que moi, ne souffre pas, hormis quelques coups de blues. Elle était déjà d'un tempérament joyeux ; avec la maladie, tout la ravit : une fleur, un arbre...

Elle n'est pas consciente de sa maladie ; ou elle la refoule. Elle admet qu'elle a des "petits problèmes de mémoire". Je n'y étais pas très favorable mais le médecin lui a annoncé le diagnostic il y a plus d'un an. Elle n'a pas réagi plus que cela. Tous les mardis je l'emmène dans le même service spécialisé ; à chaque fois, au moment de franchir la porte sur laquelle est écrit "Accueil de jour pour malades d'Alzheimer", elle me demande pourquoi je l'emmène dans ce lieu qui n'est pas pour elle. Y a-t-il un refus de sa part d'accepter sa maladie ? Récemment, elle m'a demandé à deux reprises si elle

avait la maladie d'Alzheimer ; mais n'a pas attendu la réponse.

La formation m'a aussi aidée à faire face au quotidien : on ne se rend pas compte des problèmes qui vont se poser dans la vie courante, on les découvre au fur et à mesure. Dans notre groupe, nous étions six, j'ai énormément appris des autres aidants, dont les parents étaient atteints à des stades plus ou moins avancés. Le personnel hospitalier qui nous formait nous a tout appris : la maladie, la reconnaître, changer d'attitude.

Depuis quelques mois, l'état de ma mère s'est beaucoup aggravé, elle délire. Ce qui me manque le plus aujourd'hui, c'est un accompagnement régulier. Fil Mauve, c'est bien, mais trop court. Je veux participer à des rencontres entre aidants familiaux, j'ai besoin d'en parler à d'autres qui sont dans la même situation. Ma famille est saturée, ne peut plus donner. Quand j'ai suivi cette formation d'accompagnement, j'allais aux réunions avec un petit moral, j'en ressortais tout le temps ragaillardie. À tel point que, certains mois, j'attendais avec impatience la réunion suivante. On ne peut pas s'en sortir seul. »

Propos recueillis par Y.G.

Construire une démarche éducative centrée sur le patient dans le cadre de la maladie d'Alzheimer

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la direction générale de la Santé (DGS) ont travaillé à la réalisation d'un outil d'éducation pour la santé du patient souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Destiné en priorité aux médecins en charge des consultations de mémoire, cet outil propose une démarche éducative, illustrée par des exemples concrets, visant à placer davantage le patient au centre de la relation de soin, tout en tenant compte des impératifs thérapeutiques.

Les données recueillies dans le cadre d'entretiens réalisés avec des patients, des soignants et des acteurs associatifs montrent que les personnes malades, même à un stade débutant de la maladie, ne sont pas toujours informées de leur diagnostic et sont généralement peu impliquées dans le processus de prise de décisions concernant leurs soins. Les données de la littérature (1) confirment que 70 % des médecins spécialistes et 65 % des proches souhaitent annoncer le diagnostic au patient, même si souvent l'annonce utilise des circonlocutions (« maladie de la mémoire ») à la place du nom explicite de la maladie.

Souvent perçus comme étant incapables, du fait de leurs déficits cognitifs, d'être acteurs de leur santé, les patients vivant avec une pathologie neurodégénérative semblent fréquemment exclus de la relation de soin au profit de l'aidant principal.

Un patient qui veut être acteur de sa prise en charge

Pourtant, grâce aux avancées réalisées au cours de la dernière décennie dans le domaine de la connaissance, du diagnostic et du traitement de la maladie d'Alzheimer, le nombre de patients diagnostiqués à un stade précoce de la

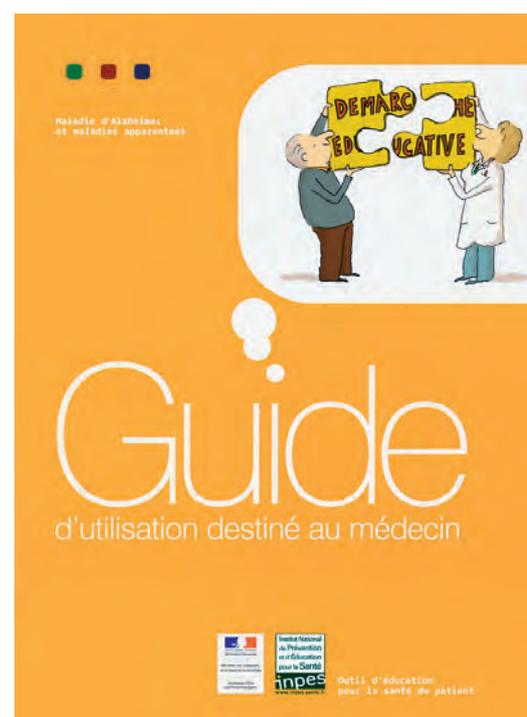
maladie d'Alzheimer est en augmentation. De ce fait, les médecins sont de plus en plus confrontés à un nouveau profil de patient : un patient plus conscient de ce qui lui arrive, qui revendique le droit de savoir et d'être acteur à part entière de sa prise en charge thérapeutique et sociale.

L'outil a pour finalité de permettre au médecin de construire une relation de soin fondée sur la participation active et le « respect et la valorisation de l'estime de soi du patient, quel que soit son état physique et psychique » (2). Il s'agit en effet de recentrer la relation sur la personne malade, sans toutefois exclure l'entourage familial.

Une approche globale de la personne

La démarche proposée dans ce guide est adaptée du modèle des consultations à objectifs alternés développé pour le suivi des maladies chroniques (3). Ce modèle – qui consiste à prendre en compte à la fois la dimension organique de la maladie et ses répercussions au niveau psychologique, familial, professionnel et social – peut être mis en place de façon progressive tout au long du processus de soins. Lors de chaque consultation sera ainsi développé, en fonction notamment des besoins du patient, un nouvel aspect de la maladie et de sa prise en charge.

La mise en œuvre de ce modèle peut s'avérer difficile, du fait des spécificités cliniques de la maladie d'Alzheimer (notamment de l'anosognosie – l'ignorance et la négation par le patient de son déficit – et des troubles de mémoire).



Pertinents d'un point de vue éthique quel que soit le stade de la maladie, certains éléments de cette démarche ne sont en effet réalisables sur un plan pratique qu'aux stades « débutants ». Même dans ce cas, le soignant aura parfois l'impression – du fait des difficultés du patient à mémoriser – de devoir tout recommencer de zéro à chaque consultation. Cependant, quelles que soient les maladies chroniques (y compris celles qui n'affectent pas les capacités cognitives du patient), si l'on souhaite placer le patient au centre de la relation de soin et « mener à bien une démarche éducative, il faut être constamment prêt à tout recommencer » !

« Quand je vais en consultation, le docteur parle à mon épouse... Moi, je ne suis plus qu'un tas de mots neurologiques qui ne veulent rien dire... »

Témoignage recueilli sur le site de l'association France Alzheimer.

Une participation active du patient, pour favoriser le dialogue

Pour construire une relation de soin fondée sur la confiance et la participation active du patient, le médecin devra s'inscrire dans une démarche d'écoute active, savoir faire preuve d'empathie et utiliser des techniques d'entretien qui favorisent le dialogue.

La manière dont le soignant mène l'entretien pendant la consultation peut soit limiter, soit au contraire favoriser le dialogue avec le patient et ses proches. Le recours à des questions fermées, qui imposent des réponses par oui ou non, le fait de regarder sa montre en permanence, l'incapacité de respecter des temps de silence, le fait d'interrompre le patient, la non-réceptivité aux signes non verbaux émis par la personne malade ou ses proches... sont autant d'éléments qui peuvent bloquer la communication entre le médecin et le patient.

À l'inverse, certaines techniques d'entretien, utilisables en particulier dans les stades débutants de la maladie d'Alzheimer, peuvent contribuer à faciliter le dialogue : la reformulation consiste pour le médecin à s'assurer qu'il a bien compris les propos du patient ; le recours à des questions ouvertes peut contribuer à approfondir le recueil d'informations par le médecin ; la technique de « spécification » consiste à aider le patient à préciser davantage ses propos. Enfin, la technique dite du reflet consiste à redire avec d'autres mots ce que le patient a dit ou montré à propos de ses émotions.

Un outil sous forme d'une mallette

Cet outil (mallette) est constitué de : – un guide pour le médecin, expliquant les bénéfices, les fondements concep-

« J'attends de mon médecin qu'il me dise la vérité sur l'évolution de la maladie, si évolution il y a. Je veux qu'il me tienne informé pour que je puisse prévoir l'avenir. Cela me permet de changer, de redéfinir mes priorités... Pour l'instant, mon médecin me reçoit tout seul, mais il a demandé à voir mon épouse. Cela m'embête un peu. Je veux maintenir mon autonomie le plus longtemps possible... »

Patient suivi à l'hôpital Rothschild, Paris.

« Mon médecin est une personne d'expérience. Elle a su m'écouter. Elle m'a soutenue quand mes enfants ont voulu me retirer mon chéquier en estimant que je n'étais plus apte à m'occuper de moi. Elle a su me mettre en confiance. J'attends de mon médecin qu'il m'écoute et essaie de me comprendre. Un médecin qui sait écouter et comprendre soigne mieux. C'est ça, son métier : écouter pour comprendre et mieux soigner. »

Témoignage recueilli à l'hôpital de jour Bretonneau.

tuels et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de la démarche éducative proposée ;

- dix pochettes (une pochette par patient) contenant chacune quatre exemplaires d'un « livret patient » (un par consultation) destiné à recueillir le point de vue, les sentiments, les attentes et les souhaits de la personne malade concernant le vécu et la prise en charge de sa maladie ;
- une affichette à apposer en salle d'attente ou dans le bureau du médecin pour encourager le patient à s'exprimer durant la consultation.

La démarche et les exemples proposés dans le guide destiné au médecin ne constituent bien sûr pas un modèle rigide. Ce sont des éléments d'aide à la consultation qui pourront être adaptés, d'une part, au stade d'évolution de la maladie et aux besoins du patient et, d'autre part, aux objectifs thérapeutiques, aux ressources dont dispose le médecin et aux modalités d'organisation du suivi médical.

Le « livret patient » pourra être utilisé selon deux modalités : soit trente minutes avant la consultation (le médecin proposera au patient de le compléter avec l'aide éventuelle d'un membre de l'équipe de soins, secrétaire médicale, infirmière, externe, etc.) ; soit le médecin remet le livret au patient à la fin de la consultation en l'encourageant à le compléter chez lui et à le ramener lors de la prochaine visite.

La conception de cet outil, avec le soutien d'un groupe de travail pluridisciplinaire, a bousculé chacun d'entre nous à la fois dans ses convictions et ses pratiques professionnelles. Bien au-delà de nos attentes, réfléchir sur la relation médecin-malade dans ces situations de déficits cognitifs des patients

nous a obligés à ne pas nous contenter de compromis mais bien à poser, affirmer et mettre en pratique les principes de l'éducation pour la santé prônant la personne actrice de sa santé et son respect, quelle que soit sa situation personnelle et sociale.

Dr Isabelle Vincent

Directrice adjointe,

Latifa Imane

Chargée de mission,

direction de la Communication et des Outils pédagogiques, INPES.

Groupe de travail

Geneviève Arfeux-Vaucher, directeur de recherches, Fondation nationale de gérontologie (Paris) ; **Michel Billé**, sociologue, Association francophone des droits de l'homme âgé, IRIS (Poitiers) ; **Catherine Huyghe**, infirmière, consultation de la mémoire, centre médical des Monts-de-Flandres (Bailleul) ; **Latifa Imane**, chargée de mission, direction de la Communication et des Outils pédagogiques, INPES (Saint-Denis) ; **Benoît Lavallart**, médecin, chargé de mission, direction générale de la Santé (Paris) ; **Yves Magar**, médecin, éduSanté (Vanves) ; **Marie-Pierre Pancrazi**, psychogériatre, praticien hospitalier, département de médecine et de gérontologie, CH de Courbevoie-Neuilly (Courbevoie) ; **Florence Pasquier**, neurologue, centre de la mémoire, clinique neurologique, CHRU (Lille) ; **Stéphanie Pin**, chargée d'études, direction des Affaires scientifiques, INPES (Saint-Denis) ; **Marc Sarazin**, neurologue et gériatre, hôpital de jour neuropsychogériatrique, hôpital Bretonneau, et centre de neuropsychologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP, Paris) ; **Marc Verny**, gériatre, centre de gériatrie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris) ; **Isabelle Vincent**, directrice adjointe, direction de la Communication et des Outils pédagogiques, INPES (Saint-Denis).

► Références bibliographiques

- (1) Mahieux F., Trichet-Llory V. *Communication et annonce du diagnostic*. 16^{es} Journées du Gral, 2004, Marseille.
- (2) Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, coll. L'Ordre philosophique, 1990 : 424 p.
- (3) Assal J.-P. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. In : *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris, Elsevier, Thérapeutiques, 25-005-A-10, 1996 : 18 p.
- (4) Sandrin Berthon B. *Vers une éducation pour la santé intégrée à la démarche de soins*. *La Santé de l'homme* 1999, n° 341 : 6-7.

Une floraison de livres pour les professionnels et l'entourage

Ouvrages pour les professionnels...

Pour aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne, le guide Masson, en partenariat avec *Le quotidien du médecin*, consacré à *La maladie d'Alzheimer* (2) du Pr Jacques Touchon et du Dr Florence Portet, fait le point sur la maladie et les progrès thérapeutiques et diagnostiques récents de façon complète et concise.

Deux ouvrages de la Fondation Médéric Alzheimer, sous la direction de Marie-Jo Guisset-Martinez, illustrent la devise de la Fondation « *Comprendre pour mieux agir et mieux agir pour comprendre* ». Le premier, *Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés* (3) propose une réflexion pour donner du sens aux pratiques professionnelles en mettant l'accent sur l'importance de l'approche relationnelle et sur le respect de la dignité de la personne. Au travers le récit d'expériences d'accompagnement de personnes atteintes, de nombreux exemples en France et à l'étranger sont donnés afin de favoriser la créativité et la rencontre, les capacités sous-estimées des personnes atteintes de troubles cognitifs. *Vivre avec la maladie d'Alzheimer* (4) est un ouvrage à la croisée des études et des initiatives de terrain. Les professionnels qui œuvrent pour un meilleur accompagnement y trouveront un écho à leur propre questionnement et des repères pour éclairer l'action : communiquer et informer sans réduire le sujet à sa pathologie, lutter contre l'isolement et l'exclusion des personnes atteintes et de leur entourage et, enfin, des méthodes et moyens au service des aidants.

... et pour les proches

La maladie d'Alzheimer au jour le jour (5), de Jacques Selmès et du Pr Christian Derouesné, est un guide pratique de l'aidant. Son objectif est d'être une source d'information à laquelle avoir recours en cas de difficulté. Les

familles trouveront une multitude d'informations pratiques même si leur présentation est un peu dense et parfois austère.

L'ouvrage du Dr Marie-Pierre Pancrazi et du Dr Patrick Métails *Vivre avec un proche atteint d'Alzheimer* (6) à conseiller à toute personne qui vient d'apprendre qu'un proche est atteint d'Alzheimer. Au fil de l'évolution de la maladie, les auteurs abordent de façon pratique, concrète et pleine d'humanité, les questions que chaque proche sera amené à se poser. La douloureuse transformation du « proche » en « aidant » est expliquée. Au-delà des phases de découragement et des difficultés, le livre est parsemé de messages d'encouragement : « prenez soin de vous » et « soyez fier de ce que vous faites ».

I. V.

► Références bibliographiques

- (1) Défontaines B. *Trous de mémoire et maladies de la mémoire. Guide à l'usage des familles et du grand public*. Paris : Éditions médicales Bash, 2004 : 216 p.
- (2) Touchon J., Portet F. *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Masson, coll. Consulter/précrire, 2002 : 173 p.
- (3) Guisset-Martinez M.-J. *Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés*. Guides Repères. Paris : Fondation Médéric Alzheimer, 2004 : 160 p.
- (4) Guisset-Martinez M.-J. (sous la dir.). *Vivre avec la maladie d'Alzheimer*. Paris : Fondation Médéric Alzheimer, coll. *Vivre avec la maladie*, 2004 : 228 p.
- (5) Selmès J., Derouesné C. *La maladie d'Alzheimer au jour le jour*. Montrouge : John Libbey Eurotext, coll. Guides pratiques de l'aidant, 2004 : 352 p.
- (6) Pancrazi M.-P., Métails P. *Vivre avec un proche atteint d'Alzheimer*. Paris : InterÉditions, coll. *Vivre sa vie*, 2004 : 152 p.

Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé

Dossier coordonné par **Christine Ferron**, psychologue, directrice adjointe de l'Hôpital de jour Montsouris du Cerep, et **Stéphane Tessier**, médecin de santé publique, directeur du Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif), Paris.

Explicitier les fondements théoriques des actions d'éducation pour la santé : un enjeu pour leur développement

Sur quelles bases théoriques l'éducation pour la santé repose-t-elle ? Bien malin qui pourrait le dire au regard des formes que peuvent prendre les actions se réclamant de ce champ. Quels points communs, en effet, entre l'approche publicitaire développée dans la communication médiatique inspirée par le marketing, les pratiques purement informatives porteuses d'une parole médicale assénée de façon magistrale, les actions de santé communautaire ciblant une multiplicité de déterminants de la santé, les interventions pédagogiques auprès de petits groupes rassemblés autour d'un thème ou d'un objectif transversal, les interventions à connotation clairement militante, sans compter toutes les actions inclassables où l'improvisation semble avoir la plus grande place ?

Si ces actions qui se réclament toutes, peu ou prou, de l'éducation pour la santé, apparaissent

aussi dissemblables, n'est-ce pas parce qu'elles s'appuient sur des fondements conceptuels différents ? Si c'est le cas, quels sont exactement ces fondements ? Où l'éducation pour la santé prend-elle ses sources sur le plan théorique, de quelles disciplines s'inspire-t-elle ? Quelles sont ses racines idéologiques ? En effet, partant des préceptes religieux, puis de l'hygiène rigoriste, l'éducation pour la santé a poursuivi son chemin vers la libération des esprits, glanant de-ci, de-là des concepts utiles et opératoires dans telle ou telle science reconnue ou telle option politique. Il s'agit donc bien d'un carrefour, d'un « bricolage » au sens de Lévi-Strauss, où les dogmes s'entremêlent pour répondre aux objectifs des acteurs. Toute la difficulté a consisté à rendre explicites les fondations épistémologiques, souvent implicites, de cette pratique aux origines multiples. Mais parvenir à le faire, au moins partiellement, nous paraissait être une urgence

Partie de l'hygiène rigoureuse, l'éducation pour la santé a poursuivi son chemin vers la libération des esprits, glanant de-ci, de-là, dans telle ou telle science reconnue, des concepts utiles. Il s'agit donc bien d'un carrefour, d'un « bricolage », où les dogmes s'entremêlent pour répondre aux objectifs des acteurs.

vitale. Outil d'une santé publique quantifiée, l'éducation pour la santé l'est surtout, selon nous, d'une santé communautaire de proximité, élaborée et pratiquée dans le cadre de la promotion de la santé.

Lorsqu'ils élaborent et mettent en œuvre leurs actions, les professionnels de l'éducation pour la santé sont amenés à puiser leurs ressources théoriques et conceptuelles dans ces multiples espaces de réflexions ou de débats, plus ou moins actuels, plus ou moins reconnus, plus ou moins approfondis. Cette construction théorique se fait parfois explicitement mais, le plus souvent, de façon implicite. L'accusation de « faire du bricolage » est alors souvent formulée, témoignant d'une méconnaissance du processus d'élaboration et de mise en œuvre des actions. En effet, ces actions ne sont jamais pensées et agies de façon linéaire et univoque mais exigent une adaptation constante aux réalités du terrain.

L'exploration des fondements théoriques des actions d'éducation pour la santé poursuit ainsi trois objectifs principaux : le premier est la mise en évidence des apports de différentes disciplines à la construction de l'éducation pour la santé telle qu'elle se présente aujourd'hui. Le deuxième est d'aider les professionnels de l'éducation pour la santé à mieux repérer les théories qui fondent leurs pratiques ou, en tout cas, de les inciter à s'interroger sur les fondements théoriques de leurs pratiques. Le troisième objectif est de montrer toute l'utilité, en éducation pour la santé, d'un bricolage bien mené, à la fois inventif, tourné vers l'innovation et l'adaptation au contexte ; un bricolage inspiré de réflexions développées dans toutes les disciplines concourant à structurer le champ de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons structuré le dossier en trois parties :

– une partie introductive, où Didier Jourdan et Dominique Berger posent le cadre général de notre réflexion ; dans cette même partie, Phi-

lippe Lecorps nous invite à explorer les bases éthiques de l'éducation pour la santé et à poser comme principe fondateur la prise en compte de la parole du sujet ;

– une deuxième partie présente les apports à l'éducation pour la santé de quelques disciplines fondamentales, chaque auteur choisissant un angle d'approche parmi l'ensemble des concepts constitutifs de sa discipline d'appartenance ;

– enfin, une troisième partie où quelques-uns de ces auteurs ont été invités à tenter d'identifier les concepts sous-jacents à des actions d'éducation pour la santé présentées sous forme d'exemples résumés.

Ce dossier inclut également une partie présentant les résultats d'une recherche documentaire assurée par le département Documentation de la direction des Affaires scientifiques de l'INPES.

Un dernier mot : les objectifs de ce dossier nous sont d'emblée apparus très ambitieux. Dans notre quête des fondements théoriques de l'éducation pour la santé, nous nous sommes bien sûr heurtés à la difficulté, toujours existante, de cerner ce champ en perpétuelle évolution et soumis à de multiples contestations. L'éducation pour la santé est, en effet, avant tout une pratique sociale et, à ce titre, soumise à des enjeux idéologiques, politiques et institutionnels forts qui tendent à polluer toute réflexion rationnelle. C'est aussi une posture éthique, l'expression du respect de l'autre, même au plus profond de sa différence, c'est une émancipation et ce devrait être un droit de chaque citoyen. L'éducation pour la santé se met d'abord en acte et, pour cela, elle a beaucoup de mal à se mettre en science et à se faire reconnaître comme telle.

Ce dossier constitue donc le modeste résultat de nos explorations et nous remercions très chaleureusement les auteurs d'avoir accepté de répondre à ce défi. Ce faisant, nous ne prétendons aucunement avoir fait un tour épistémologique exhaustif de l'éducation pour la santé mais nous espérons avoir au moins permis d'en esquisser les contours.

**Christine Ferron
Stéphane Tessier.**

De l'utilité de **clarifier les référents théoriques** de l'éducation pour la santé

Quel intérêt les modèles théoriques présentent-ils pour les éducateurs à la santé dans leur pratique ? Pour Didier Jourdan et Dominique Berger, les modèles ou référents sont à l'éducateur pour la santé ce que les cartes de géographie sont au paysan. Travailler en les ignorant rend le professionnel peu critique de sa propre pratique. À l'inverse, ne jurer que par un « référent » est réducteur. Ainsi, par exemple, entre le modèle d'apprentissage des comportements favorables à la santé et celui du développement de l'autonomie, il est urgent...d'intégrer les deux.

Théories, modèles, réflexion épistémologique... Y a-t-il réellement un intérêt, pour les praticiens de l'éducation pour la santé, à prendre le temps d'un détour par les constructions théoriques ? Notre conviction est que cette réflexion constitue probablement, au même titre que la prise en compte des questions éthiques (1), l'un des piliers de ce qui fonde la professionnalité des divers acteurs de l'éducation pour la santé. En effet, s'il n'est pas possible de s'abstraire totalement de ses propres représentations ou de ses valeurs, il est déterminant d'être capable à la fois d'en découvrir l'influence et de rendre explicite ce qui fonde nos choix. Qu'il s'agisse de définir des objectifs, de mettre en œuvre une approche d'éducation pour la santé, de décider de la place accordée aux personnes visées par l'intervention ou bien d'opter pour une méthodologie déterminée, aucune décision n'est neutre. Ce qui détermine ces choix est bien souvent de l'ordre de l'implicite et trouve sa source dans nos représentations individuelles et collectives. Ceci n'est pas en soi un problème, il ne fait guère de doute que sans ces représentations, sans cette « grille de lecture » du monde, le réel ne puisse nous être intelligible ! Ces représentations, dont le déterminisme est complexe (lié la culture, à l'environnement social, à l'histoire individuelle...), se comportent comme un écran (dans tous les sens du terme) : elles jouent le rôle d'un révélateur nous permettant de donner sens au réel mais en même temps, elles masquent d'autres façons de voir le monde.

Pourquoi vouloir expliciter les modèles sous-jacents aux actions ?

Pas plus dans le domaine de l'éducation pour la santé que dans les autres champs du savoir humain, il n'y a de faits bruts, tout fait s'insère dans un réseau de représentations mentales souvent implicites. Ainsi, travailler sur les modèles sous-jacents à notre action, s'appliquer à expliciter ce qui la fonde constituent des enjeux capitaux pour toute intervention dans le champ de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. L'intérêt premier d'une étude des différents modèles théoriques soutenant l'action est donc de rendre possible le passage de l'implicite à l'explicite, d'identifier dans quel but et sur quelles bases les interventions sont construites. Le second intérêt d'un tel travail est de permettre une ouverture à une diversité d'approches que l'expérience ne permet pas toujours de découvrir. Enfin, être capable d'identifier les différents modèles à l'œuvre dans les interventions, c'est aussi être capable de décrypter la méthodologie des études publiées dans la bibliographie, de pouvoir donner sens aux résultats et ainsi d'en tirer des éléments concrets pour l'élaboration et la conduite des programmes.

En fait, tout se passe comme si les théories ou les modèles¹ étaient aux pratiques d'éducation pour la santé ce qu'une carte de géographie est au paysan. Ils ont d'abord pour but de décrire la réalité, d'en mettre en évidence les principaux éléments afin d'en permettre une appréhension cohérente. Mais les théories et les modèles ont aussi pour

finalité de permettre d'expliquer, de prédire des évolutions. Ils ne sont pas « la réalité » elle-même mais ils permettent de la comprendre et d'agir sur elle. Pour autant, ces théories et modèles ne peuvent rendre compte de la complexité du réel, ils ne sont susceptibles de fournir des informations que dans un domaine bien précis : par exemple les modèles qui sont centrés sur les modalités de changement de comportement des individus ne peuvent que mettre au second plan les dynamiques des communautés... et inversement. Chaque théorie ou modèle n'est susceptible d'être opérant que dans un champ bien déterminé. Il est souvent dangereux de négliger cet aspect et de généraliser sans précaution les apports d'un modèle hors de son champ de validité.

Théories, modèles : essai de classification

La genèse de ces théories et modèles n'est pas une déduction linéaire de l'analyse des faits. Toute théorie, comme tout modèle, est le résultat d'une élaboration progressive avec des avancées et des reculs. Leur élaboration fait bien évidemment appel à des données d'observation, à des constructions conceptuelles mais elle est aussi directement conditionnée par des facteurs psychologiques et culturels. Les modèles ne sont pas neutres et exclusivement basés sur les « données objectives » de la science, ils prennent place dans une vision du monde, de la société et de l'homme, dans un type de rapport aux données épidémiologiques, sociologiques ou psychologiques. K. Tones le

Le modèle transthéorique appelé aussi modèle des « étapes du changement » considère le changement de comportement comme un processus et non un événement unique. Ce modèle repose sur l'hypothèse selon laquelle le changement est cyclique et continu, les sujets sont susceptibles de revenir à une étape antérieure, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il leur faille repartir de zéro. Le passage à un comportement favorable à la santé se réalise à travers cinq étapes successives : la précontemplation ou pré-intention, la contemplation ou l'intention, la préparation, l'action et le maintien. L'idée est de mettre les sujets en présence d'interventions adaptées à l'étape à laquelle ils se trouvent.

rappelle dans son introduction au débat sur la pertinence de l'un des modèles utilisés en éducation pour la santé (le modèle transthéorique de J. Prochaska et C. DiClemente) (2) puisqu'il souligne que « *le sujet est en partie technique et en partie idéologique* »² (voir encadré ci-dessus).

Il existe plusieurs façons de classer les modèles en éducation pour la santé. Classiquement, on considère qu'il en existe deux types (3) : les modèles idéologiques et les modèles techniques. À notre avis, une autre dichotomie apparaît lorsque l'on considère les modalités d'élaboration de ces modèles. Certains sont construits à partir d'une approche anthropologique qui vise à donner sens aux pratiques. J.-P. Dozon (4) estime par exemple que quatre grands types de modèles de prévention peuvent être mis en évidence à partir d'une approche ethnologique : le modèle magico-religieux, le modèle de la contrainte profane, le modèle pastorien et le modèle du consensus. Il s'agit ici de décrire ce qui est à l'œuvre aujourd'hui et ainsi de mettre en évidence les principes implicites sur lesquels sont bâtis les actions. D'autres modèles sont, eux, fondés sur des théories, notamment psychologiques. Ils visent à proposer un cadre, basé sur des arguments rationnels, dans le but de permettre l'élaboration de programmes les plus efficaces possibles. Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage coordonné par D. Fassin et J.-P. Dozon pour ce qui est de la réflexion anthropologique sur les pratiques en santé publique pour nous centrer sur le second type de modèle dans la suite de ce texte.

Les limites des modèles

Dans notre champ, celui de l'éducation, la mise à plat des modèles sous-jacents à l'action est difficile du fait de la complexité du processus éducatif et de la multiplicité des déterminants. Il est opportun de rappeler ici que l'éducation n'est pas la prévention. Sa finalité n'est pas de faire baisser la prévalence d'un comportement mais bien de permettre l'émergence du sujet c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre. La référence est le sujet et non le comportement incriminé. Une partie des modèles psychologiques utilisés en éducation pour la santé, qu'il s'agisse par exemple du modèle des « croyances relatives à la santé » de Rosenstock (5) ou de la « théorie de l'action raisonnée » de Ajzen (6) sont centrés sur les changements de comportement. Si ces modèles présentent l'avantage considérable de nous permettre de « penser » les étapes du changement de comportement, ils ne concernent en fait que l'un des aspects de l'éducation de la personne, l'apprentissage de comportements favorables à la santé. Cela n'est pas sans inconvénient, puisqu'une action d'éducation pour la santé construite exclusivement sur l'un de ces modèles risque de ne pas prendre en compte le développement de l'autonomie et de la responsabilité de la personne. Prenons un exemple : de l'avis de ses auteurs, le modèle de la « soumission librement consentie » de Beauvois et Joulé (7), dérivé de la théorie de l'engagement, pourrait avoir sa place dans une approche préventive. Ce modèle propose des démarches visant à permettre l'adoption de comportements par la manipulation, « *c'est-à-dire l'action qui consiste à amener autrui à se comporter en toute liberté différemment de la façon dont il se serait comporté spontanément à l'aide de techniques* ». Les auteurs du modèle argumentent sur le fait qu'il n'existe que deux façons efficaces d'obtenir de quelqu'un qu'il fasse ce qu'on voudrait le voir faire : l'exercice du pouvoir (ou des rapports de force) et la manipulation. La manipulation serait le moins mauvais mal. À moins d'être d'une naïveté extrême, il est difficile de ne pas reconnaître, dans la vie quotidienne, l'effet de la mise en œuvre de ces techniques. Ces dernières sont aussi présentes dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé sous

diverses formes (8). Ce type d'approche ne peut néanmoins constituer le fondement d'une stratégie éducative, complexe par essence, car elle nécessite un choix drastique dans les comportements à faire adopter. Il est bien évident que la question se pose de savoir dans quelle mesure il peut être légitime d'avoir recours à de telles techniques. On peut estimer que ces pratiques, quand elles sont appliquées à l'insu du sujet³, sont incompatibles avec l'émergence d'hommes et de femmes libres et responsables. Mais l'on peut aussi trouver tout à fait légitime d'utiliser tous les moyens disponibles du fait de l'ampleur des enjeux : vaut-il mieux les laisser se droguer ou bien les manipuler pour qu'ils deviennent des vecteurs de lutte contre la diffusion de psychotropes ? Vaut-il mieux les conditionner à mettre un préservatif ou bien les laisser mourir du sida et contaminer leurs pairs ? Certains estiment que l'utilisation de méthodes de « soumission librement consentie » n'est pas satisfaisante mais que l'ensemble des relations sociales étant basées sur l'exercice du pouvoir, il n'est peut-être pas illégitime de s'en servir. Cet exemple illustre bien la nécessité d'explicitier la nature des modèles sur lesquels sont fondés les interventions en éducation pour la santé. Il s'agit en fait de prendre conscience des limites de leur champ de validité (apprentissage, évaluation, développement des compétences sociales, capacité à résister à la pression des pairs, dynamiques communautaires par exemple), mais aussi d'identifier la vision de l'homme et de son éducation sur lesquelles ils sont bâtis ainsi que les éventuels problèmes éthiques que leur mise en œuvre est susceptible de générer.

La finalité émancipatrice de l'éducation

En tout cas, si la perspective est bien celle de l'éducation du sujet, le pédagogue devra faire appel à d'autres modèles théoriques que ceux exclusivement centrés sur les changements de comportement bien qu'il ne soit aucunement question de remettre en cause *a priori* leur pertinence. Le pédagogue, tel que le définit Philippe Meirieu, est un éducateur « *qui se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et qui prétend y par-*

venir par la médiation d'apprentissages déterminés » (9). Cette définition met en avant à la fois la finalité émancipatrice de l'éducation et la mise en œuvre d'activités spécifiques. Elle est basée sur le parti pris de l'éducabilité de toutes les personnes et renvoie à la tension existant entre tentation démiurgique, d'une part, et renoncement à transmettre quoi que ce soit, d'autre part. Choisir d'éduquer, c'est accepter de rechercher continuellement un équilibre entre notre projet éducatif (ce que nous voulons promouvoir chez les sujets) et leur liberté en construction. Dans le domaine de l'éducation pour la santé, cette difficile articulation s'exprime avec une acuité toute particulière tant les questions qu'elle aborde rejoignent la personne humaine dans ce qu'elle a de plus intime. Tous les modèles décrits dans notre second article se situent au cœur de cette tension qu'ils permettront de gérer mais jamais de résoudre totalement. Pour autant, même si nous n'aurons jamais (et c'est heureux) une maîtrise totale du développement et de l'éducation d'une personne, il est indispensable de rationaliser les pratiques, de rendre explicite ce qui les fonde, de prendre en compte les travaux de recherche et ainsi de faire toute leur place aux théories et modèles. Un modèle, bien que toujours réducteur, a ainsi sa place dans ce contexte pour peu que l'on accepte que tout projet d'éducation nécessite une recherche permanente des modèles et méthodes susceptible de l'incarner. Comme il n'est pas de lien magique entre les finalités générales (par exemple développer l'esprit critique vis-à-vis des stéréotypes sociaux en ce qui concerne la consommation d'alcool ou de tabac), d'une part, et leur mise en œuvre concrète (par une éducation aux médias techniquement très élaborée), d'autre part, le modèle constitue une interface indispensable. Le modèle est finalement ce qui permet de passer des

idées générales et généreuses à l'action concrète, il s'agit en fait d'une façon de mettre en musique l'acte éducatif.

Des modèles pour le praticien de l'éducation pour la santé

Quelle que soit sa position institutionnelle, l'éducateur pour la santé doit avoir recours à une diversité de modèles pour fonder son intervention. De façon non exhaustive, on peut proposer très concrètement le recours à des modèles concernant :

- la santé, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé ;
- le développement des individus (y compris à l'âge adulte) et l'apprentissage ;
- les dynamiques collectives ;
- l'évaluation.

Il ne saurait être question de décrire ici l'ensemble des modèles dans ces divers domaines⁴. Dans la dernière partie de ce texte, nous nous limiterons à donner au lecteur des indications bibliographiques de textes de synthèse dans les différents champs, de façon à ce que chacun puisse s'y reporter.

En ce qui concerne la santé, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, les ouvrages de base de R.S. Downie *et al.* (10) d'une part, et de K. Tones et S. Tilford de l'autre, offrent une vision

large des divers modèles existants. Plus accessible, on peut renvoyer à la synthèse de J. Fortin figurant dans l'ouvrage *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire* (11). L'auteur structure sa présentation autour des quatre grands paradigmes qui sous-tendent les interventions en éducation pour la santé : les paradigmes rationnel, humaniste, de la dialectique sociale et écologique. Il montre que le paradigme rationnel renvoie aux théories inspirées du scientisme, à une pédagogie classique, académique, verticale, où le maître dispense un sa-

voir prédéterminé à l'élève qui écoute et obéit. En éducation pour la santé, il s'agit de pratiques centrées sur un apport de connaissances considérées comme objectives, extérieures au sujet. Le paradigme humaniste, développé notamment à partir des travaux de C. Rogers, est fondé sur la réalisation de l'individu. À côté d'objectifs cognitifs, l'éducation prend en compte les désirs, les émotions et les perceptions de la personne. La réalisation de soi est revendiquée comme but éducatif et se confond ici avec la définition de la santé en tant qu'état de complet bien être. Le paradigme de la dialectique sociale dépasse le développement personnel pour questionner les rapports permanents de l'homme à son environnement et interroger son degré de liberté au sein du groupe social. En terme de santé, c'est bien la capacité de l'homme à maîtriser son existence et à exercer un contrôle sur son environnement qui est mise en question. C'est ce courant de pensée qui conduira à la définition du concept, largement usité aujourd'hui, d'*empowerment*. Enfin, le paradigme écologique est basé sur les travaux conduits en écologie humaine, notamment ceux de U. Bronfenbrenner (12) et T. Hancock (13). Il vise la prise en compte de l'être humain et des interrelations entre celui-ci et les différents milieux (écosystème) dont la résultante est son développement et ses apprentissages.

Pour les dynamiques collectives et le partenariat en éducation à la santé, on peut citer les travaux de C. Mérini (14) qui renvoie aux cadres théoriques de la sociologie des organisations (15), notamment à une modélisation de l'action se référant aux « systèmes d'action concrets ».

Enfin, pour ce qui est de l'évaluation, on peut consulter les ouvrages de fond tels que celui de K. Tones et S. Tilford déjà cité ou bien le document de synthèse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'évaluation en promotion de la santé (16). Une synthèse très claire est présentée dans l'expertise collective Inserm *La santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver* (17). Globalement deux grandes approches de l'évaluation coexistent en éducation pour la santé et promotion de la santé : l'approche

« qualité » qui examine l'enchaînement de procédures et les met en rapport avec la qualité des résultats attendus, l'autre « systémique », qui explore les interdépendances se construisant entre systèmes, entre acteurs et entre acteurs et systèmes. Les deux approches ont la vertu de mettre de l'information à disposition et de constituer des aides à la décision. La première permet de vérifier la qualité des démarches entreprises, la seconde permet de formaliser des éléments du processus mis en œuvre. Ces deux approches renvoient en fait à la tension irréductible existant entre les épistémologies positive et constructive de l'évaluation.

Intégrer la dimension épistémologique aux formations d'éducation pour la santé

Cette rapide réflexion sur les modèles en éducation pour la santé montre

l'intérêt, pour les praticiens, de clarifier non seulement les modèles qui servent de base à leurs interventions éducatives, mais aussi le statut même de ces modèles. À ce stade, c'est bien évidemment la question de l'acquisition des compétences et des connaissances nécessaires à une prise de recul sur les fondements des actions qui se pose. Dans la perspective de la formation de praticiens réflexifs (18), il s'agit de maîtriser des savoirs (les principales théories de l'apprentissage, les modèles utilisés dans les divers programmes...), des savoir-faire (être capable d'articuler pratique et référents théoriques, être capable d'identifier les modèles pertinents dans un contexte déterminé, de mettre à jour ce sur quoi ils sont fondés) et des savoir être (être capable de mettre à distance sa propre pratique), mais aussi de permettre la prise en compte de la dimension épistémologique (que sont les modèles et les théories, comment sont-ils élaborés, quels sont leurs intérêts et leurs limites, quelle place peuvent-ils avoir dans la pratique ?). En tout état de cause, tout comme la capacité à assumer les questions éthiques, cette prise de recul sur les modèles est au cœur de la culture commune des acteurs de l'éducation pour la santé.

Didier Jourdan

Professeur, IUFM d'Auvergne, Clermont-Ferrand.

Dominique Berger

Maître de conférences, IUFM de Lyon⁵.

► Références bibliographiques

- (1) Voir *La Santé de l'homme* n° 345, janvier-février 2000 sur ce sujet.
- (2) Prochaska J., DiClemente C. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1982 ; 19 (3) : 276-88.
- (3) Tones K., Tilford S. *Health promotion: effectiveness, efficiency and equity*. Cheltenham: Nelson Thornes 2001, 3^e ed.
- (4) Dozon J.-P., Fassin D. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2001 : 362.
- (5) Rosenstock I.-M. *The Health Belief Model and Preventive Health Behavior*. Health Education Monographs 1974 ; 2 : 35-86.
- (6) Ajzen I. From intention to actions : a theory of planned behaviour. In : Khul J., Beckmann J. (eds.). *Action Control: From Cognition to Behaviour*. New Jersey : Prentice-Hall, 1985.
- (7) Joulé R.-V., Beauvois J.-L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2002 : 288.
- (8) Manderscheid J.-C. *Les évaluations en éducation pour la santé*. Thèse présentée pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Montpellier I, 1992 : 134-6.
- (9) Meirieu Ph. *Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie*. Paris : ESF, 9^e édition, 2005 : 200.
- (10) Downie R.S., Tannahill C., Tannahill A. *Health Promotion. Models and Values*. New

- York : Oxford University Press, 1996.
- (11) Jourdan D. (ed.) *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Presses Universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004 : 401.
- (12) Bronfenbrenner U. *The ecology of human development, experiments by nature and design*. Boston: Harvard University Press, 1979.
- (13) Hancock T. *Health, human development and the community ecosystem: three ecological models*. Health Promotion International 1993 ; 8, 1 : 41-7.
- (14) Mérini C., Peretti (de) C. *Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ?* Revue Santé publique 2002 ; 14 (2) : 147-64.
- (15) Crozier M., Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, coll. Sociologie politique, 1977.
- (16) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Disponible sur le site : http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43
- (17) Expertise collective Inserm. *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 187.
- (18) Schön D. *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Les Éditions logiques, 1994.

1. Modèles et théories sont deux termes qui ne se recoupent pas totalement. S'ils ont en commun la finalité de viser à expliquer et à prévoir, ce qui les différencie est leur portée : les théories sont plus générales et les modèles plus proches des pratiques.

2. La dernière livraison de la revue Health Education Research propose un débat sur le modèle transthéorique : un article d'Adams et White interroge la pertinence du modèle et six experts s'expriment sur cette question. Ce débat illustre bien la nature des modèles : il ne s'agit pas de la « vérité » mais d'une façon de décrire les changements de comportement et ainsi de pouvoir fonder l'action. Health Education Research 2005, vol. 20, n°2.

3. Il est des cas de telles de pratiques sont utilisées avec le consentement du sujet, que l'on pense notamment au sevrage tabagique.

4. Nous avons choisi de développer les modèles de l'apprentissage dans un article de ce dossier intitulé « Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé ».

5. Les auteurs travaillent au sein de l'équipe de recherche « Éducation à la santé en milieu scolaire » - laboratoire PAEDI ; JE n° 2432, IUFM d'Auvergne.

La parole du sujet comme espace de l'éducation pour la santé

Il n'y a qu'un seul « référent » dans l'éducation pour la santé, c'est la personne elle-même. Pour le psychologue-enseignant Philippe Lecorps, s'engager dans l'éducation pour la santé, c'est « croire qu'il y a des morts évitables et qu'en prenant le temps de parler et d'écouter, le sujet pourra prendre sa part de ce qui lui arrive ». Ce sujet désirant, résistant, s'ouvrira alors au souci de sa propre santé et de celle des autres.

Le sujet, être de raison ?

La pensée occidentale a construit au cours des siècles une conception d'un sujet libre, conscient et pensant. C'est à ce sujet-là que fait appel la santé publique dans l'ensemble de ses représentations et de ses actions dites « éducatives ». Dans cette perspective, il suffirait d'éclairer le sujet pour qu'il se conduise selon les normes transmises par l'éducateur pour la santé, le fameux « message » ! La croyance largement partagée selon laquelle une présentation rationnelle et bien menée des liens de causalité entre telle conduite et telle pathologie permettrait de prévenir la survenue de celle-ci ou d'en enrayer le développement, sert le plus souvent de postulat de base à l'éducateur. Les discours sur la prévention du sida, mais aussi sur les risques liés à l'usage de tabac et autres toxiques, aux abus d'alcool, etc., témoignent, sous la diversité des thèmes, de cette conception du sujet (1). Tous ces comportements de prise de risque devraient donc, se fondant sur la raison, céder devant les propositions philanthropiques et savantes des éducateurs (2).

Le sujet fait de la résistance

Or, le sujet résiste ! En témoignent ces conduites que l'on observe au quotidien. Il faut donc bien en convenir : aucune raison ne pourra jamais, à elle seule et à coup sûr, empêcher l'homme d'agir à sa guise. Il faut bien entendre cette petite musique du *sujet*, mi-être de raison, mi-être de l'inconscient. Acceptons-le, sa conduite, jugée défavorable par les acteurs de santé, ne relève pas de l'irrationalité – même si elle en donne l'apparence – mais témoigne de

la force du désir à l'œuvre dans l'agir humain. Et le désir, c'est l'envers de la raison.

Qu'est-ce donc que ce *sujet désirant* ? Quel rapport entretient-il avec lui-même, au point qu'il soit capable de vouloir le mal, son propre mal, sa mauvaise « santé », voire même sa propre destruction ?

Le sujet désirant joue avec sa vie

Prenons pour illustration la célèbre nouvelle de Herman Melville, *Bartleby* (3). L'auteur nous y présente son héros, qui ne veut rien entendre du bien qu'on lui veut. Melville écrit cette nouvelle en 1853, il met en scène un narrateur, avoué à New York, aux prises avec un copiste qu'il recrute pour remplir ses écritures. Tout va bien entre les deux hommes, patron et employé, jusqu'au jour où en réponse à une consigne de travail, Bartleby oppose placidement : « *I would prefer not to* », *Je préférerais ne pas !* Pourtant la consigne est simple, elle est juste, elle garantit la légitimité des rapports entre un employeur et un employé, entre celui qui sait ce qu'il y a à faire et celui qui doit logiquement l'exécuter. Et, à plus de dix reprises, la suggestion rencontre ce refus qui n'en est pas un absolument mais se traduit, selon les occasions, au présent par *je préfère ne pas*, parfois au conditionnel par *je préférerais ne pas !* Alors, l'avoué qui se dépeint comme un « *homme dont la première qualité était la prudence et la seconde, la méthode* », découvre peu à peu que l'autre, Bartleby, se trouve « *contraint, par quelque souveraine considération, à répondre comme il le*

faisait ». « *Nul homme informé ne peut agir à l'encontre de son intérêt* », disait le philosophe, et, pourtant, l'homme résiste d'une résistance passive, impossible à briser, ce qui exaspère l'avoué, qui constate : « *Autant chercher à allumer un feu en (se) frottant les jointures avec du savon de Marseille !* »

L'avoué, reconnaissant entre son copiste et lui le lien d'une « *commune humanité* » mais devant cette impossibilité de lui faire entendre raison, succombe à une « *fraternelle mélancolie* ». Ne trouvant pas d'autre issue au silence de l'autre, il brandit la menace : « *Maintenant de deux choses l'une. Ou vous consentez à vous prendre en main, ou l'on va vous prendre en main.* » Voilà bien un discours souvent rencontré en éducation pour la santé ! Devant l'échec de toutes les tentatives de persuasion, de séduction, d'autorité, le patron se désespère ! Comme le souligne Gilles Deleuze dans sa postface, l'avoué perd pied, lorsqu'il se rend compte que ses arguments pour convaincre reposent sur « *une logique des présupposés* » suivant laquelle un patron s'attend à être obéi, ou un ami bienveillant écouté, tandis que Bartleby a inventé une nouvelle logique, une « *logique de la préférence* » qui ruine tous les présupposés du langage et donc du lien à l'autre. On peut lire *Bartleby* à ce niveau, le drame du sujet dont le désir vacille et qui s'accroche à ce moyen de survivance : dire sa « non-préférence » à ce qu'on lui propose, et tenir cette posture, en l'occurrence, jusqu'à la mort.

Voilà bien le scandale de l'humain qui n'entend que ce qu'il veut, ou ce

qu'il peut et qui, imperturbablement suit sa voie. Le sujet résiste – même à l'attention bienveillante de l'autre – pour des raisons qui lui sont propres ; raisons auxquelles le plus souvent lui-même n'a pas accès. Les conseils légitimes qui visent à diminuer le risque de survenue de pathologies et à apporter une meilleure qualité de vie sont superbement ignorés ou tout bonnement rejetés. Ce « bien » de la santé qui lui est proposé, il le connaît et pourtant il s'en écarte. Ce sujet qui se veut maître de son destin est dans le même mouvement assujéti à son histoire. C'est ce sujet que rencontre l'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé comme rencontre intersubjective

Si l'on tient compte du sujet, la démarche d'éducation s'éloigne du discours du maître. Dominique Jamme (4), psychiatre, rapporte ainsi la question d'un patient : *« Deux jours après son amputation d'une jambe, écrit-il, un homme de trente ans demande à parler à une psychologue parce qu'une question le tourmente. Il vient de passer deux mois de traitement intensif pour essayer d'éviter cette amputation, et il a pendant cette période reçu toutes les informations sur sa maladie : « Je sais bien, dit le patient, que cette maladie est due au tabac, on me l'a dit, je l'ai bien compris, et pourtant, pendant cette période, je n'ai pas cessé de fumer. Tout risquait d'empirer, et je n'ai pas cessé de fumer. Je ne comprends pas pourquoi. C'est ça qui me tourmente le plus, pourquoi je*

n'ai pas arrêté ? ». Le sujet est une énigme pour lui-même et sa conduite est le symptôme à partir duquel il va pouvoir, si les conditions lui en sont offertes, acquérir un savoir sur lui-même.

L'éducation pour la santé est-elle possible ? Sans doute, si l'ambition est moins de convertir à une vie normée, que d'offrir un espace et un temps où la parole qui concerne la vérité du désir et engage tout l'être puisse circuler dans une relation de confiance entre l'éducateur et le sujet (5). Penser la santé nécessite une approche philosophique. En effet, la santé ne se réduit pas à un état biologique des corps, comme Georges Canguilhem l'a si bien énoncé. La santé n'est pas un état mais un processus, un va-et-vient entre le sujet et le milieu, avec des hauts et des bas. La vie selon lui *« est débat ou explication [...] avec un milieu où il y a des fuites, des trous, des dérobades et des résistances inattendues »* (6). Le sujet doit faire avec.

Dans une problématique humaine, les comportements de santé sont le reflet d'un rapport du sujet singulier à la mort et à la vie. Les comportements ont leurs racines dans l'équilibre affectif du sujet mais le sujet ne se réduit pas à ses comportements. S'engager dans l'éducation pour la santé, c'est croire qu'il y a des morts évitables et qu'en prenant le temps de parler et d'écouter le sujet pourra prendre sa part de ce qui lui arrive. L'éducation contrarie la toute-puissance, la soumission à la jouissance, la loi du plus fort. À partir de tout

thème de santé, on aborde ces questions : les choix individuels, ma propre liberté, ma responsabilité comme membre d'un groupe.

L'éducation pour la santé, c'est cette rencontre intersubjective qui ouvre le sujet au souci de soi et l'engage à prendre soin, à travers soi et l'autre, de l'humain (7). La santé publique appuyée sur l'expertise scientifique énonce les règles du « vivre » en s'imposant comme guide moral. En revanche, l'éducation pour la santé rappelle qu'il ne s'agit pas seulement de « vivre », mais surtout « d'exister », c'est-à-dire de trouver une manière propre d'être au monde. Ainsi, l'éducation pour la santé convoque l'engagement éthique du sujet pour assumer comme il le peut le tragique de sa condition.

Philippe Lecorps

Psychologue, enseignant de santé publique à l'École nationale de la santé publique (ENSP), Rennes.

► Références bibliographiques

- (1) Bury J. *Éducation pour la santé, concepts, enjeux, planification*. Savoir et Santé, 1988 : p. 235. L'auteur constate qu'en éducation pour la santé les méthodes informatives ont des effets extrêmement limités. Les comportements humains ne sont pas le fruit d'une argumentation rationnelle et consciente. Les gens informés (sciemment) ne changent pas nécessairement leur comportement face à la santé.
- (2) Lecorps Ph., Paturet J.-B. *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : ENSP, 1999 : 188 p.
- (3) Melville H. *Bartleby, les îles enchantées*. Postface de Gilles Deleuze. Paris : Flammarion, GF 502, 1989.
- (4) Jammet D. *Éduquer, une mission de santé*. Agence lacanienne de presse (ALP), n° 83, 15 avril 2005 : <http://www.forumpsy.org/>
- (5) Ricœur P. (préf.). *Code de déontologie médicale*. Paris : Seuil, coll. Essais n° 334, 1996.
- (6) Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 1966, 3^e édition 1991 : p.131.
- (7) Gori R., Del Volgo M.-J. *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël, 2005 : p. 255.

De la médecine à l'éducation pour la santé

Évolution du regard d'une professionnelle de la promotion de la santé

Médecin de formation, Jeanine Pommier est enseignant-chercheur à l'École nationale de la santé publique. Sollicitée sur ses référents théoriques, elle témoigne de son évolution professionnelle. Formée au tout-biomédical, elle souligne avoir adapté sa pratique au contact des professionnels de quatre disciplines : sociologie, psychologie, pédagogie et sciences politiques. Avec une référence absolue : la charte d'Ottawa, parce qu'elle prend en compte les déterminants et les inégalités de santé.

De quelle manière ma formation initiale et/ou mon expérience professionnelle ont-elles influencé mon regard sur l'éducation pour la santé ? Question essentielle pour un professionnel de santé qui a évolué dans sa carrière professionnelle, avec des bouleversements profonds de ses références théoriques et pratiques sur l'éducation pour la santé.

Trois éléments clés doivent être soulignés pour comprendre cette évolution :

- une formation initiale dans le cadre d'un modèle biomédical dominant évoqué dans la modélisation de Frenk (1) ;
- une formation continue fortement imprégnée d'un questionnement de cette idéologie dominante avec des ouvertures vers les modèles de la nouvelle santé publique et de la promotion de la santé (2) ;
- enfin, une expérience personnelle marquée par de multiples séjours dans des pays très différents et un parcours professionnel d'ouverture vers d'autres disciplines.

Le point de départ : une formation de médecin au Chili dans le cadre du modèle biomédical

Au début des années quatre-vingt, dans la formation des médecins généralistes, l'approche de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, fondée sur

le modèle biomédical, était axée sur les comportements individuels. Nous ne parlions que rarement de l'éducation pour la santé et, quand ce terme était évoqué, il recouvrait plutôt l'idée de conseils donnés aux patients pour prévenir l'apparition de certaines pathologies ou bien leur aggravation. Il s'agissait avant tout de prescriptions dans un cadre hygiéniste. La prise en compte de leurs manières d'agir et de vivre, leurs contraintes quotidiennes n'étaient pas des sujets de discussion spontanément abordés. Même si les conditions de vie de mes patients ne m'étaient pas étrangères, pas plus que leur impact potentiel sur leur santé, ces conditions de vie semblaient être extérieures à mon champ d'action médical, malgré l'ouverture procurée par certains enseignants pour le développement d'un modèle plutôt socio-épidémiologique, avec une prise en compte de la pathologie de la personne dans son environnement social. C'est ce que je considère encore aujourd'hui comme l'une des principales barrières au développement d'une approche de promotion de la santé.

Une autre de ces barrières était le hiatus socioculturel entre le médecin et ses patients : l'image sociale plutôt favorisée et dominante du médecin n'encourageait pas l'expression du patient, qui se trouvait dans une situation passive et non pas d'acteur ou de co-acteur. Dans ce contexte de relatives certitudes par

rapport à mon rôle, ma place et la pertinence de mes pratiques, émergeaient tout de même des doutes face au constat d'une faible observance thérapeutique. Ces interrogations étaient accompagnées d'un sentiment d'impuissance face à certaines difficultés de santé qui ne pouvaient être réglées par mon intervention car reliées à des contraintes familiales, sociales, économiques et politiques.

Un premier contact avec les mouvements communautaires

Au cours de mon internat dans une communauté rurale, l'une des plus graves épidémies de choléra a touché le continent sud-américain. Je me souviendrai toujours de mon embarras quand un groupe de producteurs de fraises est venu frapper à la porte de ma consultation pour discuter de la mise en place d'un projet de lutte contre le choléra. Les points saillants de leurs demandes portaient sur la réalisation d'une étude préalable à la construction de latrines et d'un travail portant sur l'hygiène des lieux de production, de conditionnement et de vente. Ils avaient des propositions concrètes mais souhaitaient une implication des professionnels de santé pour la mise en œuvre de ces propositions. Cette histoire m'a montré que les professionnels de la santé pouvaient être interpellés par des personnes bien portantes sur des problèmes qui sortaient de leur

cadre d'intervention habituel. Il y avait certainement un champ d'action qui pouvait aller au-delà de l'activité médicale ou sanitaire *stricto sensu*.

Une formation en santé publique et communautaire

Cette formation m'a ouvert de nouvelles perspectives de travail en développant d'autres idées à mettre en œuvre dans ma pratique, notamment celles-ci :

- un médecin peut être un professionnel de la santé et pas seulement un professionnel du soin et de la maladie. Contrairement à l'enseignement de la médecine occidentale, dans laquelle la place du médecin n'est reconnue que par l'existence d'une pathologie, la place du médecin peut aussi être dans la santé positive et dans le maintien de la qualité de la vie des personnes. La toute-puissance de la médecine curative avait déjà été fortement remise en cause notamment par des médecins de santé publique tels que McKeown (3) dans les années soixante-dix, mais il a fallu quelques années avant que les professionnels de santé prennent acte de cette remise en cause ;
- dans ce cadre élargi, la prise en compte d'éléments extérieurs au système de soins mais agissant sur la santé des personnes, est indispensable, comme l'ont montré les travaux récents de Wilkinson (4), Evans (5) et Dahlgren (6) dans leurs recherches et modélisations sur les multiples déterminants de la santé. Ces dimensions cependant ne sont pas nouvelles, elles avaient déjà été fortement mises en avant dans le rapport Lalonde, au début des années soixante-dix (7) ;
- le professionnel de santé peut aussi avoir un rôle d'interpellation ou d'alerte des personnes ou institutions concernées, pour mettre en évidence l'impact potentiel sur la santé des facteurs environnementaux, sociaux, économiques... et, par conséquent, la mise en œuvre des actions de santé ne peut passer que par des collaborations intersectorielles ;
- les patients sont en possession d'informations très diverses, de savoir-faire et de savoir-être tout à fait primordiaux pour la prise en charge optimale de leur santé, et une grande partie des soins s'effectue dans la sphère informelle ou profane de la prise en charge, comme le montrent les recherches de Kleinman (8, 9) et de Cresson (10-12) ;
- malgré les gros investissements dans

la médecine curative, les patients sont en droit de ne pas être d'accord avec le point de vue du soignant sur leur santé et sont à même de faire des choix éclairés, le rôle du soignant étant de leur permettre de faire ces choix ;

- certains patients ne sont pas toujours en mesure d'effectuer des choix rationnels, pas seulement à cause de limites individuelles, mais aussi parce que le poids de leur environnement social, culturel et politique est très défavorable à une prise de décision médicalement « raisonnable ». La persistance des inégalités sociales de santé reste ainsi l'un des enjeux majeurs pour les professionnels de santé publique mais aussi pour ceux d'autres secteurs économiques et sociaux. En effet, ces inégalités sont la résultante d'un processus complexe de croisements d'inégalités sociales, comme l'ont démontré les travaux de Marmot (13), de Bartley (14), de Fassin (15) et d'Aïach (16).

Le travail pluridisciplinaire en promotion de la santé

Nos modèles en éducation pour la santé sont parfois explicites, consciemment développés, ou bien, le plus souvent, implicites. Les valeurs sous-jacentes reflètent souvent une idéologie dominante ou bien, *a contrario*, une mise au défi d'une idéologie dominante : actuellement, on constate parallèlement la progression d'une éducation pour la santé centrée sur la responsabilité de l'individu et par ailleurs celle d'une approche plus en accord avec les principes de la promotion de la santé : tolérance, solidarité, participation.

Les professionnels sont confrontés à des controverses internes liées au concept même d'éducation, à la place grandissante des théories de l'apprentissage, mais aussi à la définition de la santé et de la promotion de la santé. Par conséquent, ils doivent construire des systèmes de références et d'objectifs communs. La mise en place d'un travail pluridisciplinaire passe par une réflexion destinée à construire un cadre théorique et pratique « unificateur ». Il s'agit donc non seulement de définir le but de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé mais aussi d'explicitier la réflexion éthique sous-jacente, afin d'éviter par la suite de multiples malentendus. Un autre élément souvent source d'incompréhensions est la place accordée à la partici-

pation des personnes aux actions de santé. Pour les uns, elle est perçue comme un moyen d'obtenir une plus grande efficacité des actions, pour les autres, c'est aussi un processus politique de contribution à l'appropriation ou à la réappropriation du modèle démocratique.

L'évaluation au cœur de la réflexion

Dans la mise en œuvre d'actions de santé, les financeurs, et parfois les décideurs, sont très imprégnés par le paradigme épidémiologique dominant et sont souvent demandeurs d'éléments objectifs et quantifiables pour financer et/ou soutenir les actions. Dans une perspective historique, l'évaluation en promotion de la santé s'est d'abord cherché une crédibilité en empruntant aux sciences naturelles ses techniques quantitatives, utilisées surtout dans le monde de la médecine. Les méthodologies expérimentales/quasi-expérimentales ont ainsi été souvent utilisées, valorisées, conseillées. Les résultats des actions évaluées de cette manière étaient souvent décevants et les programmes n'avaient que des effets marginaux.

À la fin des années soixante-dix, l'évaluation de la promotion de la santé évolue, mûrit et remet en cause le paradigme scientifique. « *On accuse le positivisme scientifique de servir non pas l'objectivité mais le mythe de l'objectivité* » (17). Par la suite, d'autres approches évaluatives adaptables et éclectiques proposent d'autres pistes. L'approche intermédiaire entre les approches positiviste et constructiviste, c'est-à-dire celle de la « multiplicité critique », propose d'adapter les méthodes à la question de départ. Cette approche met l'accent sur le choix, propre à chaque cas, d'utiliser les techniques les plus appropriées : c'est le problème ou la situation qui définit les méthodes et non l'inverse. Par conséquent, il semble important d'inclure aussi les décideurs et les financeurs dans les échanges interprofessionnels et de les associer à la réflexion sur les valeurs de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, afin que le lien entre les objectifs des programmes, l'éducation pour la santé et l'évaluation des actions soit mieux établi.

Les principes qui sous-tendent nos actions de promotion de la santé don-

nent lieu à des approches qui donnent du pouvoir aux personnes, participatives, globales, écologiques, durables dans le temps et multistratégiques. En fonction de ces principes, les objectifs de la promotion de la santé peuvent se situer à plusieurs et différents niveaux (18-22) : sociaux, politiques, administratifs, organisationnels, environnementaux, sanitaires, comportementaux, cognitifs, affectifs, psychomoteurs, etc. Ce n'est qu'à partir de la définition claire de ces objectifs que pourra se construire notre approche de l'évaluation. Ainsi, le groupe de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) « *WHO European Working group on Health Promotion Evaluation* » propose quatre éléments essentiels pour l'évaluation dans un contexte de promotion de la santé :

- la participation de financeurs, de décideurs, de membres de la communauté, d'associations, de professionnels de santé et d'autres professionnels ;
- une approche pluridisciplinaire et une variété de procédures de recueil d'informations ;
- la possibilité de développer la capacité des individus, des communautés, des organisations et des gouvernements à se saisir des enjeux de la promotion de la santé ;
- enfin, l'évaluation doit être appropriée, c'est-à-dire qu'elle doit être construite de manière à s'accommoder de la nature très complexe des interventions en promotion de la santé et de leur impact à long terme (21).

À partir de ces pistes, nous pouvons considérer que l'évaluation est en soi une démarche de promotion de la santé que nous pouvons mieux intégrer dans nos programmes.

Un enjeu majeur : l'explicitation des valeurs et référents théoriques de l'éducation pour la santé

En conclusion, mon approche actuelle de l'éducation pour la santé a été largement influencée par des échanges avec des professionnels issus d'autres disciplines que la mienne, telles que la sociologie, la psychologie, la pédagogie, les sciences politiques. Ces professionnels m'ont permis d'appréhender l'importance des déterminants de la santé autres que l'accès aux services de soins, et de découvrir des approches, démarches et outils de travail complé-

► Références bibliographiques

- (1) Frenk J. *The new public health*. Annual Review of Public Health 1993 ; 14 : 469-90.
- (2) Tulchinsky T., Varavikova E. *The new public health*. San Diego : Academic Press, 2000.
- (3) McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or Nemesis?* Oxford : Blackwell, 1979.
- (4) Wilkinson R., Marmot M. *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen : World Health Organization, 1998.
- (5) Evans R., Barer M.L., Marmor T.R. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York : Aldine de Gruyter, 1994.
- (6) Dahlgren G., Whitehead M. *Tackling inequalities : a review of policy initiatives*. Tackling inequalities in health. An agenda for action. King's Fund, 1995 : 22-52.
- (7) Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Santé et bien-être social. Canada, editor. 1974. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada. Ref Type : Report.
- (8) Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press, 1980.
- (9) Kleinman A. *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. Social science and medicine 1978 ; (12) : 85-93.
- (10) Cresson G. *Le travail sanitaire profane dans la famille : analyse sociologique*. Paris : École des hautes études en sciences sociales, 1991.
- (11) Cresson G. *Le travail profane dans l'analyse sociologique*. École des hautes études en sciences sociales, 1991.
- (12) Cresson G. *Le travail domestique de santé*. Paris : L'Harmattan coll. Logiques sociales, 1995 : 350 p.
- (13) Marmot M. *Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy*. Bloomsbury, 2004.
- (14) Bartley M. *Health inequality: an introduction to theories, concepts and methods*. Polity Press/Blackwells, 2004.
- (15) Fassin D. *L'espace politique de la santé, essai de généalogie*. Paris : Puf, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1996 : 328 p.
- (16) Aiach P., Cèbe D. *Les inégalités sociales de santé*. La recherche 1994 ; 25 (261) : 100-9.
- (17) Cherbonnier A. *Évaluation, quand tu nous tiens !* Éducation santé 1994 ; 93 : 4-7.
- (18) Tones K., Tilford S. *Health Education : effectiveness, efficiency and equity*. London : 1994.
- (19) Naidoo J., Wills J. *Health promotion: foundations for practice*. London : 1994.
- (20) Perkins E., Simnett I., Wright L. *Evidence-based health promotion*. London : 1999.
- (21) Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., et al. (eds). *Evaluation in health promotion*. Denmark : WHO Regional Publications, 2001 : 7-38.
- (22) Demarteau M. Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation. In : INPES (ed.). *Évaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes*. Paris : 2002 : 35-51.
- (23) Green L., Kreuter M. *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. Mountain View : Mayfield Publishing Company, 1999. *on de l'existence*, Denoël, 2005 : p. 255.

mentaires à mon approche médicale de la santé. Un des enjeux majeurs reste actuellement l'explicitation des valeurs et référents qui sous-tendent notre conception de l'éducation pour la santé car il est encore possible de rencontrer sur le terrain des approches biomédicales radicales, comme des approches éducatives ou des approches communautaires, collectives et sociales centrées sur le développement de l'*empowerment* des populations.

Aujourd'hui, le modèle théorique qui répond le mieux à mes interrogations liées aux déterminants de la santé, à l'*empowerment*, à la participation et à l'interdisciplinarité est celui

de Tones. Toutefois, c'est la charte d'Ottawa qui reste la référence centrale dans ma réflexion car elle me permet d'intégrer l'éducation pour la santé à une approche de promotion de la santé, c'est-à-dire avec une prise en compte des déterminants de la santé et des inégalités de santé. De même, les modèles de Tones (18) et de Green (23) montrent bien la place de l'éducation pour la santé dans une perspective de promotion de la santé telle qu'elle est présentée dans la charte d'Ottawa.

Jeanine Pommier

Enseignant-chercheur à l'École nationale de la Santé publique, Rennes.

L'anthropologie : un outil au service de l'éducation pour la santé

L'anthropologie est fondée sur les sens éthique, critique et la prise en compte du contexte. Ces principes sont à la fois partagés par l'éducation pour la santé – tenir compte du contexte social et culturel – et très éloignés puisque l'anthropologie refuse toute norme tandis que certains praticiens de l'éducation pour la santé cherchent encore à imposer des normes de comportements. Pour l'anthropologue Sylvie Fainzang, l'éducation pour la santé a donc beaucoup à puiser dans cette discipline.

S'il est certain que le lieu d'où l'on regarde une chose modifie le regard porté sur cette chose, le regard de l'anthropologue sur l'éducation pour la santé est, quant à lui, conditionné par les valeurs et les postulats fondamentaux de sa discipline, parmi lesquels : la dimension éthique, la dimension critique et la contextualisation.

La dimension éthique

Les anthropologues ont montré que l'éducation pour la santé soulevait un certain nombre de difficultés dans la mesure où les programmes qu'elle met en œuvre impliquent de promouvoir des comportements donnés à l'encontre de la liberté de choix des individus. Le problème est particulièrement aigu dans les interventions visant à décourager les comportements à risque et à propos desquels on peut être amené à se demander de quel droit on peut dicter des conduites et jusqu'où on peut aller dans ces injonctions. Il est vrai qu'en tant que citoyen on peut faire des choix et avoir des options qui poussent à s'engager dans cette voie. Mais on se place alors dans une position dont on doit reconnaître l'arbitraire. Ainsi, il peut paraître tout aussi illégitime de dire à quelqu'un qu'il ne doit pas fumer ou ne pas boire que de lui dire qu'il ne doit vénérer qu'un dieu, comme l'ont fait les missionnaires, pourtant convaincus sans doute d'œuvrer pour le bien. Le bien de l'un est-il le bien de l'autre ? Et pourquoi alors ne pas militer pour d'autres visions du monde, comme par exemple pour la propagation de la libre-pensée ? On voit bien ce qu'a d'ar-

bitraire une telle position dans le champ cognitivo-religieux. Peut-être faudrait-il le reconnaître également dans le champ de la santé. À cet égard, la question du militantisme est tout sauf consensuelle : est-ce compatible avec le rôle de l'anthropologue ? Non, diront les uns, car éduquer implique la transmission de normes, ce qui est étranger à la démarche de l'anthropologue. Oui, diront les autres. Mais alors, il s'agit de militer pour quoi ? Pour défendre ce qu'ils considèrent comme le bien, certes ; mais quel est-il ? Et le bien pour qui ? Et pour quoi ? Lutter contre l'excision par exemple, ce n'est pas seulement militer pour une mesure sanitaire ou prophylactique. C'est aussi une lutte pour d'autres valeurs, et en particulier pour l'intégrité de la personne et contre les inégalités entre les sexes.

La dimension critique

La position critique est un principe des recherches anthropologiques, comme elle l'a été dans une recherche sur les conduites à l'égard des médicaments chez des patients de différentes origines culturelles religieuses (1) ; dans cette recherche, il s'agissait d'étudier les représentations et les pratiques relatives aux médicaments, non de savoir si les gens prenaient bien ce que les médecins leur prescrivaient, par différence avec les problématiques généralement conçues par les professionnels de la santé autour de la question de l'observance. L'anthropologie ne saurait réduire ses interrogations aux objectifs de l'éducation pour la santé, pas plus qu'aux perspectives biomédicales.

La critique ne peut manquer de s'exercer parfois à l'encontre des messages d'éducation pour la santé tel celui récemment lancé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), consistant à expliquer au public, sous forme de clip, qu'il ne faut pas consommer trop d'antibiotiques, lorsque l'on constate que de nombreux patients, pour répondre aux injonctions de ce message, arrêtent leur traitement très rapidement : « *Au bout de deux jours, dès que ça va mieux* », expliquent-ils...

Le regard critique doit se porter sur toutes les conduites, et pas seulement sur celles des patients. Alors que je travaillais sur la prise en charge de l'alcoolisme par une association d'anciens buveurs (2), je pris un jour un rendez-vous avec un médecin alcoologue. Lorsque je fus introduite dans le cabinet du médecin, et après lui avoir rappelé que j'étais là pour un entretien dans le cadre de mon enquête, le médecin ouvrit aussitôt le tiroir de son bureau, en sortit fébrilement un paquet de cigarettes et, après en avoir allumé une, se mit à m'expliquer que la première nécessité était de faire sortir les patients de la dépendance... Le regard nécessairement distancié que l'anthropologue pose sur les situations qu'il observe l'amène à soulever alors la question de la crédibilité de l'alcoologue discourant sur la question de la dépendance, fût-elle alcoolique. Cette position distanciée de l'anthropologie, apte à porter un regard critique sur toute conduite y compris sur les siennes propres (j'en

veux pour preuve l'abondance des travaux réflexifs que cette discipline a menés sur sa propre pratique), devrait être un outil au service de l'éducation pour la santé.

La contextualisation

La compréhension des pratiques individuelles passe par une nécessaire prise en considération du contexte dans lequel elles s'inscrivent. Les travaux sur le sida ont par exemple montré que le choix de prendre un risque sanitaire était parfois fait précisément pour éviter de prendre un risque social (comme, par exemple, pour ne pas risquer de mettre en danger une situation sur le plan affectif en imposant à son partenaire l'usage du préservatif), et que la priorité n'était pas toujours donnée aux valeurs sanitaires. La santé n'est pas nécessairement envisagée comme une valeur suprême, et sa légitime promotion ne doit pas occulter le fait que les individus peuvent faire d'autres choix, que ces choix ne sont jamais autonomes, et qu'ils s'inscrivent dans un complexe de représentations, de positions et d'enjeux, en fonction de la place sociale occupée par le sujet. De même, seule l'analyse du contexte social et

culturel dans lequel vivent les individus peut permettre d'élucider la raison pour laquelle une femme atteinte d'un cancer refuse de se faire soigner par la chimiothérapie lorsque l'interprétation qu'elle a de sa maladie ne s'accorde pas avec la thérapie qui lui est proposée ; ou encore la raison pour laquelle un homme alcoolique refuse de se faire prendre en charge par la psychiatrie, lorsque ce recours vient heurter ses représentations du corps et les schémas culturels qu'il a intériorisés concernant la construction sociale des sexes.

Par ailleurs, la réflexion sur les conditions d'amélioration de la santé ne peut se réduire à tenter de modifier les comportements individuels sans prendre en compte la réalité sociale dans laquelle vivent les individus. Il y a beaucoup de naïveté à croire qu'il suffit d'expliquer aux gens ce que l'on juge bon pour eux, sans prendre en considération le contexte global (dans ses dimensions politiques, économiques, sociales, etc.) dans lequel leurs pratiques s'inscrivent.

Enfin, il est illusoire de croire que les changements de comportements suffi-

ront à modifier l'état de santé des populations. Les conditions sociales d'existence sont inséparables d'un contexte politique global. S'il est certain que l'anthropologie et l'éducation pour la santé ne poursuivent pas les mêmes objectifs, les impératifs de la première pourraient être utilement médités par la seconde, ne serait-ce que pour garantir à son action une plus grande efficacité.

Sylvie Fainzang

Anthropologue, directeur de recherche à l'Inserm (Cermes), Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Fainzang S. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : Puf, coll. Ethnologies, 2001 : 160 p.
- (2) Fainzang S. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris : Puf, coll. Ethnologies, 1998 (2^e édition) : 176 p.

Émile, Pierre, Raymond, Michel... et les autres !

Les apports des sociologues à l'éducation pour la santé

Ni reprise d'un film célèbre, ni litanie des saints, ce titre invite à un voyage bref et forcément incomplet parmi quelques sociologues utiles à la compréhension de l'éducation pour la santé, autour de la notion d'individu acteur... de sa propre santé.

L'histoire de l'éducation pour la santé peut s'écrire en miroir des théories sociologiques analysant le lien entre individu, société et éducation.

De la prescription de comportements sains à la prise en compte des déterminants de la santé

Si au début du XX^e siècle, nous parlions d'éducation sanitaire, **Émile Durkheim** décrivait une société organisée et hiérarchisée autour d'émetteurs « éducatifs » comme la famille, l'école, l'État et la religion. Ceux-ci étaient les seuls prescripteurs, auprès des individus, des attitudes, des comportements et des valeurs utiles et nécessaires à la vie en société et au développement d'une conscience collective. L'éducation devait avant tout servir cet idéal de société : « *L'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui, et la société politique dans son appartenance, et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné.* » (1)

Ici, plusieurs traits apparaissent : l'éducation ne peut être envisagée sans définir ce que doit être la société et sur quel idéal elle se fonde (travail, famille, patrie !) ; les enfants, les adolescents sont des êtres sans réflexion, sans pensée, et seuls les adultes – représentant les émetteurs éducatifs mentionnés ci-dessus – peuvent leur inculquer les bons principes. Si cette théorie est historiquement datée, les premiers pas de

l'éducation sanitaire reposaient sur ce principe, notamment par la négation des savoirs de la personne.

L'évolution de la société, de la santé publique et de l'éducation pour la santé a permis de prendre conscience des limites de ce modèle, par la prise en compte des déterminants de la santé. Ces derniers, pour résumer, agissent – selon notre position sociale – sur nos conceptions et représentations de la santé, qui elles-mêmes influencent nos pratiques (2). Ce modèle « chimique » prenant en compte l'espace social, ses déterminants et l'individu se rapproche de celui de **Pierre Bourdieu**. Selon lui, ce qui fait le lien entre les structures sociales et nos goûts personnels, c'est l'*habitus*, sorte de matrice de vision du monde, guidant les comportements, actions, choix et goûts de l'individu. Ce dernier a incorporé des déterminismes sociaux qui le guident comme un système de dispositions acquises et non conscientes. Bourdieu montre qu'« à chaque classe de positions correspond une classe d'*habitus* », et que nos jugements et comportements reflètent notre position dans l'espace social – par exemple : nos pratiques alimentaires (3).

Lutter contre les déterminismes sociaux pour réduire les inégalités sociales de santé

Cependant, plus encore que de l'*habitus* comme indicateur de position sociale, Bourdieu parle de « domination ». Selon lui, la société est un espace de différenciation dans lequel les rapports de domination sont dissimulés, car profondément intériorisés par l'individu, au travers de l'*habitus*. Dès lors,

sa question clé est : comment l'individu peut-il conquérir sa liberté contre les mécanismes sociaux qui l'ont fabriqué et ne cessent de l'enserrer ? L'individu n'évoluant pas dans un espace social neutre, Bourdieu montre que, dans tous les espaces sociaux, il existe des forces qui s'opposent, des luttes, et donc du jeu. Dès lors, il existe toujours de la place pour que naisse la « liberté ».

La pensée de Bourdieu implique donc une action vers l'individu – par la connaissance de son *habitus* – mais aussi vers son environnement, afin de réduire les inégalités sociales. Limiter la domination implique donc le développement d'une responsabilité individuelle (en favorisant notamment l'autonomie), ainsi qu'une responsabilité collective (en atténuant ou en supprimant les effets négatifs des déterminants sociaux).

Si l'éducation pour la santé intègre de plus en plus cette conception, les orientations actuelles de la santé publique remettent en cause l'idée même d'une responsabilité collective (4) pour imposer et renforcer l'idée que les bons, et surtout les mauvais comportements de santé, relèvent avant tout de la responsabilité de l'individu.

Si cet axiome est l'antithèse de l'éducation pour la santé et la dépouille peu à peu de toute sa substance, il implique aussi le modèle de l'individu de Bourdieu soit écarté au profit des modèles dits de « l'individualisme méthodologique » (ou « actionnisme ») du type *rational choice* (ou choix rationnel)¹. **Raymond Boudon** (5) en est

le représentant le plus connu et postule qu'au-delà des inévitables contraintes l'homme reste un être autonome. Pour lui, « *expliquer un phénomène social, c'est toujours en faire la conséquence d'actions individuelles* » (6). Il existerait alors une indétermination partielle du social, dès lors que ce dernier serait le résultat d'actions d'individus libres, rationnels et guidés par leur intérêt. Appliquée au champ de la santé publique, cette représentation théorique de l'individu renvoie au modèle KABP (*Knowledge-Attitudes-Beliefs and Practices*), qui pose que les actes de l'homme seraient toujours guidés par sa raison. Débarrassé de superstitions et de « fausses croyances » grâce à l'avènement de la modernité, l'individu, disposant de connaissances nouvelles, saurait adopter de bonnes conduites pour sa santé dès lors que cela servirait son intérêt.

Quels liens entre les pratiques et la place accordée à l'individu dans la société ?

Au regard de ce nouveau contexte, l'utilisation du terme d'acteur amène à une position beaucoup plus libérale de la société. Par la négation des déterminants de la santé et, de fait, d'une quelconque responsabilité collective, apparaît dans le champ de la santé publique et de l'éducation pour la santé l'existence utopique d'un individu totale-

ment maître de lui, œuvrant pour sa bonne santé (7), ce que je nommerais du « *just do it* » sanitaire. Toutefois, cet accent sur le « tout-individuel » peut avoir des conséquences néfastes sur la santé de l'individu. À force de dire que tout est possible et qu'il ne tient qu'à soi de le faire (arrêter de fumer, boire moins d'alcool, manger équilibré, faire du sport, etc.), ceux qui n'y parviennent pas ressentent une culpabilité et un sentiment d'échec personnel, dans une société où la réussite individuelle est le leitmotiv (8).

Selon que le curseur oscille entre déterminants sociaux ou individu tout-puissant, la notion d'individu amène en sociologie à des conceptions différentes ayant des répercussions sur notre manière de pratiquer l'éducation pour la santé. Une autre perspective sociologique est aussi à envisager, celle de la négation de l'individu. C'est notamment la théorie de Michel Maffesoli. Celui-ci observe l'émergence de « tribus » (9) – petits groupes à l'onirisme dominant – où l'individu s'immerge dans la recherche d'un vivre ensemble absent de la société. L'existence de ces « tribus » disposant de leurs propres règles et lois pose cependant une question : quel est le lien avec les « institutions traditionnelles » d'éducation et de régulation d'une conscience collective, telles que les définissait Émile Dur-

kheim ? Sans nous attarder sur ces « tribus », l'émergence de nouvelles pratiques de sociabilité et de socialisation en dehors des cadres éducatifs traditionnels est déjà observée, notamment parmi les jeunes, par de nombreux sociologues de la politique, de la famille, de la religion. Cette nouvelle donnée devrait à terme nous inciter à repenser nos pratiques.

En parallèle à la perte d'influence des « institutions » éducatives, les jeunes (10) développent leurs propres expérimentations (11), créant ainsi un mode de « croire » et de « faire » spécifique. On assiste ainsi à l'émergence d'une hétérodoxie de pratiques qui n'est pas sans poser problème aux institutions. On peut citer, notamment, l'émergence de nouvelles formes d'organisation familiale et de nouvelles façons de penser la famille (12), l'irruption de communautés religieuses de type sectaire ou non (13) ou l'apparition de « petits partis » politiques et l'engagement politique parcellaire des jeunes (14), etc. Si les enjeux diffèrent, le défi lancé aux institutions est identique : « Comment faire pour que les jeunes adhèrent à mon discours, sans remettre en cause les fondements de mon institution ? » En d'autres mots, par exemple : « Faut-il que l'école devienne un centre de loisirs pour que les jeunes ne s'y ennuiant pas, mais, alors, *quid* de l'enseignement ? » Autre question essentielle posée aux

institutions : « Considérant l'autonomie et la mobilité accrues des individus, comment faire pour maintenir le lien social ? » En santé publique, ces questions se posent de façon de plus en plus aiguë. En effet, dans quelle mesure, par exemple, les adolescents adhèrent-ils au discours de santé des éducateurs, de l'État, des médecins, etc. ? Si l'État, considéré comme le seul garant de cette hétérodoxie, se fixe des objectifs d'évolution positive des indicateurs de santé de la population, il lui faudra, tout en proposant un discours cohérent et réaliste, apprendre à composer (en s'appuyant de préférence sur les éducateurs pour la santé !) avec des individus de plus en plus incertains quant à leur avenir... à moins de vouloir développer un « être égoïste et asocial » (15).

Éric Le Grand
Sociologue.

1. Mode d'analyse des comportements selon lequel l'individu est un agent rationnel qui ne cherche qu'à maximiser ses intérêts.

► Références bibliographiques

- (1) Durkheim E. *Éducation et sociologie*. (4^e éd.). Paris : Puf, coll. Quadrige, 1980 : 51.
- (2) Fainzang S. La santé, une affaire de médecin ? Le rôle des représentations de la santé et de la maladie dans les pratiques quotidiennes. In : *Les représentations de la santé*. Paris : Inserm, 1989 : 435-40.
- (3) Bourdieu P. *La distinction, critique sociale du jugement*. Paris : Éd. de Minuit, coll. Le sens commun, 1979 : 672 p.
- (4) Laurent-Beq A. *La promotion de la santé doit-elle entrer en résistance ?* Santé publique 2004 ; 16 (1) : 5-8.
- (5) Boudon R. *La logique du social*. Paris : Hachette, 1973, et *L'inégalité des chances*. Paris : A. Colin, 1973.
- (6) Cité in : *La sociologie*. Histoire et idées. Auxerre : Sciences humaines : 174.
- (7) Lecorps P., Paturet J.-B. *Santé publique, du bio-pouvoir à la démocratie*. Rennes : ENSP, 1999 : 186 p.
- (8) Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi, dépression et société*. Paris : Odile Jacob, 1998 : 320 p.
- (9) Maffesoli M. *Le temps des tribus. Le déclin de l'individualisme dans la société de masse*. Paris : Le livre de poche, coll. Biblio Essais, 1988 : 283 p.
- (10) Lire l'article de P. Bourdieu utile en formation : La jeunesse n'est qu'un mot. In : *Questions de sociologie*. Paris : Éd. de Minuit, 1984 : 277 p. et pour ceux qui font des enquêtes d'opinion : L'opinion publique n'existe pas, In : *Questions de sociologie*. Paris : Éd. de Minuit, 1980 : 222-35.
- (11) Galland O. *La sociologie de la jeunesse, l'entrée dans la vie*. Paris : A. Colin, coll. Sociologie U, 1991 : 231 p.
- (12) De Singly F. *La famille, l'état des savoirs*. Paris : La Découverte, coll. Texte à l'appui. Sociologie), 1993 : 448 p.
- (13) Lambert Y., Michelat G. *Crépuscules des religions chez les jeunes ? Jeunes et religion en France*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1992 : 246 p.
- (14) Percheron A. *L'univers politique des enfants*. Paris : A. Colin (Fondation nationale des sciences politiques), 1974 : 253 p., et les travaux d'Anne Muxel.
- (15) Durkheim É. *Éducation et sociologie* (4^e éd.). Paris : Puf, coll. Quadrige, 1980 : 50.

Maladies chroniques : la psychologie clinique, au cœur de toute prise en charge

La psychologie est souvent négligée dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique. Question de temps, de moyens humains, d'attention portée à la dimension émotionnelle. C'est pourtant en se fondant sur cette discipline que le soignant va pouvoir accompagner au mieux le patient, en prenant en compte son ressenti. Pour Anne Lacroix, psychologue clinicienne, le soignant a en outre beaucoup à apprendre du patient, y compris ceux dont l'angoisse accroît les résistances.

Dans toute prise en charge de patient atteint d'une maladie chronique, il est nécessaire de prendre en compte la réalité psychique de ce patient et la nécessité de favoriser cette approche.

Il existe de grandes différences entre les maladies dites chroniques dont le seul dénominateur commun est pour la plupart l'impossible reconquête (actuellement) d'un état de stabilité des normes physiologiques (Georges Canguilhem). Certaines supposent des traitements lourds, pour d'autres la prise quotidienne d'un médicament, mais généralement il est préconisé des changements du mode de vie (alimentation, hygiène de vie). Certaines se signalent par des douleurs physiques, d'autres peuvent demeurer longtemps silencieuses. Cet inventaire est considéré tantôt comme une pluralité de maladies, tantôt comme une pluralité d'états de santé.

Du côté des patients

Le deuil, expérience fondatrice du devenir psychique

Dans tous les cas, la survenue de la maladie constitue un événement ni choisi ni désiré, qui annonce la perspective d'interventions, de menaces parfois vitales et dont les répercussions au plan émotionnel sont déterminantes quant à l'adaptation de la personne elle-même à sa nouvelle situation.

Ce que nous appelons l'existence, c'est le temps de vivre, le temps d'une vie. Or, la venue au monde constitue déjà un événement capital par le pas-

sage d'un milieu clos et protégé vers l'inconnu. Ce changement décisif représente le risque d'un déséquilibre existentiel qui va nécessiter l'adaptation de l'individu à la nouveauté. En ce sens, le changement signifie une sorte de deuil, étant entendu qu'il y a des deuils qui ne sont pas liés à la mort mais à la perte. L'ensemble des réactions liées à la perte (d'objet) constitue selon Freud, le « travail de deuil ». Le deuil sera dès lors une répétition, depuis ce changement initial où nous sommes confrontés au manque dû à la séparation d'avec le corps de la mère. Cette expérience peut être considérée comme fondatrice, non seulement de la croissance corporelle, mais du devenir psychique. De ce fait, à des degrés divers, tout événement notable, tout sentiment de perte fera écho à ces premières expériences émotionnelles.

Ainsi, confrontée à la perte de son état de santé antérieur, la personne réagira psychiquement à cet avatar.

L'éducation du patient, une nécessité pour la gestion quotidienne des maladies chroniques

La plupart des maladies chroniques doivent être gérées au quotidien par le patient lui-même et contrôlées épisodiquement par le médecin. C'est dans cette perspective qu'une éducation thérapeutique des patients s'est peu à peu développée. De plus ou moins empirique à l'origine, cette formation des patients se voit de plus en plus structurée en faisant appel à des principes pédagogiques reconnus. Ce n'est pas

au nom d'une certaine modernité que les patients se sont vu remettre la responsabilité de la gestion de leur état de santé, c'est face aux aggravations et aux complications invalidantes et parfois mortelles que la nécessité de former les patients s'est imposée. À cet égard, le diabète sucré a joué un rôle pilote dans le développement de ce mouvement éducatif qui s'étend aujourd'hui à l'ensemble des maladies chroniques, y compris le cancer.

Face à la maladie chronique, consentir à vivre selon une nouvelle réalité

Mais suffit-il d'éduquer les patients ? La connaissance de la maladie, la compréhension du type d'action du traitement sont à la fois légitimes et nécessaires. Le patient doit acquérir des compétences diverses lui permettant d'adapter son traitement. Dans le cas du diabète, la recherche de l'équilibre glycémique demande un ajustement constant entre les doses d'insuline, l'alimentation et les dépenses énergétiques. Si nombre de patients parviennent à s'accommoder de ces contraintes, d'autres, bien qu'ayant été dûment enseignés quant à la conduite à tenir et quant aux risques liés à une gestion déficiente, doivent faire face à des complications que les mesures éducatives auraient dû permettre d'éviter.

Médicalement parlant, l'identification de la maladie correspond à un ensemble de paramètres qui vont décider du type de traitement. Le point de vue est objectif. Du côté du patient, les réactions seront subjectives et détermi-

neront son mode d'adaptation à une réalité toujours difficile à admettre.

La maladie (chronique) est ressentie comme une épreuve mobilisant les ressources psychiques. Parler de « travail de deuil » suppose de passer par un bouleversement émotionnel (appelé par Pierre Fédida la *capacité dépressive*) qui permettra à la personne de consentir à vivre selon cette nouvelle réalité. En apprenant à gérer son existence avec un juste sens du risque, elle compose avec l'incertitude car elle se pense autrement. Le processus d'intégration de la perte ne peut faire l'économie de continuer à avoir des projets, de partager avec d'autres les joies et les peines de l'existence. Les pulsions de vie sont de nouveau au rendez-vous.

Mais, pour certains, tout se passe comme si la maladie avait glissé sur eux. Source d'angoisse (de mort), l'idée de la maladie est ressentie comme insupportable. Le Moi, se sentant mis en danger, va susciter la levée de mécanismes de défense afin de se protéger d'une menace de destruction. Ces mécanismes qui se veulent protecteurs vont alors transformer l'affect pénible (l'angoisse) en son contraire. Dénier, refus, isolation du danger se traduisent par la banalisation entraînant des oublis, des négligences, de mauvaises interprétations des symptômes. Le contrôle de la maladie devient aléatoire au profit du renforcement d'autres inves-

tissements plus valorisants (carrière professionnelle, voire exploits).

Ces conduites procèdent de stratégies d'évitement de la souffrance psychique liée au problème-maladie et entraînent malheureusement des aggravations de l'état de santé. La difficulté tient au fait que sans secours extérieur, sans intervention adéquate des soignants, les stratégies d'évitement tendent à perdurer jusqu'au jour où le mécanisme protecteur s'effondrera dans la résignation. L'attitude passive des patients résignés s'apparente quelque part à la mélancolie, au sens freudien, en d'autres termes à la dépression.

Du côté des soignants

Ces deux manières de faire face à la maladie – la confrontation ou sa mise à distance – ne sont pas le fruit du hasard. Elles peuvent être imputées à des structures de personnalité. Pour certains, la confrontation à la maladie, préfigurant la finitude, est un frein puissant à l'élaboration psychique alors que, chez d'autres, elle en est le moteur. La fragilité du Moi peut induire une rigidité psychique provoquant l'incapacité à se laisser toucher par la maladie. Il conviendrait d'être particulièrement attentif à ces patients dès le moment de l'annonce de la maladie. Certains patients hospitalisés en urgence pour une décompensation initiale du diabète ont été pris en charge médicalement mais sont restés parfois plusieurs jours avant de rencontrer un soignant avec qui s'entretenir. Et, plutôt que de pouvoir exprimer leurs craintes, ils ont subi un interrogatoire assorti de recommandations relatives à la conduite à tenir désormais. Faute d'avoir pu partager leur angoisse, ils n'ont pu que se murer dans le déni ou le refus de s'approprier la maladie.

Le temps de l'écoute et du partage

Ces patients-là ne feront pas d'eux-mêmes de démarche pour rencontrer un « psy ». Il incombe donc aux soignants de développer une approche thérapeutique qui permette à ces patients de retrouver des ressources psychiques et une nouvelle image d'eux-mêmes. En seconde position, les « psy » peuvent aider les soignants à accomplir une tâche à laquelle ils estiment n'être pas ou insuffisamment préparés. Il faudrait pour cela qu'existe un

cadre propre à élaborer les contacts avec les patients, un espace de partage, de supervision de l'activité professionnelle. Cela demande du temps, de l'espace, la présence de tiers, toutes conditions opposées à l'accélération du rythme de travail basé sur un modèle de flux tendu. Ces exigences peuvent paraître excessives, elles sont néanmoins nécessaires pour optimiser les projets et les actions dans la perspective d'une approche globale des malades chroniques.

S'il existe pour chaque discipline des repères théoriques et méthodologiques auxquels se référer, nous avons, en tant que soignants, beaucoup à apprendre de nos patients. J.-B. Pontalis nous rappelle que : « *La clinique est à la source de la pensée.* » Ce sont parfois les plus résistants des patients qui nous apprennent le plus. À condition de nous engager dans une rencontre où chacun découvre l'autre et où commence une aventure humaine de mutuelle transformation.

Anne Lacroix

Psychologue clinicienne.

► Bibliographie

- Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2005 (10^e éd.) : 232 p.
- Fédida P. *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob, 2001 : 272 p.
- Freud S. Deuil et mélancolie. In : *Métopsychoanalyse*. Paris : Gallimard, coll. Idées, 1968 : 192 p.
- Lacroix A., Assal J.-Ph. *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2003 : 240 p.
- Moley-Massol I. *L'annonce de la maladie. Une parole qui engage*. Puteaux : DaTeBe éd., coll. Le pratique, 2004 : 243 p.
- Morasz L. La souffrance dans la relation soignant-soigné. In : Fischer G.-N. (sous la dir.). *Traité de psychologie de la santé* Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2002 : 688 p.
- Pontalis J.-B. *Fenêtres*. Paris : Gallimard, coll. Blanche, 2000 : 176 p.
- Revue francophone de psycho-oncologie. Heidelberg : Springer-Verlag, vol. 3, n° 2, juin 2004.

Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé

Tout professionnel de l'éducation pour la santé doit s'interroger continuellement sur ses pratiques, identifier à quels savoirs d'expérience ou savoirs théoriques elles se réfèrent. C'est à cette seule condition qu'il se dégage du « comment faire ? » pour aborder les questions fondamentales de l'éthique et du politique, qu'il sort du rôle d'« entrepreneur en normalisation santé » que certains voudraient le voir jouer.

Il n'y a pas qu'une seule façon de proposer aux praticiens de l'éducation pour la santé une réflexion sur les théories et modèles psychologiques qui fondent l'action éducative. Celle que nous avons choisie ici est marquée par notre travail en milieu scolaire au service de la formation des enseignants. Bien que notre propos se veuille général, le lecteur ne manquera pas de percevoir que la référence à l'école et à l'apprentissage tient une large place dans notre exposé.

Dans le but d'illustrer de façon concrète les contributions des différentes théories psychologiques à l'élaboration de modèles sur lesquels peuvent se fonder les interventions en éducation pour la santé, nous avons choisi la démarche suivante. Après avoir précisé l'objet de notre réflexion à partir d'une définition des domaines du « didactique » et du « pédagogique », nous décrirons de manière succincte un exemple de démarche éducative dans le domaine de l'éducation à la sexualité et de la prévention du sida. Dans un second temps, nous exposerons les caractéristiques du modèle didactique sur lequel est fondée cette action (le modèle d'apprentissage allostérique), puis nous tenterons de conduire le lecteur aux sources théoriques sur lesquelles ce modèle est fondé en visitant les principales théories de l'apprentissage. Nous espérons ainsi donner des clés de compréhension de ce qui fonde les interventions et qui reste bien souvent dans le domaine de l'implicite.

L'éducation pour la santé : entre pédagogie et didactique, entre sujet et savoirs

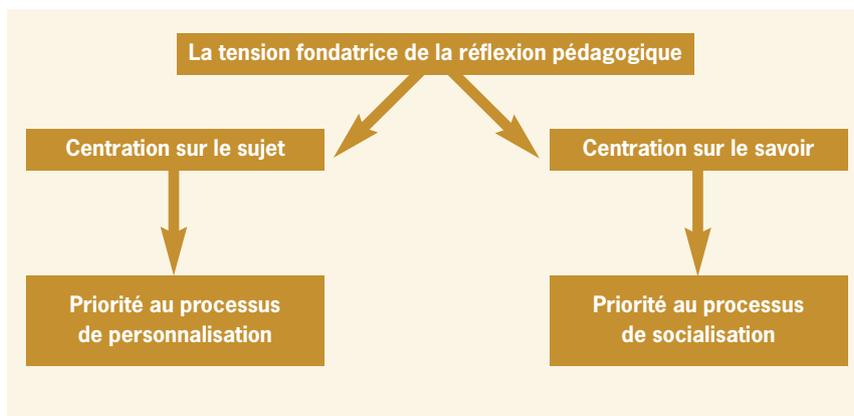
Les dispositifs pédagogiques organisent la rencontre d'un sujet et d'un ensemble complexe de savoirs comprenant des connaissances (validées scientifiquement), mais également des savoir-être (par lesquels le sujet pourra pleinement s'inscrire dans une relation au monde) et des savoirs faire individuels et sociaux (par lesquels le sujet agira à titre personnel ou collectif). La rencontre organisée d'une personne avec un ensemble de connaissances et de savoirs constitue une situation d'apprentissage. C'est au cœur de cette situation que le sujet crée un lien entre l'universalité de la connaissance, un ensemble d'énoncés et de procédures socialement constituées et reconnues, et son propre savoir. Ce dernier est forcément partiel et inscrit dans son histoire personnelle et sociale. Il y a là une confrontation qu'il convient d'éclairer avant d'aller plus loin.

Deux grandes approches coexistent : l'approche pédagogique centrée sur le sujet et l'approche didactique centrée sur les savoirs. L'action pédagogique se fonde sur les sciences de l'éducation, la sociologie et la psychologie, et s'appuie sur le constat qu'il ne suffit pas, pour l'enseignant, de bien posséder une discipline ou un savoir scientifique pour que les élèves apprennent. C'est certes une condition absolument nécessaire mais non suffisante.

Les processus en jeu dans l'apprentissage sont parfois extrêmement complexes et difficiles à saisir tant ils s'insèrent dans une perspective individuelle propre au sujet, elle-même incluse dans un fonctionnement communautaire également enchâssé dans un environnement social parfois surdéterminant.

Une autre façon de se situer consiste à se centrer sur les savoirs. Comme dans tous les autres domaines de l'éducation, la transmission de savoirs, de savoir-faire et savoir-être est un enjeu déterminant en éducation pour la santé. Ce point de vue correspond à l'approche didactique qui vise à organiser et articuler les savoirs dans le but de concevoir une programmation et des outils d'enseignement. Le travail de l'éducateur pour la santé sera alors d'organiser cette rencontre entre un sujet et un ensemble de savoirs validés parfois très éloignés de lui.

Le professionnel de l'éducation pour la santé se situe toujours dans une tension fondamentale entre une centration sur l'apprenant ou sur les savoirs. Ses choix se dessinent entre une approche subjective au plus près des représentations des personnes et une approche plus normative privilégiant les processus collectifs. C'est de l'articulation de ces deux pôles que peut émerger un dispositif éducatif en éducation pour la santé. Cette tension est constitutive de la réflexion éducative, elle en est aussi le moteur.



Un exemple d'action d'éducation pour la santé

Afin d'illustrer cette tension, voici une illustration possible d'une approche classique associant la communauté scolaire et ses partenaires. Le travail décrit ici est l'un des éléments d'une approche globale articulant développement des compétences sociales, travail sur les représentations sociales et médiatiques, et construction de savoirs dans le champ de la sexualité. La démarche, qui concerne des écoles primaires (élèves, enseignants, parents), est le fruit d'une mise en synergie de la dynamique scolaire (spécificité des missions et des valeurs, mise en perspective dans le cadre global du développement de la personne) et de l'expertise des partenaires du milieu associatif. Il s'agissait, de permettre à des enfants de cycle 3 (CE2, CM1, CM2), dans le cadre des programmes, de se construire des représentations affinées de la pandémie à VIH, des modes de contamination et des modes de protection. L'action pédagogique et didactique se déroule en deux temps : une phase de synthèse et une phase d'appropriation. Les interventions ont été réalisées comme suit :

1. formulation d'un problème (la transmission du VIH par exemple), au moyen d'un exposé préliminaire destiné à poser ce problème en lien avec les activités de classe dirigées par l'enseignant, et à mettre les élèves en situation positive vis-à-vis de l'étape suivante ;
2. saisie par questionnaire des représentations initiales des enfants ; sur la dernière page du questionnaire, les enfants pouvaient poser toutes les questions qu'ils voulaient ;
3. alternance de travail en atelier et d'exposés permettant aux enfants de travailler collectivement sur les différentes représentations de la maladie, les

modes de contamination et les modes de protection, en réponse aux questions préalablement posées, et mise en activité des enfants sur des supports leur permettant de valider ou de rejeter ces différentes représentations ;

4. travail en atelier par demi-classe sur les questions posées par les enfants, afin de vérifier que toutes ces questions avaient eu des réponses et éventuellement de faire préciser ou reformuler les réponses par le groupe ;

5. phase d'appropriation basée sur un jeu (jeu de cartes ou jeu de rôle) favorisant une approche centrée sur le quotidien et autorisant une remédiation précise par l'évocation de situations plausibles ;

6. enfin, production d'un texte en direction des parents de façon à assurer une liaison avec les familles.

La démarche était à la fois organisée autour de contenus scientifiques (virologie, épidémiologie...) et centrée sur les élèves. C'est à partir de leurs conceptions individuelles et des représentations sociales de ces derniers qu'a été construit un savoir sur soi, sur les comportements de protection et sur les relations avec les personnes atteintes. Il s'agissait de favoriser une prise de conscience de ses propres conceptions, une posture réflexive et une prise de pouvoir sur soi ainsi que sur son environnement (1).

Le modèle allostérique de l'apprentissage

Dans l'intervention d'éducation pour la santé décrite ci-dessus, les élèves ne sont pas considérés comme exempts de tout savoir, ils disposent d'un système de représentations leur permettant de comprendre le monde. La finalité n'est pas de transmettre un savoir de façon magistrale mais de faire évoluer les

représentations des enfants dans le sens d'une plus grande intégration des données scientifiques à leurs systèmes de pensée. Le postulat de départ n'est pas qu'il suffit que l'éducateur énonce un savoir pour que l'apprenant l'intègre. Dans ce cas particulier, l'intervention se réfère à un modèle d'apprentissage bien spécifique, le modèle allostérique.

Dans ce modèle, élaboré par A. Giordan (2, 3), apprendre se conçoit comme une rencontre entre les potentialités d'un sujet, enraciné dans son histoire personnelle et sociale, et un environnement. Il s'agit de réorganiser des informations existantes et de les articuler avec des données nouvelles dans un processus de transformation continu centré sur une tâche et un objectif à atteindre. La représentation initiale, quelle qu'elle soit, n'est pas à considérer comme une faute : elle est la base sur laquelle le savoir se construit. C'est l'expression des représentations du sujet à partir d'un problème clairement énoncé, la prise de conscience de l'existence d'autres façons de comprendre le réel et l'apport de savoirs validés, qui permettront à l'élève d'entrer dans une démarche d'apprentissage. Pour autant, l'élève n'abandonnera pas forcément ses anciennes conceptions. Ce changement n'est possible que si l'élève sait que ce nouveau savoir lui apporte un « plus », utilisable sur le plan de l'explication, de la prévision ou de l'action¹.

Le rôle de l'éducateur est important, car il organise le dispositif pédagogique et agit sur le contexte et sur l'environnement de l'apprentissage. Enfin, il met en place un accompagnement de l'apprenant au cours de ce processus souvent déstabilisant.

Le modèle allostérique présente des intérêts et des limites qui ne peuvent être discutés ici. L'essentiel est de comprendre qu'il aide à penser l'apprentissage des compétences et des connaissances par les élèves, qu'il permet de rendre explicite ce sur quoi est fondé le dispositif pédagogique. Pour autant, ce modèle n'est pas créé *ex nihilo*, il est lui-même bâti en référence à des théories plus générales de l'apprentissage. Pour expliciter les fondements des interventions en éducation pour la santé, il nous faut donc aller plus loin et examiner ces différentes théories de l'apprentissage.

Les théories psychologiques de l'apprentissage

C'est souvent sur des références conceptuelles issues de la psychologie que s'appuient les modèles didactiques et pédagogiques. Si le psychologue n'a pas à prescrire au pédagogue et spécialement au professionnel de l'éducation pour la santé une conduite à tenir, il peut éclairer sa démarche et l'aider à élucider les résistances de son public. Pour mieux maîtriser son action, il convient d'en concevoir les ressorts, les effets et les impacts. En ce sens, la réflexion pédagogique et didactique gagne à se nourrir aux sources psychologiques. Bien loin de la psychopathologie ou de la psychologie clinique qui se penchent sur le patient en souffrance, c'est vers les psychologies behavioriste, génétique, cognitive et sociale que nous porterons notre regard.

Tel Monsieur Jourdain faisant de la prose sans le savoir, le professionnel de l'éducation pour la santé utilise bon nombre de concepts sans pour autant les rattacher à une approche scientifique bien identifiée. Or, toutes ces approches ne sont pas expressément « compatibles » entre elles, sinon sur le plan théorique, du moins au niveau des finalités de l'éducation pour la santé. Il s'agit de mettre en place des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une forme de communication conçue pour améliorer la transmission de savoirs en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes favorisant la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation et la confiance en soi nécessaires pour agir afin de préserver ou d'améliorer la santé.

Pour mettre en lumière les rapports entre les modèles didactiques et pédagogiques d'intervention en éducation pour la santé, et les théories de l'apprentissage, nous décrirons succinctement, sans privilégier une approche chronologique, le behaviorisme, la psychologie génétique et le cognitivisme, avant de nous focaliser sur les apports de la psychologie socio-cognitive (4). Dans tous les cas, notre démarche sera identique : après une description schématique des principales caractéristiques de la théorie étudiée et de son utilisation en pédagogie, nous tenterons d'identifier ce que ces théo-

ries peuvent apporter à notre réflexion sur les pratiques en éducation pour la santé, et en quoi le modèle allostérique puise à cette source.

Le behaviorisme et le couple stimulus/réponse (5, 6)

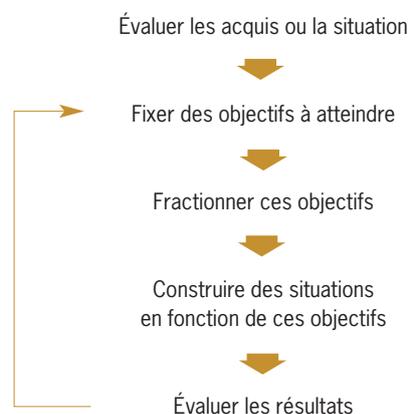
Le behaviorisme est historiquement la première psychologie de l'apprentissage. Il se situe en rupture vis-à-vis des conceptions antérieures qui venaient de la philosophie, en prônant une méthodologie expérimentale. Cette approche postule que l'homme se construit en répondant à des stimuli extérieurs. Le couple stimulus/réponse serait le couple explicatif des comportements humains. Si apprendre est répondre à un stimulus, enseigner serait alors créer des situations entraînant des réponses adaptées et un comportement souhaité qui deviennent les objectifs à atteindre. Ces situations sont élaborées selon les présupposés suivants :

- la répétition, qui renforce la réponse ;
- la motivation par la récompense ;
- le principe de contiguïté (si un élément est associé à un autre qui a été soumis à un apprentissage, les deux seront retenus) ;
- le fractionnement de l'activité en buts, sous buts, objectif principal et sous objectifs.

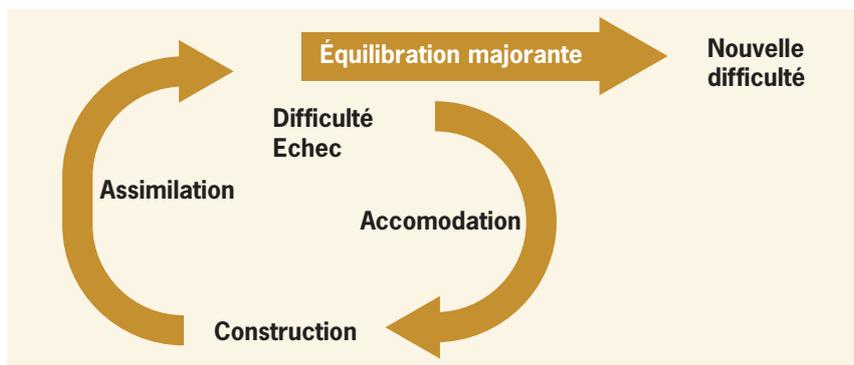
Cette approche psychologique a largement inspiré la pédagogie par objectifs, dont le but est de rendre l'enseignement plus transparent et plus

rationnel. Dans cette optique, toute pédagogie doit reposer sur une définition précise des objectifs, les expliciter, les faire partager par la personne en situation d'apprentissage et les décomposer en séquences simples pour avoir un plan exhaustif d'acquisition, ce qui permettra de les contrôler pour évaluer l'efficacité du dispositif.

Le schéma serait le suivant :



La première incidence de « l'importation » de ces conceptions psychologiques dans le champ de l'éducation a été de clarifier la mise en œuvre pédagogique. La seconde a conduit à une remise en question de la réflexion didactique, d'une part en replaçant les savoirs au premier plan et, d'autre part, en modifiant la perception du rôle de l'évaluation. L'évaluation prend place dans le processus d'apprentissage et ne



concerne pas seulement l'élève mais également son processus d'enseignement. Ceci impose de fixer des objectifs en fonction d'une norme préalablement établie, se situant au plus près des compétences des publics destinataires. L'évaluation est ici conçue comme un réaménagement du processus d'enseignement.

Il paraît néanmoins opportun de préciser quelles peuvent être les limites du béhaviorisme, notamment en éducation pour la santé. L'un des risques serait de réduire l'apprentissage à l'acquisition d'un comportement utile. Par ailleurs, le modèle stimulus/réponse ne s'occupe pas de l'activité intellectuelle du sujet : la personne doit fournir la réponse attendue à la stimulation, c'est cette réponse qui est l'objet de toute l'attention, pas le processus qui y a abouti. De plus, pour élaborer des objectifs clairs, elle procède à une hiérarchisation de ces derniers et « découpe » les apprentissages. Le risque de morcellement des savoirs est évident, et peut conduire à une flagrante perte de sens. Reconstruire *a posteriori* un ensemble de connaissances à partir d'informations fragmentées et acquises consécutivement, peut s'avérer difficile. Seul le concepteur du programme d'apprentissage détient l'ensemble des informations et est en mesure de les replacer dans une perspective globale.

Du fait de la place prise par la construction de listes d'objectifs et leur organisation au sein d'un enseignement programmé, c'est une pédagogie qui se focalise sur le rôle de l'enseignant beaucoup plus que sur l'élève. Par ailleurs, le souci éthique est parfois sacrifié à une efficacité présumée. En éducation pour la santé, il convient de s'interroger sur les finalités des actions focalisées sur un objectif précis et justifiant l'usage de la peur ou de la culpabilité. Une personne

ne peut se résumer à un comportement, et stigmatiser ce dernier revient trop souvent à stigmatiser la personne.

Le modèle allostérique s'inspire du béhaviorisme dans la construction des programmations et des progressions. L'organisation didactique d'un ensemble de savoirs et leur articulation avec les capacités des élèves imposent en effet une conception globale des contenus et une approche progressive des notions.

La psychologie génétique et la construction de l'intelligence (7, 8)

La psychologie génétique trouve son origine dans les travaux de J. Piaget dont l'originalité est d'avoir situé la problématique du développement de l'intelligence dans le contexte d'une interaction permanente entre le sujet et le monde extérieur. Le développement de l'enfant est appréhendé comme une construction active et comme un processus continu et progressif. Dans ce cadre théorique, le processus d'apprentissage est perçu comme une succession d'équilibres précaires remis en cause par les stimulations émanant de l'environnement. Le sujet répond par des compensations actives aux stimulations extérieures (il « accomode »). Apprendre apparaît comme une mise en équilibre progressive entre un mécanisme assimilateur et une accommodation. L'adaptation n'est achevée que lorsqu'elle aboutit à un système stable. Dès que l'équilibre est atteint sur un point, la structure est intégrée dans un nouveau système en formation jusqu'à un nouvel équilibre plus stable inclus dans un champ plus étendu. Le sujet est ici acteur de la construction de son intelligence.

Les continuateurs de Piaget se sont inscrits dans une perspective plus sociale alliant modèle constructiviste et

interactionniste. Pour la plupart d'entre eux, l'individu n'agit jamais seul, mais en coordonnant ses propres actions avec celles d'autrui. Les échanges interindividuels deviennent sources de progrès par les conflits de représentation qu'ils provoquent. C'est en fait la confrontation simultanée de points de vue ou d'approches différentes lors d'une interaction sociale qui permet l'intégration de nouvelles structures de pensée. Le fait de confronter l'apprenant à une situation qui pose problème conduit à un conflit entre sa propre représentation et d'autres représentations. Cette situation génère un processus cognitif articulé sur une décentration du sujet et sur la modification de sa représentation initiale.

Cette approche psychologique fonde la nécessité de passer d'une pédagogie transmissive à une pédagogie active, l'activité du sujet étant constitutive de la construction de ses savoirs. Elle met également en avant le rôle positif de l'erreur dans le processus d'apprentissage. C'est ce qui est à retenir pour la construction de dispositifs didactiques et pédagogiques en éducation pour la santé. Nous pointerons simplement la limite suivante : le développement est conçu comme étant le même pour tous. Nous serions face à une homogénéité du développement quels que soient les apprenants et le savoir. Or l'hétérogénéité paraît la règle, et les connaissances ne se construisent pas chez tous de la même manière.

Le modèle allostérique s'inspire de cette approche dans sa proposition de mettre les apprenants en activité. Il s'agit de partir des connaissances des élèves, de les amener à prendre conscience de leurs conceptions, de les confronter au réel et à une situation les remettant en cause, pour les déstabiliser et provoquer une démarche de construction de nouvelles conceptions. Il souligne également l'importance de l'échange et de la confrontation des points de vue dans l'apprentissage comme moyen de transformation des conceptions.

Les approches cognitivistes et le traitement de l'information (4, 9-13)

Elles reposent sur l'idée selon laquelle l'homme peut être considéré comme un système communiquant

avec son environnement. Il gère des informations venant de l'extérieur et se régule en fonction d'elles. Le cerveau est conçu comme un système cognitif composé de modules servant au traitement de l'information et au stockage et déstockage de cette dernière en fonction du réel extérieur. La psychologie cognitive s'intéresse d'abord à la façon dont l'être humain perçoit son environnement, y recueille des informations, les interprète, les code et les traite en lien avec celles déjà entreposées, et ensuite à la manière dont il les prend en compte pour déterminer sa conduite, prendre des décisions. Le système cognitif articule plusieurs instances de fonctionnement : un lieu de stockage (la mémoire sémantique), un processus de traitement de l'information (la mémoire de travail) et un centre décisionnel dont la fonction est de générer des réponses. Apprendre revient à « stocker » des informations en mémoire et à être en mesure de les réutiliser en fonction du contexte.

Par ailleurs, les cognitivistes se sont penchés sur la question de la motivation. Ils soulignent que l'engagement du sujet dans une tâche est déterminé par les représentations qu'il se fait de lui-même, de la tâche, du contexte. Celui qui apprend sera motivé s'il fait quelque chose qui a du sens pour lui, s'il a un projet dont il est véritablement partie prenante. L'importance des compétences psychosociales est centrale dans la motivation, notamment une estime de soi favorable est déterminante pour prendre le risque de l'apprentissage. Pour réussir, chacun doit être conscient de posséder des moyens intellectuels et un savoir opératoire. Une réussite n'a de valeur pour l'apprenant que si celui-ci l'attribue à ses capacités propres. De plus, le cognitif et l'affectif sont toujours en interaction.

Dans le champ de l'éducation pour la santé, l'approche cognitive nous éclaire sur plusieurs points. Les cognitivistes nous montrent que l'attitude des apprenants face à une situation nouvelle est déterminée par les représentations que les sujets se construisent d'eux-mêmes, de leurs performances et des causes qu'ils invoquent pour les expliquer. Cette activité métacognitive est soumise au contexte de l'apprentissage et vient ainsi conforter un certain volontarisme pédagogique dans l'action

éducative. La question de la motivation apparaît alors comme particulièrement importante et implique la mise en place d'une démarche pédagogique globale. Celui qui apprend doit être considéré comme une personne à part entière, impliquée dans un processus qui est le sien et dont le sens lui est perceptible.

Le modèle allostérique prend en compte à la fois la question du stockage en mémoire et celle du lien entre le contexte et la personne. C'est-à-dire, très concrètement, celle du sens et de l'objectif des connaissances à acquérir.

La psychologie sociocognitive et la nature sociale de l'intelligence et de l'apprentissage (14-16)

Contemporain de J. Piaget, le psychologue russe, L.S. Vygotsky fonde sa pensée sur le fait que le travail instaure l'homme. L'être humain crée sans cesse de nouveaux outils et de nouveaux objets culturels, et ceux-ci lui servent d'intermédiaires dans sa relation à l'environnement. L'enfant, dans son développement, entre en contact avec ces outils et ces objets culturels. Il découvre ainsi une façon d'agir sur le réel marquée par les générations qui

l'ont précédé. Ces outils sont fournis par la culture, elle-même véhiculée par les personnes qui accompagnent l'enfant dans son développement. Ainsi, l'œuvre de Vygotsky s'articule-t-elle autour de deux concepts clés : les lois sociales du développement et la notion de zone proximale de développement.

• Les lois sociales du développement

Pour l'auteur, le développement de l'enfant est le fruit de la relation sociale. Dans la construction sociale de l'intelligence, chaque fonction intellectuelle apparaît deux fois. Dans un premier temps, l'enfant la découvre dans les activités collectives et sociales. Il apprend avec d'autres dans un échange et dans une action. La fonction intellectuelle qu'il découvre lui est extérieure et lui est apportée par son environnement. Dans un second temps, la même fonction intellectuelle est incorporée et devient une propriété propre de la pensée de l'enfant. Ainsi, le développement et l'apprentissage sont intimement liés dans une relation de consolidation mutuelle. Le langage est l'outil culturel privilégié de cette interaction et devient petit à petit l'instrument de l'individuation.

• La zone proximale de développement

Le rôle de l'éducateur est de proposer des apprentissages se situant dans la limite des capacités de l'enfant et de ce qu'il peut faire avec l'aide d'une personne. C'est ce que Vygotsky appelle la zone proximale de développement. Apprendre, c'est aller au-delà de ce que l'on sait faire seul, mais avec une aide et une relation pédagogique de tutorat.

Parmi les continuateurs de Vygotsky, Jérôme Bruner est aujourd'hui une référence importante en éducation. Ses travaux sur l'étalement² étudient les interactions de tutelle³ mises en œuvre pour aider un apprenant à résoudre un problème seul. Le schéma de la situation pédagogique qui en découle est dépendant de la tâche et de l'élève ; les exigences du soutien et du guidage sont engendrées par l'interaction entre le tuteur et l'élève.

Dans le champ de l'éducation pour la santé, ces modèles ont une importance centrale. D'abord ils nous font percevoir le rôle fondamental de l'apprentissage qui précède le développement et celui, non moins central, de l'interaction sociale, de l'environnement du sujet et du contexte de l'apprentissage. Pour le pédagogue, l'interaction de tutelle contribue ainsi au développement de la personne et de ses compétences psychosociales.

Le modèle allostérique puise dans ce courant de pensée l'importance de la tutelle dans l'organisation de la rencontre entre les potentialités d'un sujet en prise avec son histoire personnelle et sociale, un environnement direct ou élargi et un ensemble de savoirs validés et organisés. Parce que l'affectif, le cognitif et le sens sont intriqués en régulations mutuelles et multiples, l'apprentissage dépend fortement du contexte et de l'environnement socio-culturel dans lequel il se déroule. Le rôle du tuteur est alors fondamental dans l'accompagnement du processus de construction des apprentissages.

Conclusion

Ces quelques éclairages sur les modèles et théories de l'apprentissage permettent, nous l'espérons, de situer l'importance de l'explicitation des fondements de l'action. Bien évidemment, il n'est pas nécessaire que les praticiens

de l'éducation pour la santé soient des spécialistes des théories de l'apprentissage, tout comme ils ne peuvent être des spécialistes en épidémiologie, en sciences de la nutrition... Mais il n'est pas d'expertise en éducation pour la santé sans capacité à interroger continuellement ses pratiques par la référence à des savoirs d'expérience et des savoirs théoriques (17). Ainsi, la question de la formation des acteurs, tout comme celle de la conception des dispositifs pédagogiques et didactiques, prennent-elles une dimension nouvelle en nous orientant vers une approche résolument réflexive du métier. C'est à cette seule condition que le professionnel de l'éducation pour la santé se dégage du « comment faire ? » pour aborder les interrogations plus fondamentales d'ordre éthique ou politique et ainsi sortir du rôle de « l'entrepreneur en normalisation santé » (18) que certains voudraient trop souvent lui voir jouer, pour aller vers celui de l'acteur

appelé à créer les conditions d'une articulation entre les savoirs scientifiques, les savoirs « profanes », les désirs des gens, le contexte et les valeurs de santé qu'il entend promouvoir.

Dominique Berger

Maître de conférences, IUFM de Lyon,

Didier Jourdan

Professeur des Universités,

IUFM d'Auvergne⁴, Clermont-Ferrand.

1. Il est bien évident que l'éducateur est dans la même situation que l'apprenant. Ce qui fait la spécificité de sa situation n'est pas qu'il détient la vérité, par exemple sur la nutrition ou la sexualité, mais plutôt que ses représentations, du fait de son expertise propre, sont plus élaborées que celles des élèves, qu'elles intègrent d'autres savoirs théoriques ou d'expérience.

2. L'étalement peut être considéré comme une aide et un soutien variables en fonction de la tâche à accomplir.

3. La tutelle est une forme de guidage et de soutien de l'élève en apprentissage. Elle peut être composée d'outils, de consignes, d'activités programmées, de situations pédagogiques, d'évaluations et de remédiations.

4. Les auteurs travaillent au sein de l'équipe de recherche « éducation pour la santé en milieu scolaire » (laboratoire Paedi ; JE n° 2432)

► Références bibliographiques

- (1) Berger D., Collet R., Jourdan D., Laquet-Riffaud A. *Quelles représentations les enfants ont-ils du sida ? Contribution d'une recherche en éducation pour la santé auprès de classes de CM1 et CM2*. Revue En question 2003 ; n° 48 : 1-29.
- (2) Jourdan A. *Apprendre !* Paris : Belin, coll. Débats, 1998 : 256 p.
- (3) Jourdan A. *New models for the learning process: beyond constructivism*. Prospects 1995 ; Vol. XXV, 1.
- (4) Crahay M. *La psychologie de l'éducation*. Paris : Puf, coll. Premier Cycle, 1999 : 384 p.
- (5) Bloom B.S. *Taxonomie des objectifs pédagogiques. Tome 1*. Montréal : Les Presses de l'UQAM, 1969.
- (6) Skinner B.F. *La révolution scientifique de l'enseignement*. Bruxelles, Mardaga, 1968.
- (7) Piaget J. *L'épistémologie génétique*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? n° 1399, 2005, 6^e éd. : 128 p.
- (8) Piaget J. *La psychologie de l'enfant*. Paris : Puf : coll. Que sais-je ? n° 369, 19^e éd.
- (9) Viau R. *La motivation en contexte scolaire*. Bruxelles : De Boeck Université, coll. Pédagogie en développement, 1994 : 221 p.
- (10) Gagné E.D. *The cognitive psychology of school learning*. Boston : Little, Brown & company, 1985.
- (11) Lieury A. (sous la dir.). *Manuel de psycho-*

logie de l'éducation et de la formation. Paris : Dunod, 1996 : 415 p.

(12) Gaonac'h D., Golder C. Weil-Barais A. *Manuel de psychologie pour l'enseignement*. Paris : Hachette Éducation, coll. Profession enseignante, 1995 : 576 p.

(13) Kail M., Fayol M. *Les sciences cognitives à l'école*. Paris : Puf, 2003.

(14) Schneuwly B., Bronckart J.-P. (sous la dir.). *Vygotsky aujourd'hui*. Neufchâtel : Delachaux et Niestlé, coll. Textes de base en psychologie, 1985.

(15) Rocheix J.Y. *L'œuvre de Vygotsky*. Les cahiers pédagogiques (Paris) 1997 : 105-47.

(16) Bruner J.S. *Le développement de l'enfant. Savoir-faire, savoir dire*. Paris : Puf, coll. Psychologie d'aujourd'hui, 1998, 7^e éd. : 320 p.

(17) Berger D. La formation des acteurs de l'éducation pour la santé : vers des praticiens réflexifs. In : Jourdan D. (sous la dir.). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004.

(18) Selon la définition du rôle de l'éducateur en santé que proposent Carvalho J. et Paliçot J.-C. La formation des médecins de l'Éducation nationale. In : *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004.

Sciences de l'éducation : deux actions d'éducation pour la santé au banc d'essai

Psychologue spécialiste des sciences de l'éducation, Arnaud Simeone a analysé deux actions d'éducation pour la santé pour identifier les modèles éducatifs dont elles s'inspirent. Où l'on découvre qu'il n'y a pas un mais de multiples modèles. Chaque intervenant professionnel en choisit un, mais c'est surtout la façon dont il est mis en œuvre qui le rend efficace.

Une manière de comprendre comment les sciences de l'éducation abordent l'éducation pour la santé est de passer par une présentation historique de ce champ disciplinaire.

Un point d'histoire : de la science de l'éducation aux sciences de l'éducation

En France, l'éducation est un objet d'étude universitaire relativement ancien. Dès la fin du XIX^e siècle, à la suite de la promulgation des lois Ferry, la grande majorité des universités françaises proposent un enseignement plus ou moins durable dénommé tantôt science de l'éducation, tantôt pédagogie (1). Il est remarquable que ce champ se présente à l'origine au singulier. En l'inscrivant dans un cadre universitaire, il s'agit, pour les pères fondateurs (Marion, Espinas, ou encore Durkheim), de montrer qu'une connaissance de l'éducation est possible, dépassant le sens commun. Les cours de science de l'éducation dispensés peuvent avoir des titres extrêmement variés, et être rattachés sans difficulté à des enseignements mono-disciplinaires : philosophie, psychologie ou sociologie. À l'époque, l'objet de la science de l'éducation est perçu comme indéfini et flou, pris en charge par une pluralité d'approches. Très rapidement, cette discipline est apparue spéculative et peu intéressée à recueillir des données empiriques. Comme le souligne Develay (2), il s'agissait alors avant tout de rechercher les principes des fondements de l'entreprise éducative, sans nécessairement s'intéresser aux conditions concrètes de sa mise en œuvre.

À partir de 1920, la plupart des enseignements en science de l'éducation disparurent, et cette discipline ne fut plus enseignée.

À la fin des années soixante, de nombreux travaux de sciences humaines et sociales soutiennent l'hypothèse que l'école est une institution inégalitaire dans son fonctionnement, reproductrice des inégalités sociales. Elle devient alors l'objet de fortes interrogations, voire de violentes polémiques. C'est dans ce contexte qu'en 1967, à l'occasion de la réforme des enseignements supérieurs, est mis en place un cursus de *sciences de l'éducation*. L'instauration du pluriel n'est pas anodine. Elle marque clairement une intention de diversification des savoirs et des approches au sein d'une discipline pourtant conçue comme unitaire. Ce nouveau positionnement traduit la volonté de situer cette discipline émergente comme une science de la complexité. Le champ des sciences de l'éducation développe depuis des approches pluri, inter- ou transdisciplinaires, qui ne s'excluent pas les unes les autres (2).

Éducation et santé : des évolutions conceptuelles similaires

Au cours du siècle dernier, les conceptions de la santé ont suivi une évolution proche de celles de l'éducation. Nous sommes ainsi passés de la domination d'un modèle biomédical, unidimensionnel, prescriptif et moralisateur, à l'acceptation d'un modèle biosychosocial, puis à l'émergence de

modèles intégratifs, qui comprennent la santé comme un processus dynamique impliquant de multiples facteurs individuels ou environnementaux. D'une manière générale, ces modèles, tels que le modèle transactionnel, basé sur les concepts de stress et de *coping* (capacité à faire face) (3), ou le modèle de la salutogenèse (4), considèrent que l'état de santé actuel d'un individu est la conséquence observable des transactions passées et présentes entre cet individu et son environnement, c'est-à-dire des efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux qu'il déploie pour s'ajuster aux exigences de cet environnement. Structurellement, l'approche transactionnelle différencie trois grandes catégories d'événements : les *antécédents* (ressources de l'individu et exigences de l'environnement), les *transactions* (évaluation subjective de la menace, de la possibilité de contrôle, et élaboration de stratégies de *coping*) et les *issues* (état de santé physique, mentale ou sociale, à court, moyen ou long terme). L'intérêt de ce type de modèle est de distinguer clairement différents axes possibles d'intervention, susceptibles d'améliorer ou de préserver la santé des populations.

- Actions sur les *antécédents* :
 - réduire les exigences de l'environnement, en créant des cadres de vie écologiquement et socialement satisfaisants ;
 - accroître les ressources dont disposent les individus pour s'ajuster aux situations aversives (ressources économiques, éducatives, culturelles ou relationnelles).

- Actions sur les *transactions* :
 - diminuer la perception subjective des exigences de l'environnement et augmenter le sentiment individuel de contrôle ou de maîtrise ;
 - favoriser l'apprentissage ou l'adoption de stratégies d'ajustement (*coping*), qui permettent à court terme d'amoin-drir les effets du stress, sans pour autant être préjudiciables à la santé à plus long terme.
- Actions sur les *issues* :
 - dépister et traiter de manière précoce les pathologies émergentes.

Chacun de ces axes sollicite la mise en pratique de compétences précises, et par conséquent le recours à des disciplines ou à des acteurs spécifiques (psychologues, sociologues, économistes, urbanistes, médecins de santé publique, enseignants, éducateurs, etc.). Deux de ces axes relèvent *a priori* légitimement du champ de compétences des sciences de l'éducation : le développement des ressources individuelles et l'apprentissage de stratégies d'ajustement adaptées. Cela étant posé, et pour parvenir à ces objectifs, il apparaît clairement qu'il n'y a pas consensus au sein de la discipline pour préconiser le recours à un modèle spécifique de compréhension, de prédiction ou de changement des cognitions ou comportements de santé. La plupart du temps, le choix du modèle qui va formaliser l'action de terrain ou de recherche va dépendre de la sensibilité du chercheur ou du praticien qui conduit cette action. Ces modèles sont fort nombreux : un rapport de l'Inserm en recense plus d'une vingtaine (5). On peut par exemple citer de manière non exhaustive le modèle des croyances sur la santé (6), la théorie de la motivation à se protéger (7), la théorie de l'action raisonnée (8), la théorie de l'action planifiée (9), la théorie de l'auto-efficacité (10), ou encore la théorie des représentations sociales (11).

Deux exemples de démarche participative : une action en milieu scolaire et un coffret pédagogique

« **La prévention, c'est d'abord donner la possibilité d'avoir une parole à soi** »

Une démarche participative menée par un professeur de lycée technique auprès d'adolescents scolarisés dans

son établissement a fait l'objet d'une publication dans la revue *La Santé de l'homme* (12). L'initiative de cet enseignant avait pour origine trois constats empiriques. Premièrement, l'adolescence est une période délicate dans la construction des individus, qui présentent alors souvent une faible estime d'eux-mêmes. Deuxièmement, une faible estime de soi peut conduire les individus à s'engager plus fréquemment dans des conduites à risques. Troisièmement, la capacité ou la possibilité de s'exprimer par des mots renforcent l'estime de soi, et indirectement réduit la fréquence d'autres modes d'expression, plus ou moins nocifs pour la santé ou l'intégration sociale. A. Bourdon (12) propose d'utiliser l'outil audio-visuel, afin de faciliter l'émergence de l'expression, tout en tenant compte des caractéristiques du public concerné. Le bilan de cette action apparaît très positif. Des élèves sont décrits comme transformés positivement par l'expérience, et des enseignants participants comme ayant accru leurs capacités d'écoute ou de valorisation des élèves. Cette action de santé, présentée comme très efficace sur son terrain d'origine, pose plusieurs questions.

- Quels sont les fondements conceptuels de cette action ? Plusieurs notions sont identifiables : l'estime de soi (*une ressource individuelle*), la capacité d'expression (*une ressource individuelle et/ou un mode de faire face aux situations aversives*), et les comportements à risques (*une issue*). L'auteur établit des relations plus ou moins directes entre ces trois concepts. Or, la littérature scientifique n'établit pas, *primo*, que la capacité ou la possibilité d'expression soient liées à l'estime de soi, et *secundo*, qu'une estime de soi élevée ou la capacité ou la possibilité d'expression soient inversement associées avec l'occurrence de comportements à risque. La pertinence des présupposés qui sous-tendent cette intervention reste donc à démontrer par la méthode scientifique.
- Quel est son objectif ? Celui-ci est très succinctement annoncé par l'auteur : aider les élèves à s'approprier le « *pouvoir linguistique* ». S'agit-il de favoriser l'apprentissage et la maîtrise du langage ou de proposer un espace d'expression ? Ces deux buts ne sont pas équivalents, ne nécessitent pas *a priori* les mêmes stratégies pour être réalisés, et surtout

n'ont pas la même pérennité. Dans le premier cas, il s'agit de développer une compétence potentiellement transférable, alors que, dans le second, la compétence invoquée sera peut-être difficilement exploitable en dehors de son contexte.

- Comment atteindre l'objectif fixé ? A. Bourdon (12) rapporte solliciter la participation active et interactive des élèves, dans des projets de créations audiovisuelles. L'originalité de ce travail exigeant est d'impliquer durablement les participants à travers l'écriture de scénarios, la réalisation de films, le jeu d'acteurs, et la diffusion des œuvres. Comme le souligne l'auteur, ce type de démarche présente des avantages indéniables. C'est un mode d'approche très attractif, qui séduit *a priori* les adolescents et les adultes investis. L'outil audiovisuel facilite la mise à distance et la prise de conscience des facteurs susceptibles d'influer sur les relations sociales ou sur la prise de risque. Il peut être un moyen efficace de déclencher le dialogue sur ces dimensions, entre pairs ou entre adolescents et professionnels. Cela étant dit, la participation à un projet de création audiovisuelle ne saurait se suffire à elle-même, et nécessite d'être intégrée dans un projet plus global. La plupart des experts du domaine soulignent que seule la combinaison d'un temps de mise en œuvre créative et d'un temps de discussion critique permet la prise de conscience d'une situation, et *in fine* facilite la prise de décision (5). Par ailleurs, le caractère attractif et esthétique de l'outil peut s'avérer préjudiciable dans la mesure où les participants tendent à accorder parfois plus d'importance à la forme de l'œuvre qu'à la définition précise d'un projet d'éducation pour la santé fondé conceptuellement. De fait, ces démarches participatives sont rarement accompagnées ou prolongées d'exploitations pédagogiques organisées.
- Comment évaluer l'impact de l'action de santé ? L'auteur est allusif quant aux modes d'évaluation de son action, qui semblent très subjectifs. Cela n'est pas en soi une surprise. L'impact des démarches participatives dans le domaine de l'éducation pour la santé reste délicat à évaluer. Cet impact est largement le résultat d'une interaction entre un dispositif pédagogique, un contexte d'intervention, un public ciblé

et les caractéristiques d'un éducateur. En outre, plus l'objectif de l'intervention est global ou flou, plus il est difficile de dégager des critères pertinents d'évaluation.

En résumé, aucune conclusion générale ne peut être tirée quant à l'efficacité de l'action de santé présentée sur l'adoption de comportements à risque par les adolescents ; cette efficacité dépend certes des caractéristiques du dispositif (thèmes abordés, matériel disponible, activités d'exploitation) et de la dynamique du groupe de participants, mais aussi des compétences psychosociales de l'éducateur. En l'état, ce type d'expérience n'est donc pas forcément transférable à d'autres terrains ou publics, ou exploitable par d'autres professionnels.

« *Badaboum et Garatoi* »

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a réédité en 2001 un coffret pédagogique de prévention des accidents de la vie courante chez les enfants de 5 à 7 ans, dont la présentation a fait l'objet d'une publication dans *La Santé de l'homme* (13). Cet outil a été conçu et édité par le CFES, en partenariat avec la Cnamts, et s'appuie sur le principe de la participation des enfants aux actions d'éducation pour la santé mises en place dans un objectif de prévention. Il semble avoir été élaboré en tenant compte des caractéristiques des risques à éviter, du public visé, de son entourage et du contexte d'utilisation. La présentation de cet outil pédagogique permet de répondre à quelques questions essentielles¹.

- Quel est son objectif ? Celui-ci semble double : informer les publics des risques d'accidents de la vie courante pouvant exister dans leur environnement quotidien et les aider à trouver des modalités d'évitement de ces risques. Les publics destinataires sont clairement circonscrits : des enfants scolarisés en cycle 2 de l'école primaire, et plus indirectement leurs parents, voire leurs enseignants. Le contexte d'utilisation est aussi défini : le cadre de l'école.

- Quels sont les fondements conceptuels de cette action ? L'outil et le cadre méthodologique de son usage sont fondés sur l'hypothèse qu'il est possible d'accroître les connaissances des enfants sur les causes des accidents et

leur prévention en tenant compte :

- de leur milieu de vie : à cette fin, ont été exploitées des données épidémiologiques récentes mettant en évidence les risques auxquels sont susceptibles d'être exposés les enfants de cette classe d'âge et des recherches sur les représentations des parents vis-à-vis des accidents et de leur prévention ;
- de leurs caractéristiques, à partir de données sur le développement psycho-affectif de ces enfants et de recherches sur leurs représentations des causes des accidents et de la façon de les prévenir ;
- du contexte de l'action de santé, exploré à partir d'informations sur les modalités possibles d'intégration de la prévention des accidents dans les programmes scolaires.

En tenant compte des milieux et des contextes, les concepteurs de l'outil semblent se situer globalement dans un cadre de promotion de la santé. Par ailleurs, ils font explicitement référence au modèle des représentations sociales (11). Fondamentalement, la seule réserve qui peut être faite est qu'actuellement il n'y a aucun lien direct scientifiquement établi entre d'une part les connaissances ou les représentations et d'autre part les comportements.

- Comment atteindre l'objectif fixé ? Le support de communication utilisé dans cette action de santé est le théâtre interactif, et plus précisément le théâtre de marionnettes. Actuellement très à la mode dans le champ de l'éducation pour la santé, cette approche est de fait

particulièrement adaptée pour les élèves de l'enseignement primaire (14). L'intervention théâtrale ici semble se dérouler en deux temps : un temps de représentation (sur une trame élaborée par l'enseignant à partir des informations à disposition dans le coffret et des caractéristiques de son public) et un temps de discussion collective, qui contribuerait à faciliter l'acceptation du message préventif. Dans un cadre plus large, les concepteurs de l'outil proposent d'impliquer les parents dans la démarche, et de déplacer ce type d'action dans un cadre extrascolaire.

La description de ce protocole d'intervention appelle quelques remarques. Tout d'abord, il paraît dommage que les concepteurs de cette séquence pédagogique n'aient pas inséré un temps de jeu de rôle entre la représentation théâtrale et la discussion. Même s'ils sont très jeunes, il ne semble pas qu'il y ait de réels obstacles psychologiques ou développementaux à ce que des enfants de cycle 2 improvisent ou jouent des réponses en réaction au spectacle qu'ils viennent de voir. Au contraire, cela pourrait vraisemblablement permettre d'aller au-delà de la prise de connaissance du risque pour atteindre une prise de conscience de la vulnérabilité personnelle au risque, tout en restant dans un cadre protégé et sécurisant. Ensuite, l'intérêt de ce type d'approche réside paradoxalement plus dans le temps de discussion que dans la phase de représentation. Or, générer et gérer la prise de parole dans un

collectif d'enfants de cet âge ne s'improvise pas, y compris, d'ailleurs, dans le cadre de l'animation d'un jeu de rôles... Cela demande des compétences dont ne disposent pas nécessairement tous les professeurs des écoles. Enfin, lorsque l'on travaille sur le risque, il n'est pas toujours facile de savoir quoi faire de ce qui est dit par les enfants. Même s'il est maintenant communément admis que la parole d'un enfant doit pouvoir être recueillie, il n'est pas certain que tous les acteurs de l'éducation soient préparés à l'entendre. Cette restriction soulève la question plus générale de la formation des intervenants en milieu scolaire.

- Comment évaluer l'impact de l'action de santé ? C. Ferron (13) ne précise pas si des critères ont été retenus par les concepteurs pour évaluer l'impact de leur outil. La première étape de la définition de tels critères consisterait probablement en la précision plus fine des objectifs attendus. S'agit-il pour les concepteurs de modifier les connaissances, les représentations ou les comportements du public ciblé ? Dans les deux premiers cas, une estimation de l'existence ou de la persistance de ces éventuels changements est possible. Dans le dernier cas, il sera plus difficile de mettre en pratique une telle évaluation.

En résumé, l'outil présenté semble fondé sur un modèle identifiable, et par conséquent discutable. La population

ciblée et le contexte de l'intervention sont clairement circonscrits. Le protocole utilisé est présenté de manière précise et séquencée. Enfin, l'ensemble de la présentation n'est jamais anecdotique, et la démarche paraît suffisamment structurée pour que le savoir-faire dégagé par les concepteurs de l'outil puisse être transférable à d'autres professionnels de l'éducation pour la santé.

Pour conclure, l'approche des sciences de l'éducation dans le champ de la santé est particulièrement attentive à la prise en compte des multiples facteurs individuels, situationnels et transactionnels susceptibles d'influer sur les cognitions ou les comportements de santé. Cependant, le choix du modèle explicatif ou prédictif utilisé est très largement laissé à l'appréciation du praticien ou du chercheur. L'important est qu'il soit possible de déterminer, et donc de justifier ou de discuter ce cadre de référence. Par ailleurs, l'identification et la catégorisation des contextes, des acteurs et des stratégies employés permettent d'essayer de dépasser la simple narration des expériences singulières, pour finalement tenter de construire des démarches et des outils transférables à d'autres contextes ou acteurs.

Arnaud Simeone

Docteur en psychologie sociale,
Maître de conférence en éducation
pour la santé, Institut des sciences et
pratiques d'éducation et de formation
(ISPEF), Lyon.

1. Pour des réponses plus complètes à ces questions, le lecteur peut utilement se rapporter au livret pédagogique du coffret, qui présente ces éléments de façon plus détaillée que l'article paru dans La Santé de l'homme et cité en référence.

► Références bibliographiques

- (1) Gautherin J. La science de l'éducation : discipline singulière 1883-1914. In : Charlot B. (éd.) *Les sciences de l'éducation, un enjeu, un défi*. Paris : ESF éditeur, 1995 ; 248 p.
- (2) Develay M. *Propos sur les sciences de l'éducation. Réflexions épistémologiques*. Paris : ESF Éditeur, coll. Pratiques et enjeux pédagogiques, 2001.
- (3) Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer, 1984.
- (4) Antonovsky A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International 1996 ; 11 : 11-8.
- (5) Inserm. *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 247 p.
- (6) Rosenstock I. M. *The health belief model and preventive health behavior*. Health Education Monographs 1974 ; 2 : 35-86.
- (7) Rogers R. W. *A protection motivation theory of fear appeals and attitude change*. Journal of psychology 1975 ; 91 : 93-114.
- (8) Ajzen I., Fishbein, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall Inc., 1980.
- (9) Ajzen I. *The theory of planned behavior*. Organizational behavior and human decision processes 1991 ; 50 : 179-211.
- (10) Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall, 1986.
- (11) Jodelet D. In : *Les représentations sociales*. Paris : Puf, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1989 ; 2003 (7^e éd.) : 456 p.
- (12) Bourdon A. *La prévention, c'est d'abord donner la possibilité d'avoir une parole à soi*. La Santé de l'homme 2002 ; n° 357 : 9-10.
- (13) Ferron, C. *Nouvelle édition de Badaboum et Garatoi, coffret pédagogique de prévention des accidents de la vie courante chez les enfants de 5 à 7 ans*. La Santé de l'homme 2002 ; n° 357 : 11.
- (14) Synovitz L. B. *Using puppetry in a coordinated school health program*. Journal of School Health 1999 ; 69 : 145-7.

« L'homme ne se développe que par lui-même »

Un postulat de l'éducation populaire dont s'inspire l'éducation pour la santé

Deux témoignages de militants des centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (Cemea) illustrent les rapports entre la santé et les principes de l'éducation populaire à travers le prisme du jeu dramatique et de la prévention du saturnisme.

Un projet collectif pour un engagement individuel

La pratique artistique est une nécessité pour tout individu : elle l'aide à s'interroger sur la part d'incompréhensible qui existe en lui et sur la part d'inconnu du monde dans lequel il vit. À travers cette pratique, ce questionnement nous aide à vivre.

Construire un projet personnel grâce au jeu dramatique

Dans le jeu dramatique tel que nous le mettons en œuvre, il n'y a pas de projet de représentation devant un public extérieur. Lors d'une discussion préalable par petits groupes, les personnes établissent un projet de jeu où chacun négocie sa place. Après le jeu, chacun communique ses impressions aux autres et reçoit leur vécu de cette expérience commune. Puis, en fonction de ces retours, les groupes rejoueront la situation initiale. Les joueurs ont comme seul objectif d'expérimenter des situations de jeu et des personnages qui leur tiennent à cœur. Cette activité fait appel à l'imaginaire des participants. Elle demande aussi une capacité d'écoute pour entrer dans l'imaginaire des autres. C'est un projet collectif qui nécessite un engagement individuel. Quand nous réalisons un atelier de ce type dans une institution, par exemple un hôpital, nous cherchons au départ à mettre en confiance les participants à travers une

préparation physique. Puis le cadre posé par l'animateur doit permettre à chacun de s'engager dans le jeu avec les autres. Les participants élaborent des projets personnels à travers le parcours construit séance après séance, et à partir de leur choix des partenaires, des personnages et des situations de jeu.

On retrouve dans le jeu dramatique les valeurs de l'éducation populaire :

- se construire à travers la pratique d'activité avec d'autres ;
- prendre des initiatives et des responsabilités dans un projet collectif ;
- découvrir que l'on peut se construire dans la pratique d'une activité avec d'autres et que cela nécessite une écoute.

Satisfaction et prise de risque

Dans les stages que nous menons, notamment dans le secteur de la santé mentale sur la région de Lille, nous formons des infirmiers psychiatriques, des éducateurs, des médecins, des animateurs, et nous développons leurs capacités à mettre en place et animer ces ateliers de jeu dramatique dans leurs institutions. En précisant bien que, même si cette activité relève pour une part de l'initiation au théâtre, elle n'est pas un apprentissage, et que si elle aide à vivre, ce n'est pas pour autant une thérapie. Nous cherchons à leur donner ce regard qui favorise l'investissement des participants dans le jeu, qui aide chaque individu à se construire grâce à cette activité. Nous attirons leur attention sur la parole de l'animateur. Elle ne doit pas émettre de jugement de valeur, mais doit aider chaque participant à évaluer :

- ce qu'il a joué par rapport à ce qu'il voulait jouer ;
- ce qu'il a expérimenté collectivement par rapport au projet de jeu ;
- le plaisir qu'il a eu dans cet essai.

Les participants font eux-mêmes l'évaluation individuelle et collective de leur participation. Chacun peut éprouver une satisfaction et une reconnaissance dans la prise en compte de ses propositions, dans sa prise de risque, au niveau du choix de personnages nouveaux, éloignés ou non de lui-même ou des thèmes plus ou moins connus de son expérience personnelle ; chacun

peut également développer ses capacités d'initiatives pour réagir à une situation et la faire évoluer à travers le personnage qu'il a choisi de jouer.

Évacuer la rentabilité

Une condition essentielle de l'impact positif de la pratique artistique sur la santé des personnes est son indépendance de tout objectif de rentabilité. Cet objectif peut exister au niveau individuel, et se manifester par l'expression d'un souhait de progression professionnelle et sociale au travers de la participation au jeu dramatique. Il est également présent au niveau institutionnel, où la pression du « retour sur investissement » est permanente. Une utilisation optimale de la pratique artistique, en termes de conséquences favorables pour la santé des participants, impose que cette notion de rentabilité soit d'emblée clairement évacuée du projet.

Jacques Frot

Directeur de compagnie théâtrale.

Percevoir la dette symbolique

Lors de la conférence « *Freedom and development* », à Dar es-Salaam en 1973, Julius Nyerere – ancien président de la Tanzanie et considéré comme l'un des personnages représentant la conscience de l'Afrique – déclarait : « *On ne développe pas l'homme : il ne se développe que par lui-même. C'est parce qu'il fait qu'il se développe, par ses propres décisions, en comprenant mieux ce qu'il fait et les raisons pour lesquelles il le fait, en augmentant ses connaissances et ses capacités et en participant entièrement lui-même, sur un pied d'égalité avec les autres, à la vie de la communauté au sein de laquelle il vit.* » Appliquée à la démarche participative en santé, ou démarche communautaire, cette réflexion a une portée opérationnelle forte. Comme en témoignent la charte d'Alma-Ata, en 1978, sur les soins de santé primaire, celle d'Ottawa, en 1986, sur la promotion de la santé, ainsi que la politique de la ville en France, l'idée d'implication des premiers concernés, les « habitants » ou « populations », fait son chemin depuis plus de vingt ans. Cette progression a souvent débuté sur le terrain, à partir du constat d'impuissance fait par

les professionnels ; elle a rarement été le fruit de l'avènement de la démocratie sanitaire.

L'exemple du saturnisme

Dans le champ de la prévention du saturnisme infantile, la situation est complexe. Le saturnisme est une pathologie non infectieuse, non contagieuse, mais socio-environnementale, directement liée au « mal logement », à la dégradation de l'habitat ancien et à l'énorme tension sur le marché locatif, due au déficit de logement social. Les familles concernées sont généralement dans des situations précaires vis-à-vis de l'accès aux droits élémentaires et sont très conscientes de leur fragilité, voire l'intériorisent. Elles savent que cette précarité les met à la merci de tous les abus de pouvoir, y compris avec les institutions publiques. Une famille noire qui cherchera à porter plainte contre son logeur blanc sait les risques qu'elle prend. Ces obstacles doivent donc être pris en considération pour l'action. L'information sur les risques et les droits doit être le plus approfondie possible. L'élaboration d'outils d'information qui puissent être mis en œuvre au domicile même des familles, sur leur terrain, éventuellement énoncés dans leur langue maternelle, est l'un des enjeux.

La prévention : une relation à double sens

Dans le cas du saturnisme, l'incitation des parents à demander eux-mêmes le dépistage de leurs enfants va par exemple dans le sens d'un début de rééquilibrage de la relation très asymétrique usuelle dans le champ de la santé. Les professionnels doivent gar-

der à l'esprit la nécessité de faire « avec » et pas seulement « pour » les gens. Le fondement de l'efficacité de la démarche est le lien qui se crée entre les professionnels et les habitants. Cet aspect est étayé conceptuellement par l'anthropologie du don (1, 2).

Ce n'est en effet que lorsque le professionnel perçoit la dette symbolique qu'il contracte auprès des gens avec lesquels il est amené à travailler qu'il devient conscient que cette relation le transforme, l'enrichit pratiquement, conceptuellement. La relation quitte alors le domaine de la simple prestation, don à sens unique qui met l'autre en situation de récipiendaire nié dans sa compétence symbolique. Le double sens du mot prévention, pour et contre, devrait ainsi plus souvent être pris en compte dans la réflexion sur les actions de santé. E-ducare, même populaire, deviendra alors non plus conduire, mais faire le chemin ensemble, c'est-à-dire coopérer.

Yves Buisson

Chargé de mission Saturnisme.

(1) Marcel Mauss (sociologue français, 1872-1950). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques (1923-1924). In : *Sociologie et anthropologie*, recueil de textes. Paris, Puf, 1950. (Paris : Puf, coll. Quadrige grands textes, 2004 : 481 p.)

(2) Jacques T. Godbout. *Le don, la dette, l'identité. Homo donator vs Homo oeconomicus*. La Découverte/Bibliothèque du MAUSS, 2000. MAUSS : Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales : <http://www.revuedu-mauss.com/>

Marketing social et prévention : la peur, utile ou toxique ?

Est-ce utile de faire peur pour prévenir un comportement, par exemple le tabagisme ? Les experts de ce domaine ont des analyses divergentes. La majorité converge toutefois sur deux points : le recours à la peur peut être efficace mais ne fonctionne qu'auprès d'une partie de la population ; utiliser la peur exige, en complément, de soutenir l'ensemble de la population par des informations, une aide ou une stratégie d'action.

Est-il efficace de faire peur pour modifier et améliorer les comportements des individus ? Cette question préoccupe les chercheurs en psychologie et en marketing social depuis 1953 (1). Dans les lignes qui suivent, nous proposons de répondre à cette interrogation en nous appuyant sur la littérature scientifique existante. Dans un premier temps, nous précisons le contenu d'une campagne de prévention qui fait peur et l'efficacité constatée de cette forme de création dans divers contextes préventifs. Dans un second temps, nous détaillerons les précautions à prendre pour qu'une campagne qui génère une émotion de peur soit le plus efficace possible, c'est-à-dire incite les individus à modifier leur comportement dans le sens souhaité par l'émetteur du message de prévention (arrêter de boire, de fumer...).

Les ressorts de communication des campagnes de prévention qui suscitent la peur

Afin d'émouvoir la cible visée, les stratégies de création suivantes sont utilisées :

- le témoignage, l'expérience douloureuse partagée avec le spectateur : le témoignage a pour objectif de susciter l'empathie de la cible visée afin qu'elle se sente plus concernée par les risques présentés (2) ;
- les risques encourus montrés aux spectateurs : le principe des messages élaborés est de *montrer* (et non pas de décrire avec des mots) les risques graves auxquels le spectateur s'expose s'il continue à adopter le comportement incriminé (fumer, boire, ne pas mettre de préservatif, etc.). Dans la lutte contre

le tabac, cela peut se concrétiser de la manière suivante (images présentées sur les paquets de cigarettes canadiens) :

L'efficacité d'une communication inspirée du marketing social : de quoi parle-t-on ?

Les praticiens qui utilisent le registre de la peur afin d'améliorer l'efficacité des campagnes de prévention, conçoivent cette efficacité aux deux niveaux suivants :

- en premier lieu, pour attirer l'attention et améliorer la mémorisation du message à faire passer auprès des individus auxquels on s'adresse ;
- en second lieu, pour déclencher une motivation, une mise en alerte de l'organisme, une mobilisation de ce dernier pour la fuite, la défense et la protection face aux dangers présentés. La peur étant ressentie comme un inconfort psychologique, les individus qui y sont exposés vont chercher à s'en débarrasser en cessant de fumer, de boire, en conduisant moins vite... La peur générerait la motivation.

Exemple : « Révélation », la campagne de l'INPES primée pour son efficacité

Pour lutter contre le tabac, l'agence Euro RSCG BETC a réalisé en juin 2002, pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, un film qui a marqué un grand nombre de consommateurs français... Un dimanche soir à la télévision et un lundi matin en presse et en radio, une alerte sanitaire a indiqué ceci : « *Un produit de consommation courante contient des traces de mercure, d'acide cyanhydrique et d'acétone. Pour en savoir plus, appeler le 0 800 404 404.* » Quelques heures après cette diffusion, il était révélé au public que le produit concerné était le tabac.

L'impact de ces messages chocs a été fort. Ainsi, près d'un million de consommateurs, pris de panique, ont appelé le numéro Vert après avoir vu le spot. Un post-test réalisé ultérieurement a montré des résultats intéressants : outre des scores de mémorisation et d'agrément élevés, 17 % des fumeurs « heureux » (qui n'avaient aucune envie d'arrêter de fumer) ont eu envie d'arrêter de fumer à la suite de la diffusion de ce message. La campagne « Révélation » a finalement été primée en 2003 dans le cadre du prix EFFIE, qui récompense les campagnes les plus efficaces.

La relation existant entre émotion de peur et efficacité de la persuasion sociale a fait l'objet d'une centaine de travaux scientifiques entre 1953 et 2000, travaux résumés dans des méta-analyses¹ relatant les conclusions obtenues (3-6). Ces synthèses mettent en lumière que plus le niveau de peur ressentie par un individu exposé à un message pré-

ventif est élevé, plus son attitude, ses intentions et les changements de comportement qui en découlent vont dans le sens souhaité par l'émetteur du message.

Il faut toutefois rester prudent face à de tels résultats. En effet, si la majorité des études réalisées sur la peur et la persuasion sociale aboutit à une relation positive, il n'en demeure pas moins que certains chercheurs ont montré une influence défavorable de l'émotion négative ressentie sur la persuasion. Cela s'explique par le fait qu'il existe des conditions à l'utilisation de messages suscitant des émotions fortes.

Les conditions de l'efficacité des messages qui font peur

Les destinataires des messages doivent être en consonance cognitive

Le public auquel s'adresse un message de prévention est hétérogène : certains individus se trouvent en situation de consonance cognitive (les connaissances, attitudes et représentations des individus sont en accord avec les informations qui leur sont données, par exemple, les non-fumeurs face à une communication antitabac), alors que d'autres se trouvent en situation psycho-

logique de dissonance cognitive, c'est-à-dire que la communication présente des informations opposées aux croyances et aux comportements des individus ciblés (par exemple, les fumeurs face à une communication antitabac) (7-9). Or, il a été mis en évidence qu'un individu en état de dissonance cognitive soumis à un message de prévention peut développer différentes stratégies psychologiques de réduction de la dissonance (10) :

- une stratégie dite de défense ou de rejet qui se traduit par un échec de la campagne (atténuation du message de prévention, mise en doute de sa crédibilité,

Adaptation de la prévention en fonction de la motivation à arrêter de fumer

Étapes psychologiques	Précontemplation	Contemplation	Action, maintenance
Forme et contenu du message de prévention	Susciter de la peur, choquer, présenter des risques graves liés au comportement, créer une prise de conscience	Soutenir et encourager, donner des conseils pour passer à l'acte, présenter les bénéfices du comportement proposé	Féliciter, rappeler les bénéfices du nouveau comportement, donner des conseils pour éviter les risques de rechute

sous-estimation des risques, etc.) (11) ;
– une stratégie dite d'action qui se traduit par une efficacité de la campagne.

Les individus en dissonance cognitive ont plus tendance que les autres à développer des stratégies de défense lorsqu'ils ressentent une émotion de peur (11, 12). En conséquence, il peut être plus pertinent d'utiliser sur ce public d'autres formes créatives (humour, information non anxiogène...).

Le message doit être accompagné de solutions à mettre en œuvre pour échapper aux dangers

Rogers (13) puis Witte (14), dans le modèle dit de « motivation à se protéger » et le modèle étendu dit des « processus parallèles », ont mis l'accent sur les conditions nécessaires au déclenchement d'une stratégie d'action (efficacité de la campagne) chez un individu soumis à une émotion de peur. Ainsi ces auteurs préconisent-ils d'accompagner tout message phobique d'aides et de conseils à la mise en place du comportement préconisé. Ce volet « solutions » se traduit par la présentation :

- d'une recommandation jugée efficace pour échapper aux risques présentés (« arrêter de fumer pour éviter les cancers, de conduire vite pour éviter les accidents de la route, mettre un préservatif pour ne pas attraper le sida... ») ;
- d'aides, de conseils et d'actions facilitant la mise en place de la recommandation pour rassurer la cible visée (numéro de téléphone pour obtenir des renseignements sur l'arrêt du tabac, mise à disposition de substituts nicotiques, information sur la manière d'utiliser un préservatif, etc.) (15).

Les destinataires du message doivent être en précontemplation

Prochaska et DiClemente (16) proposent le modèle transthéorique, modèle qui reconnaît que tous les individus n'ont pas le même empressement ni la même volonté à changer leur comportement :

- en « précontemplation », un individu n'a pas l'intention d'arrêter un comportement donné (fumer, boire...) dans les six mois, il n'est pas motivé ;
- en « contemplation », un individu a l'intention d'arrêter un comportement donné dans les six mois, il est motivé mais ne passe pas à l'acte ;
- en « action » ou en « maintenance », un

individu a modifié son comportement dans le sens souhaité.

Andreasen (17) préconise d'adapter la forme des messages préventifs au stade de motivation dans lequel se trouve la majorité de la cible visée (voir *Tableau page 46*).

Les campagnes précédentes n'ont pas utilisé le même registre créatif

Enfin, l'une des conditions à l'efficacité des campagnes de prévention qui font peur est de prendre en considération le contexte dans lequel le message est diffusé. En effet, Hastings et MacFadyen (18) font remarquer que

des messages phobiques se révèlent moins pertinents lorsqu'ils sont souvent répétés car la répétition provoque finalement une lassitude chez la cible visée, voire un rejet du message diffusé.

Karine Gallopel

Maître de conférences

Centre de recherche en économie et management (Crem)

UMR CNRS, IAE/IGR, Rennes.

1. Une méta-analyse est une synthèse quantitative des résultats de recherches réalisées sur un thème particulier. Une méta-analyse produit un regard objectif et synthétique de la littérature scientifique existante et se révèle nécessaire dès lors que les recherches sur un thème sont abondantes et complexes.

► Références bibliographiques

- (1) Janis I.L., Feshbach S. *Effects of fear-arousing communications*. The Journal of Abnormal and Social Psychology 1953 ; 48 (January) : 78-92.
- (2) Bagozzi R.P., Moore D.J. *Public Service Advertisements: Emotions and empathy guide prosocial behavior*. Journal of Marketing 1994 ; 58 : 56-70.
- (3) Booster F.J., Mongeau P. *Fear-arousing persuasive communications*. Communication Yearbook 1985 ; 8 : 330-75.
- (4) Mongeau P. Another look at fear arousing messages. In : Allen M., Preiss R. (eds). *Persuasion: Advances through meta-analysis*, Cresskill, NJ, Hampton press, 1998 : 53-68.
- (5) Sutton S.R. Fear-arousing communications: a critical examination of theory and research. In : *Social Psychology and Behavioral Medicine*. Richard Eiser (eds). London : John Wiley and Sons, Inc, 1982 : 303-37.
- (6) Witte K., Allen M. *A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns*. Health Education and Behavior 2000 ; 27 (5) : 591-615.
- (7) Festinger *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, Il., Harper Row, 1957.
- (8) Gallopel K., Lesage C. *Prise en compte du phénomène de dissonance cognitive pour accroître l'efficacité des campagnes anti-tabac sur une cible de jeunes Français*. Revue Politique et Management Public 2003 ; 21 (4) : 86-116.
- (9) Gallopel K. *La peur est-elle efficace dans un contexte français de lutte contre les comportements tabagiques ?* Décisions Marketing, à paraître, 2005, n° 37.
- (10) Levanthal H. *Findings and theory in the study of fear communications*. Advances in Experimental Social Psychology 1970 ; 5 : 119-86.
- (11) Stuteville J.R. *Psychic defenses against high fear appeals: a key marketing variable*. Journal of Marketing 1970 ; 34 (2) : 39-45.
- (12) « Peur et persuasion : une étude empirique dans un contexte français de lutte contre le tabac ». Actes du 18^e congrès de l'Association française de marketing, 23-24 mai 2005, Lille, tome 1 : 351-74.
- (13) Rogers R.W. *A protection motivation theory of fear appeals and attitude change*. The Journal of Psychology 1975 ; 91 : 93-114.
- (14) Witte K. Fear as motivator, fear as inhibitor: using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures. In: *Handbook of Communication and emotion: research, theory, applications and contexts*. Academic Press 1998 : 423-50.
- (15) Maddux J.E., Rogers R.W. *Protection motivation and self efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change*. Journal of Experimental Social Psychology 1983 ; 19 (September) : 469-79.
- (16) Prochaska J.O., DiClemente C.C. *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1982 ; 51 : 390-5.
- (17) Andreasen A.R. *Marketing social change*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1995.
- (18) Hastings G., MacFadyen L. *The limitations of fear messages*. Tobacco Control 2002 ; 11 : 73-5.

Le lecteur intéressé par une bibliographie plus complète sur le thème « peur et persuasion sociale » pourra s'adresser à karine.gallopel@univ-rennes1.fr

Regard sur les actions

Afin d'illustrer les articles consacrés aux ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, les coordinateurs du dossier ont rassemblé plusieurs exemples d'actions, sur lesquels quelques-uns des auteurs de la première partie du dossier ont bien voulu porter un regard critique. Ces cinq actions représentent un bref tour d'horizon des interventions actuellement mises en oeuvre dans différents domaines de l'éducation pour la santé : l'éducation pour la santé en milieu scolaire, l'éducation du patient, l'atelier santé auprès des publics démunis, l'action d'éducation populaire en milieu du travail et l'action de communication médiatique. Ces présentations d'actions ont été homogénéisées autant que possible, de façon à favoriser l'expression de commentaires par les auteurs de la première partie du dossier qui ont accepté de se prêter à l'exercice dans le laps de temps limité qui leur était imparti... Ces auteurs sont Anne Lacroix, Jeanine Pommier, Karine Gallopel et Éric Le Grand.

C. F.

Action d'éducation thérapeutique du patient asthmatique

La démarche¹ présentée ici a été élaborée à partir des conclusions d'une analyse des besoins de médecins et de patients asthmatiques.

Objectif

La démarche éducative vise à donner au patient (et à son entourage si le patient le souhaite) les moyens de :

- comprendre la maladie et le traitement ;
- optimiser la relation soignant/soigné ;
- maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Méthodologie

Une intervention collective d'éducation thérapeutique du patient a été mise en place afin de pouvoir bénéficier d'une dynamique de groupe. Des médecins, sollicités pour fournir une liste de patients, ont joué le rôle de sensibilisateurs et de prescripteurs des séances éducatives ; ces dernières ont été confiées à des animateurs spécifiquement formés, à savoir des professionnels de l'éducation thérapeutique du patient ayant une formation initiale en sciences sociales.

Les groupes (huit personnes au maximum) comprenaient des patients asthmatiques à différents stades de gravité de la maladie et de catégories socioprofessionnelles diverses. Baptisées « rencontres de l'asthme », les séances se sont tenues à proximité du domicile des patients dans différents lieux (salles municipales, salles d'attente, etc.). Leurs dates et horaires ont été laissés à l'initiative des malades afin de favoriser leur implication. Elles reposaient sur un principe de faible directivité, permettant aux participants de mettre à jour leurs représentations de la maladie, d'exprimer leur vécu et ressenti de la maladie, d'échanger sur leurs pratiques, de mettre en com-

mun leurs savoirs... L'approche choisie favorisait ainsi le développement personnel de l'asthmatique par une prise de conscience de la maladie et de ses enjeux, facilitée par le témoignage d'un tiers atteint de la même maladie.

Déroulement des séances

Après des essais durant une année exploratoire, un modèle en quatre séances de deux heures a été retenu. La plupart des points abordés lors des séances étaient déterminés à l'avance et ont nécessité la création d'outils pédagogiques spécifiques. Des sujets non programmés, comme le tabagisme ou les traumatismes générés par la maladie, ont aussi pu être abordés en fonction des besoins des participants. Les techniques classiques d'animation de groupes de paroles et de résolution de problèmes ont été utilisées : paraphraser, normaliser, mettre des limites de temps, partager la charge émotionnelle, accepter la différence, responsabiliser, prendre conscience du ressenti, résumer, etc. À la fin de chaque séance, un compte rendu était fait au médecin qui avait adressé le patient afin d'optimiser la suite de son accompagnement thérapeutique.

1^{ère} séance

Objectif : prendre conscience des différentes dimensions de la maladie.

Points abordés : vécu, ressenti, représentation de l'asthme, gênes, causes et conséquences perçues de l'asthme, de la crise et sa prise en charge.

2^e séance

Objectif : appréhender la gestion de la crise d'asthme et la surveillance de l'asthme.

Points abordés : vécu de la dernière crise d'asthme importante, identification des signes

« d'avant » crise, identification des facteurs déclenchants, conduite à tenir en cas de crise.

3^e séance

Objectif : construire un savoir opérationnel sur l'anatomie et les symptômes (physiopathologie), c'est-à-dire un savoir utile à la prise en charge de l'asthme.

Points abordés : représentation et fonctionnement de l'appareil respiratoire et des bronches, crise d'asthme (inflammation bronchique, bronchospasme, hypersécrétion).

4^e séance

Objectif : maîtriser l'utilisation des traitements de l'asthme.

Points abordés : représentation des traitements de l'asthme, construction de leur action en lien avec la physiopathologie de l'asthme et de la crise, intérêt de la voie inhalée et techniques de prise des traitements inhalés.

Ce programme, initié en septembre 1999 dans la région bordelaise, a fait l'objet d'une évaluation de processus et d'impact. Ce programme est toujours appliqué et il a été décliné sur différentes pathologies.

Jérôme Foucaud,

Doctorant en sciences de l'éducation, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES,

André Taytard,

Chef de service des Maladies respiratoires, CHU de Bordeaux.

1. Cette expérimentation a été réalisée avec l'aide de la société Geri-Communication.

Commentaires

► Aspects positifs :

- Il est essentiel de partir des besoins des médecins et des patients pour construire une action pertinente et efficace (c'est la base du marketing social)
- Cette action est intéressante sur le plan de la mise en œuvre : horaire, lieu... adaptés aux patients
- La méthode en groupe est appropriée ; elle permet de dédramatiser le thème, de motiver, de créer l'émulation...
- Il est pertinent de « pré-tester » les séances au cours d'une année exploratoire avant la mise en œuvre finale (préconisé en marketing social)
- Il est pertinent d'impliquer à la fois les malades et les médecins

Critiques, remarques :

- Il aurait été intéressant de connaître l'impact et les indicateurs utilisés pour évaluer l'efficacité de ce programme

K. G.

Malgré une prise en compte des représentations des patients, cette action évoque une approche très biomédicale de l'éducation pour la santé du patient... approche annoncée dans le qualificatif « thérapeutique ». Elle apparaît exclusivement axée sur la pathologie, et le travail de prise en compte de la réalité sociale et environnementale des patients, n'est pas explicitement présenté.

J. P.

► Le choix de réunir des patients atteints de la même maladie permet la stimulation par la confrontation de points de vue et de vécus. Je relève deux points clefs :

- la participation volontaire quoique téléguidée par le médecin ;
- l'animation assurée par un ou des professionnels du soin et de l'éducation thérapeutique s'appuyant sur une formation en sciences sociales.

Le but n'est pas le développement personnel des participants mais une meilleure adaptation à leur

état de santé ; il semble que soient associés ici la référence aux expériences princeps de K. Lewin concernant la supériorité du groupe interactif par rapport aux exposés magistraux ou aux entretiens individuels quant aux changements de comportements, et les principes didactiques reconnus plus récemment en pédagogie. On pense aux travaux de Ph. Meirieu : *Apprendre oui, mais comment ?*, ESF, 1987, ou *Apprendre en groupe*, in *Chronique sociale*, 1992, d'A.N. Perret-Clermont : *Recherche en psychologie sociale et activité éducative*, in *Revue française de Pédagogie*, 1980, ou d'A. Giordan : *Conceptions et connaissances*, Peter Lang, Berne 1994, etc.

Tout en reconnaissant le bien-fondé de ces actions, il n'en demeure pas moins que certains patients dûment enseignés ne parviennent pas à consentir à la réalité de la maladie. Il conviendrait de prendre en compte le vécu psychique de ces patients.

A. L.

Un atelier santé pour développer les compétences psychosociales

Le contexte théorique de l'action

Le protocole de mise en œuvre de l'atelier santé a été élaboré à partir de l'analyse des données d'une recherche-action réalisée auprès de personnes hébergées en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

De nombreux thèmes ont émergé de l'analyse, comme l'accès aux soins, l'image de soi, la parentalité, le bien-être, l'environnement... L'axe d'intervention à sélectionner parmi ces thèmes devait remplir plusieurs conditions :

- il devait correspondre à une démarche collective, de manière à pouvoir être abordé dans un CHRS, mais aussi permettre une prise en compte de la spécificité de chaque public ;
- il devait permettre l'application d'une démarche éducative ;
- il ne devait pas être source de mal-être pour les participants – limite imposée par l'utilisation de la dynamique de groupe avec des personnes ayant des trajectoires de vie difficiles.

La perception des professionnels a également été un critère de choix, en particulier leurs expériences antérieures avec ces publics et leur envie d'expérimenter de nouvelles démarches.

Objectifs

- Mettre à jour et conforter les connaissances des personnes sur les thèmes de santé abordés ;

- travailler sur les savoirs/savoir-faire/savoir-être des participants ;
- développer leurs compétences psychosociales.

Méthodes

Les ateliers ont été construits comme des espaces de rencontre où une large place était laissée au débat, à l'expérimentation et à la créativité des participants. Chaque atelier santé, se déroulant sur quinze jours consécutifs, a été davantage vécu comme une expérience de vie que comme un temps d'animation. L'ensemble du triptyque savoirs/savoir-faire/savoir-être a été décliné dans chacune des activités.

Des échanges avec les participants ont permis d'évaluer leurs connaissances, de faire émerger les stéréotypes et les idées fausses, et donc de s'assurer de la compréhension des éléments de savoir apportés dans le cadre de l'action.

Chacun a reçu des informations en santé lui permettant d'explorer des alternatives de comportements et de faire des choix lui paraissant appropriés à son contexte de vie, après en avoir évalué les conséquences possibles sur sa propre santé et celle de son entourage. Le

jeu « D'Stress » a par exemple été support d'animation.

Pendant les activités, chaque participant devait pouvoir s'exprimer et prendre une part active. En effet, la dynamique de groupe dans laquelle les participants s'inscrivaient devait aussi les aider à accroître leur confiance en eux-mêmes, leur confiance en autrui, et leur capacité à être actif. Chacun était encouragé à prendre la parole, donner son avis, écouter les autres.

La technique du photolangage® a été utilisée pour aborder les représentations sociales et les croyances relatives à la santé. Cette technique permet à chacun de s'exprimer, de débattre, mais aussi de cerner l'univers social et culturel de chacun, ainsi que la conscience collective et individuelle dans les divers domaines abordés.

Les savoir-faire ont été sollicités dans des ateliers cuisine, des créations d'affiches de communication, des mises en pratique, des activités esthétiques et physiques. Chaque participant a été mis en situation d'exprimer ou ré-exprimer son savoir-faire dans le cadre de ces activités, sans prendre le risque d'un jugement de ses réalisations.

Impact de l'action

Le temps des rencontres en groupe, le travail sur la dynamique du groupe, ont permis à chacun de trouver sa place, son rôle dans le groupe, de développer ses capacités de communication interpersonnelle, son respect de lui-même et des autres, et donc son estime de soi.

Sarah Vozelle

Coordinatrice, Comité d'éducation pour la santé de Meurthe-et-Moselle, Nancy.

Commentaires

► Approche positive de la santé centrée sur le bien-être. C'est une démarche d'éducation pour la santé, centrée sur l'individu et qui cherche le développement de savoirs, savoir-être et savoir-faire laissant la place à l'expérimentation, à l'appropriation et à la prise en compte des représentations d'autrui. C'est une approche de l'éducation pour la santé qui doit permettre le développement optimal des capacités individuelles dans le champ de la santé, du rapport au corps, de l'attitude à s'exprimer, à agir, à se prendre en charge.

J. P.

► Je trouve cette expérience intéressante, à savoir que le but avoué est de restaurer une certaine estime de soi par le biais du thème de la santé. Les références théoriques et surtout méthodologiques semblent assez éclectiques : utilisation de la dynamique de groupe, ateliers, créativité. Le partage et la confrontation n'engendrent pas forcément d'effets immédiats mais peuvent entrouvrir une porte vers une meilleure image de soi... et des autres.

A. L.

Prévention des toxicomanies à l'école primaire

Objectifs

Mener une réflexion avec les enfants, qui les conduise à faire des choix. Permettre aux enfants d'accroître leurs capacités à agir, choisir et décider d'une manière autonome et responsable, et de développer leurs aptitudes à affronter la réalité et à faire face aux conflits.

Méthode

Méthode dite « Jeux d'enfants », élaborée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, qui s'adresse à des enfants de 7 à 9 ans. Méthode globale de prévention des toxicomanies qui s'inscrit dans une démarche de développement des compétences psychosociales.

Trois types de conflits abordés au travers de cette démarche

– Conflit affectif : dû à des facteurs internes à l'individu (entre désirs, sentiments, contradictions, etc.) ;

– conflit relationnel : se manifeste par une opposition entre individus ;

– conflit perceptif ou cognitif : découle d'une opposition entre perception, croyance d'un individu et non-confirmation de la réalité.

Description d'un jeu concernant le conflit relationnel : « la maison des rêves »

L'objectif est de créer une situation qui per-

mette aux enfants de vivre ce type de conflit dans une conjoncture favorable. Ils sont amenés, avec cette activité, à découvrir des instruments de dépassement du conflit.

Un magicien sollicite les enfants pour l'aider à trouver des idées. En effet, ce magicien construit habituellement des maisons à partir de sa baguette magique, mais il est en ce moment bien malheureux car plus aucun projet de maison ne lui vient à l'esprit. Les enfants doivent donc dessiner une maison de rêve sur une feuille magique. Mais le nombre de feuilles n'étant pas suffisant pour toute la classe, les enfants doivent se regrouper par deux et dessiner ensemble la maison de leurs rêves.

Commentaires

► Aspects positifs

- Cette action prend en compte la pression du groupe dont l'effet a été largement démontré en psychologie sociale.
- Le contexte ludique suscite des émotions et des réactions de la part des enfants, c'est une excellente manière de les impliquer.

Critiques, remarques

- Les objectifs de l'action sont à fixer dans le temps (trois années scolaires par exemple) pour éventuellement en vérifier l'efficacité. Il conviendrait de réfléchir à une méthode pour vérifier l'impact à long terme de ce jeu.
- Le lien avec les toxicomanies est ténu. Les enfants pourront-ils tirer partie de cet exercice quand ils seront exposés à une offre de drogue, d'herbe ? Il serait intéressant de rajouter une discussion sur le lien entre ce jeu et une situation de proposition de substances dangereu-

ses (où les enfants devront, de la même manière, faire des choix). Toujours dans cette discussion, on pourrait susciter l'émergence de croyances et de perceptions négatives par rapport à la drogue, ce qui est nécessaire (mais pas suffisant) pour prévenir les comportements à risque.

- Il est essentiel de poursuivre ce jeu par d'autres actions ; des études réalisées aux États-Unis et au Canada ont en effet montré que l'éducation pour la santé à l'école n'est pas efficace si elle constitue la seule méthode utilisée (Goldberg M.E., Fishbein M., Middlestadt S.E. *Social Marketing: Theoretical and practical perspectives*, 1997, Chap 12: *Does anti-smoking advertising combat underage smoking? A review of past practices and research*).
- Il est essentiel de pratiquer l'éducation pour la santé à l'école, de façon à faire naître chez

les enfants des attitudes et des croyances négatives par rapport aux substances dangereuses.

- Ensuite, avec des enfants plus grands (11-12 ans), il est important de prendre le relais avec des campagnes médiatiques montrant les effets sociaux indésirables du comportement incriminé, c'est-à-dire cassant l'image positive de la drogue, de la cigarette, de l'alcool...).

K. G.

► Cette approche ludique semble participer de la position philosophique de Jean-François Malherbe dans son ouvrage *Autonomie et Prévention, alcool, tabac, sida dans une société médicalisée* (1994). Ce genre d'action devrait être poursuivie avec d'autres modalités à l'adolescence.

A. L.

Les groupes sont constitués au hasard, pour deux raisons. D'une part, cela permet aux enfants de mieux accepter celui ou celle avec qui ils devront travailler ; d'autre part, le hasard « organise » des groupes que l'enseignant n'aurait pas osé mettre en place, de peur que le conflit ne dégénère. À la fin du jeu, une discussion est organisée afin que les enfants prennent conscience des difficultés qu'ils ont rencontrées et de ce qu'ils ont mis en place pour les surmonter. Cela permet également aux enfants d'élargir ce qu'ils viennent de vivre à d'autres situations similaires et éventuellement de généraliser à des conflits d'adultes (il est par exemple arrivé d'aborder les conflits internationaux avec des classes de CM 2).

Ces jeux sont organisés en deux séances de deux heures environ, espacées de dix à vingt jours. La deuxième mise en jeu amène à choisir le plus beau dessin pour le magicien. Cette situation permet aux enfants d'échanger sur la difficulté à faire des choix, les critères sur lesquels se fondent ces choix et la valeur relative, voire arbitraire, de la désignation du vainqueur.

Comme pour les six jeux de la méthode, la démarche est donc la suivante :

- mise en situation ;
- prise de conscience ;
- élargissement ;
- généralisation (en parcourant une seconde fois les étapes précédentes).

Les débats (pour les phases de prise de conscience et d'élargissement) sont évidemment plus ou moins longs selon l'âge des enfants. Les enseignants les reprennent en général à plusieurs reprises. Il arrive également qu'un catalogue de solutions pour régler un conflit relationnel soit réalisé. Ce catalogue est ensuite affiché dans la classe et reste une référence évolutive à laquelle on peut faire appel quand une situation apparaît, par exemple une dispute dans la cour de récréation.

Pascal Troux

Animateur au comité départemental de Prévention de l'alcoolisme (CDPA) de Haute-Saône,

Élisabeth Ferry

Médecin conseiller technique auprès de l'inspecteur d'Académie de Haute-Saône.

« Si j'avais su... » : un débat théâtral pour la prévention de la consommation de l'alcool au travail

Il reste extrêmement difficile d'évoquer la consommation régulière d'alcool au travail, tant on a peur des conséquences de cette parole et tant on redoute de stigmatiser les personnes à travers leur comportement.

Modalités de création

Un groupe relais constitué de salariés volontaires d'une entreprise et de représentants de la mutuelle de cette entreprise a été créé pour faire le point sur la question au sein de l'entreprise et recenser les situations qui font problème. C'est ce groupe qui a été rencontré pendant trois heures pour mettre au point le cahier des charges du débat théâtral.

La difficulté à parler franchement du problème, la parole qui ne fonctionne que par allusions gênées se révélèrent très vite comme le nœud même du débat : c'était moins les situations qui s'avéraient gênantes que l'extrême difficulté à en parler, par peur de dénoncer par mégarde un collègue et de

lui faire perdre son travail. Le contenu importait moins que la manière dont on en parlait !

La pièce tournerait donc « autour du pot », comme la discussion l'avait fait. Cette option trouverait non seulement sa traduction dans les situations jouées mais aussi dans la mise en espace de la pièce : un bar avec bouteilles serait au centre du dispositif de jeu et tout le monde tournerait autour, en ne faisant semblant de rien !

Le contenu de la pièce

Un prologue permet tout d'abord de questionner les aspects banalisés de l'alcool au travail et toutes les « bonnes » occasions d'en consommer (rituels de convivialité, rites virils, réjouissances festives, plaisirs liés à la table, moyen d'apaiser le stress, etc.).

« Si j'avais su... » raconte ensuite l'histoire d'un salarié qui, sous l'emprise de l'alcool, finit par provoquer un accident de la route en sortant de

son travail. « Était-ce inéluctable ? » se demande rétrospectivement tout son entourage professionnel, chacun se remémorant ce qu'il n'a pas dit ou pas fait. Ne pas avoir eu le courage de lui parler franchement lorsqu'il sentait l'alcool dès le matin, ne pas avoir suffisamment appuyé la démarche d'une collègue auprès du chef de service par peur de commettre un acte de dénonciation, ne pas avoir trouvé les bons mots pour parler du problème au chef de service, lui-même jugeant ne pas avoir parlé en termes assez clairs (n'aurait-il pas mieux valu avertir plus explicitement, voire sanctionner ?), son meilleur ami, qui regrettait la dernière tournée ayant précédé l'instant de l'accident. Puis, on demande aux spectateurs ce qu'ils auraient fait à la place de ces personnages.

Le déroulement des séances

Le meneur de jeu explique les règles de jeu avant que la pièce soit représentée une première fois. À la fin de cette première représentation et avant de lancer le débat théâtral, le meneur de jeu demande si les situations jouées peuvent arriver dans la réalité : tout le monde étant d'accord pour dire que cela peut arriver, les professionnels rejouent leurs scènes, en invitant les spectateurs à les interrompre dès qu'ils ne sont pas d'accord avec ce qui se passe.

Les interventions des spectateurs se succèdent pendant une heure, contribuant à montrer comment une parole peut advenir sans causer de tort à l'une ou l'autre des parties et sans faire perdre la face au consommateur d'alcool, tout en ne passant pas sous silence son comportement.

Commentaires

► Aspects positifs :

- La méthode est intéressante pour aborder un sujet tabou.

Critiques, remarques :

- Il est judicieux de mesurer l'efficacité sur l'adhésion et les conversations générées, mais il aurait été intéressant de mesurer également un impact éventuel sur la perception de la consommation d'alcool et sur les intentions de ne pas trop consommer d'alcool sur le lieu de travail par la suite.

- Il est essentiel d'accompagner ce dispositif d'une formation pour les infirmières/médecins des entreprises où se déroule cette action (information sur le sevrage...).

K. G.

- Cette expérience me semble relever du domaine très large de l'Art thérapie avec l'utilisation du théâtre, mais les sources ne me sont pas familières.

A. L.

L'impact de l'action

Par l'intermédiaire d'un questionnaire d'impact distribué au public à la fin de la séance, on constate un degré d'adhésion très élevé du personnel de l'entreprise à ce genre d'action et à la

méthode utilisée, avec un taux de satisfaction approchant les cent pour cent.

Plus significatif encore est ce qui a été rapporté plus tard par les membres du groupe relais : les

langues se sont déliées après la séance et les gens parlent plus facilement du problème.

Bernard Grosjean

Directeur de la Compagnie Entrées de jeu, Paris.

« Zéro alcool pendant la grossesse »

Action de communication médiatique

Objectif de l'annonce

Faire connaître à tous les publics, et notamment à l'entourage des femmes enceintes, la notion d'abstinence pendant la grossesse.

Méthode

Il s'agit d'inciter les femmes enceintes à s'abstenir de boire de l'alcool pendant leur grossesse à travers un message simple paru dans la presse : « Zéro alcool pendant la grossesse ». La création joue sur des codes familiers pour la femme enceinte, en utilisant un univers graphique propre aux faire-part et carnet de naissance. Elle place le « 0 alcool » au cœur des habitudes et recommandations liées à la grossesse.

L'aspect injonctif du message est tempéré par :
– un texte explicatif qui explique le sens de l'abstinence ;
– le « 0 » apparaît dans une liste assez humoristique, ce qui le rend moins « agressif ».

Résultats du post-test de l'annonce

Femmes enceintes (base : 199)

Mémorisation spontanée

« Je vais maintenant vous montrer une annonce qui est parue dans plusieurs magazines récemment. Vous souvenez-vous l'avoir vue ? »
oui 13 %, non 87 %

Agrément

« De façon générale, avez-vous aimé cette annonce ? »
oui vraiment 38 %, oui assez 41 %, non pas tellement 16 %, non pas du tout 1 %, nsp 4 %

Raisons avancées

« Pourquoi ? » (Question ouverte - Réponses spontanées)

• De l'agrément

– Elle résume bien les neuf mois de grossesse, ce qu'il faut faire et ne pas faire pendant sa grossesse, représente les mois, le temps de la grossesse, elle reflète bien la réalité, révélatrice du quotidien : 26 % ;
– elle informe bien, le message est clair, c'est clair, elle est bien faite, elle est intéressante : 21 % ;
– elle informe, sensibilise les femmes enceintes

sur la consommation d'alcool, sur l'alcool, sur les risques pour le bébé, sur le fait qu'il ne faut pas boire pendant la grossesse, les incite à ne pas boire : 13 % ;

– le « 0 alcool » est bien visible : 6 % ;
– elle n'est pas angoissante, elle est « soft », elle n'est pas violente : 2 % ;
– elle est sympathique, marrante, rigolote, originale, humoristique, drôle, amusante : 29 % ;
– jolie écriture, elle ressemble à un poème, jolis caractères, agréable à lire, bien formulée, donne envie de la lire : 17 % ;
– elle est attrayante, les couleurs sont jolies, elle est agréable à regarder, attirante : 15 % ;
– elle ressemble à un faire-part, un menu : 10 % ;
– c'est mignon, doux, gentil : 6 %.

• Du non-agrément

– Elle n'est pas assez percutante, marquante,

ne tape pas à l'oeil, trop discrète, pas assez agressive : 11 % ;

– le texte est trop long, préfère les pictogrammes, serait mieux avec un dessin : 8 % ;
– elle est trop mielleuse, trop « rose », trop à l'eau de rose, trop faire-part, trop mignonne, trop stéréotypée, elle ne fait pas assez sérieux : 7 % ;
– elle n'est pas claire, n'informe pas assez : 5 % ;
– l'inscription « 0 alcool » n'est pas assez visible, pas assez percutante, à mettre en premier, n'insiste pas assez sur l'alcool : 4 % ;
– désaccord avec le contenu/Information déjà connue : 3 %.

Anne Ramon

Directrice de la communication et des outils pédagogiques, INPES, Saint-Denis.

Commentaires

► Cette action de communication grand public est centrée sur une approche normative qui n'est pas nécessairement accompagnée d'un débat à l'échelon plus local. Il serait intéressant de savoir plus précisément auprès de quelle population a été réalisé le post-test. L'impact de cette campagne est-il le même auprès des femmes qui consomment de l'alcool et auprès de celles qui n'en consomment pas ? La possibilité d'un effet de blâme de la victime a-t-elle été évaluée ?

J. P.

► Aspects positifs :

• Il s'agit d'une action médiatique essentielle pour faire connaître un comportement pouvant comporter des risques et dont les méfaits ne sont pas très connus de la cible visée (cible en pré-contemplation).

• Le ton est adapté, il est inutile d'utiliser des messages « choc » ; il s'agit seulement ici de faire connaître et d'informer sur un problème dont on parle très (trop) peu.

Critiques, remarques :

• Concernant l'efficacité : il serait intéressant de comparer les scores obtenus avec des scores « standards » que l'on obtient à partir d'autres communications sociales (le 13 % paraît faible, mais il ne l'est peut-être pas au regard des scores obtenus dans ce type de campagne).

• Une communication est efficace si elle a été mémorisée, si elle a eu un impact sur les croyances et si elle donne envie de se comporter dans le sens souhaité par l'émetteur du message. C'est pourquoi il aurait été intéressant de tester également les croyances et les intentions comportementales dans le post-test (après la communication : perception que boire pendant la grossesse est dangereux, intentions fortes d'arrêter sa consommation d'alcool si enceinte, etc.).

• Il est essentiel, pour améliorer l'efficacité d'une telle campagne, de toucher des cibles qui ont une influence sur les femmes enceintes et qui sont crédibles à leurs yeux (prescripteurs, leaders d'opinion) : gynécologues, médecins, sages-femmes, journalistes (retombées presse dans des revues pour femmes enceintes et pour les femmes en général), hôpitaux... (mais la difficulté peut être liée à un budget évaluation limité).

K. G.

► Selon Taylor (1985), les campagnes médiatiques sont peu efficaces pour changer les comportements. Elles doivent plutôt être utilisées en complément d'autres techniques comme la participation active des individus. Cf. Persuasion et santé publique, Fabien Girandola, et al. (2002) ou les nombreuses recherches rassemblées dans les travaux de Serge Moscovici.

A. L.

La laveuse, la couturière et la cuisinière

Sociologue, Éric Le Grand a examiné les ressorts de chacune des actions d'éducation pour la santé présentées ci-avant. De la diversité des faire et savoir faire, il ressort que l'éducation pour la santé s'articule schématiquement autour de trois métiers : celui de laveuse pour avoir les idées claires sur la santé, de couturière pour tisser le lien social ou « vivre ensemble », celui de cuisinière pour – partant des ingrédients de l'expérience – donner piment et saveur à sa vie.

Façons de dire, façons de faire... Reprendre le titre de ce magnifique ouvrage ethnologique¹, illustre bien la spécificité des actions présentées ci-avant. Si celles-ci montrent une infime partie de la richesse des axes possibles de l'éducation pour la santé, elles symbolisent aussi des façons de « la » dire et des façons de « la » faire différentes, ainsi le corpus théorique et pratique de celle-ci n'est ni appréhendé ni agi de la même façon pour tous les porteurs de projet.

Façon de dire... L'éducation

Le sens des mots pour exprimer des maux prend ici toute son importance. En effet, lorsque l'action présentée a pour titre « *Éducation thérapeutique du patient asthmatique* » (cf. p. 48), la première acception du terme thérapeutique relève du soin, et d'un soignant expert voulant domestiquer le corps de l'autre. En quelque sorte, parler ici de thérapie renvoie à l'image d'un soignant expert détenteur d'un savoir. D'une certaine façon, ce modèle éducatif se rapproche d'Émile Durkheim, où seuls les détenteurs d'un savoir expert – ici médical – distillent leurs bons conseils. D'ailleurs, nous pouvons trouver trace de ce modèle au sein même de l'action, comme par exemple : « prescripteurs des séances éducatives » ou sur un principe de « faible directivité ».

L'article « *Zéro, alcool, pendant la grossesse* » (cf. p. 52) montre une autre manière de dire l'éducation pour la santé. Si nous pouvons nous interroger sur la faible représentativité du nombre de personnes pour l'évaluation, il ressort que les raisons de l'agrément et du non-agrément à ce message sont parfois similaires. Cela montre que, sur les questions de santé, les messages de prévention, qu'ils s'appuient sur l'humour, sur l'évocation du risque, ou sur la peur, engendrent chez les individus des réactions diverses qui ne peuvent tenir lieu d'enseignements sur ce que ressent vraiment l'opinion au sens large. D'ailleurs, qui sont ces répondants à l'évaluation ? Quelle est leur appartenance professionnelle, sociale, culturelle, familiale ? En effet, le degré de perception et de compréhension d'un message ne peut s'entendre et se comprendre qu'au regard de ces éléments. Ne pas prendre en compte ces différences peut amener à renforcer les inégalités sociales dans l'accès à l'information. Par ailleurs, le message donné suppose un individu

qui lit, qui entend, qui interprète et agit de manière rationnelle. C'est que souligne Luc Berlivet, politiste (CNRS) « *Derrière ces nouvelles méthodes apparaît un "implicite individualiste" selon lequel l'individu va être amené à rompre, par une sorte de nécessité interne, avec un certain nombre de pressions sociales jugées néfastes... Loin de prétendre restreindre les attitudes dans un cadre comportemental défini a priori, l'éducation pour la santé se base sur l'idée selon laquelle se réaliser pleinement comme individu va de pair avec l'adoption d'un style de vie faisant l'économie des comportements à risques dangereux pour l'organisme autant qu'aliénants* »². Dès lors, il ne faut pas oublier qu'une communication en éducation pour la santé ne peut être totalement efficace que si – et seulement si – des acteurs-relais développent des actions de proximité s'inscrivant dans le respect de la Charte d'Ottawa.

À la lecture de toutes ses actions, la façon de dire l'éducation pour la santé repose justement sur la verbalisation de la santé, en mettant des mots sur des maux, sur une souffrance, un déni, comme dans « *Si j'avais su* » (cf. p. 51). En éducation pour la santé, il faut parler, témoigner, comme si les éducateurs se transformaient en shaman³ prenant le mal de l'autre, le faisant partager aux autres membres du groupe et lui redonnant sens. Mais ne pourrions-nous pas nous interroger sur ce trop plein de paroles et/ou sur la nécessité de parler ? Et ne sommes-nous pas à la frange du thérapeutique, même si nous nous en défendons ?

Façon de faire... L'éducation...

Nous pourrions dire que pour faire ces actions, ces acteurs développent une métis grecque chère à J. Pierre Vernant⁴. Cette métis qui s'oppose à la thémis, suppose l'utilisation de ruse, de stratagème, permettant d'atteindre un but. C'est ce que nous lisons dans l'action sur l'alcool en milieu de travail, qui pose le problème du déni et des moyens pour y recourir (ici le théâtre). Mais c'est aussi l'intrusion de l'imaginaire pour des enfants dans un mode de résolution de conflits. Pour autant, l'utilisation de cette métis (qu'elle soit issue d'une théorie, ou de l'expérience pratique) ne pose-t-elle pas une question de fond ? Si nous prenons en compte le vécu des personnes et leurs représentations de la santé, n'orientons-nous pas de manière

cachée, ce vers quoi nous voulons qu'ils aillent ? C'est-à-dire de bons comportements de santé ! En ce sens, le discours de l'éducation pour la santé n'est-il pas teinté d'une douce démagogie, ou d'une douce manipulation ?

Un autre point qui semble acquis dans plusieurs actions décrites est le développement d'une dynamique de groupe comme élément intrinsèque d'une action d'éducation pour la santé. Si les nombreux bienfaits du groupe existent, il serait intéressant de se pencher sur ce qu'est cette dynamique de groupe. Si celle-ci est productive de sens pour l'individu, dans sa mise en relation avec l'autre, ne peut-elle pas non plus être contre-productive pour l'homme, en le déstabilisant ?... Et tout homme a-t-il envie d'être avec les autres ? Dès lors, comment faire l'équilibre entre accompagnement individuel et collectif ?

Ces diverses réflexions n'ont pas d'autre prétention que de poser des jalons pour des recherches futures. Si nous reprenons le sous-titre de l'ouvrage d'Yvonne Verdier, l'éducation pour la santé peut s'articuler autour de trois métiers : la laveuse qui nous permettrait d'avoir des idées claires sur notre santé ! La couturière, car l'éducation pour la santé permet le tissage de lien social et du « vivre ensemble » comme le souligne l'action dans les CHRS (cf. p. 49) : « Chaque atelier... a été davantage vécu comme une expérience de vie que comme un temps d'animation ». Et enfin la cuisinière, car à partir de matériaux aussi riches que l'expérience du vécu humain et de sa santé, et en l'agrémentant d'une métis de l'action, un homme peut prendre son destin en main, et donner un peu plus de piment et de saveur à sa vie.

E. L. G.

1. Verdier Y. Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière. Paris : Gallimard, coll. Bibliothèque des sciences humaines, 1979 : 384 p.

2. Entretien avec Luc Berlivet : Hors Série Sciences humaines La santé, un enjeu de société, n° 48, mars-avril-mai 2005 : p. 89. Voir aussi du même auteur Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. In : Fassin D., Memmi D. Le gouvernement des corps. Paris : éditions de l'ÉHESS, 2004 : 35-75.

3. Voir notamment Lévi Strauss C. Anthropologie structurale. Paris : Plon, coll. Agora, 1985 : 480 p.

4. Détienne M., Vernant J.-P. Les ruses de l'intelligence, la métis des grecs. Paris : Flammarion, coll. Champs, 1974 : 316 p.

Pour en savoir plus

« Toute pratique professionnelle procède d'un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options. Les possibilités de choix sont influencées par les modèles théorique et conceptuel qui les sous-tendent, c'est-à-dire le mode d'explication que l'on a des situations auxquelles on est confronté. À son tour, cette orientation est le fruit d'une hiérarchisation de valeurs personnelles et professionnelles »¹. Ainsi les modes d'intervention des professionnels de l'éducation pour la santé se construisent à partir de modèles plus larges rarement explicités.

Après avoir établi une liste des disciplines concourant à aux pratiques et à la réflexion en éducation pour la santé, nous avons recherché des textes écrits par des auteurs issus de cha-

cune de ces disciplines. Certains textes décrivent l'utilisation faite par les professionnels de l'éducation pour la santé de concepts et d'outils issus d'autres disciplines. D'autres textes observent et analysent l'éducation pour la santé au travers de théories et de concepts propres à une discipline. Pour chaque référence, les concepts et/ou modèles décrits sont listés.

Dans la mesure du possible, les références bibliographiques sont complétées par les coordonnées d'équipes de recherche spécialisées issues de l'annuaire des formations doctorales et des unités de recherche (recherche par critère disciplinaire, zone géographique ou mot clé) du ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche : <http://dr.education.fr:8080/annuaire/selectUr.jsp> [dernière visite le 13/6/05].

Les équipes de recherche multidisciplinaires sont décrites dans une deuxième partie et une liste de lieux ressources termine la rubrique. Nous avons sélectionné des textes en français, plutôt synthétiques et aisément accessibles.

Afin de donner une vision globale de l'ensemble des théories et modèles actifs en éducation pour la santé, nous vous proposons en début de rubrique, deux tableaux et une figure récapitulatifs.

1. Alain Deccache et Philippe Meremans. *L'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines*. In : Brigitte Sandrin Berthon. *L'éducation pour la santé au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000, p. 147.

► Pour une vision globale

Résumé des modèles (Christine Ferron/trad.)

Lieu du changement	Théories ou modèles
<ul style="list-style-type: none"> Théories expliquant les comportements de santé et les changements de comportements en se focalisant sur les individus 	<ul style="list-style-type: none"> Modèle des croyances relatives à la santé Théorie de l'action raisonnée Modèle trans-théorique des étapes du changement Théorie de l'apprentissage social
<ul style="list-style-type: none"> Théories expliquant les changements dans les communautés et dans les actions communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation communautaire <ul style="list-style-type: none"> – Planification sociale – Action sociale – Développement communautaire
<ul style="list-style-type: none"> Théories précisant l'usage des stratégies de communication en vue de changements favorables à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Communication visant des changements de comportements Marketing social
<ul style="list-style-type: none"> Modèles expliquant les changements dans les organisations et la mise en place de pratiques promotrices de santé par les organisations 	<ul style="list-style-type: none"> Théories du changement dans les organisations Modèles d'actions intersectorielles
<ul style="list-style-type: none"> Modèles expliquant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Cadre écologique pour l'élaboration de ces politiques Déterminants des décisions politiques Indicateurs des politiques de promotion de la santé

Don Nutbeam et Elizabeth Harris. *Theory in a nutshell. A practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion*. Sydney : National Center for Health Promotion. 1998 : p. 9.

TABLE 1: Summary of models presented in the monograph

Area of change	Theories or models
Theories that explain health behaviour and health behaviour change by focussing on the individual	Health belief model Theory of reasoned action Trans-theoretical (stages of change) model Social learning theory
Theories that explain change in communities and community action for health	Community mobilisation <ul style="list-style-type: none"> • Social planning • Social action • Community development Diffusion of innovation
Theories that guide the use of communication strategies for change to promote health	Communication for behaviour change Social marketing
Models that explain changes in organisations and the creation of health-supportive organisational practices	Theories of organisational change Models of intersectoral action
Models that explain the development and implementation of healthy public policy	Ecological framework for policy development Determinants of policy making Indicators of health promotion policy

Cycle de la planification et de l'évaluation de la promotion de la santé (Christine Ferron/trad.)

Don Nutbeam et Elizabeth Harris. *Theory in a nutshell. A practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion.* Sydney : National Center for Health Promotion. 1998 : p.12.

FIGURE 1. Health Promotion Planning and Evaluation Cycle

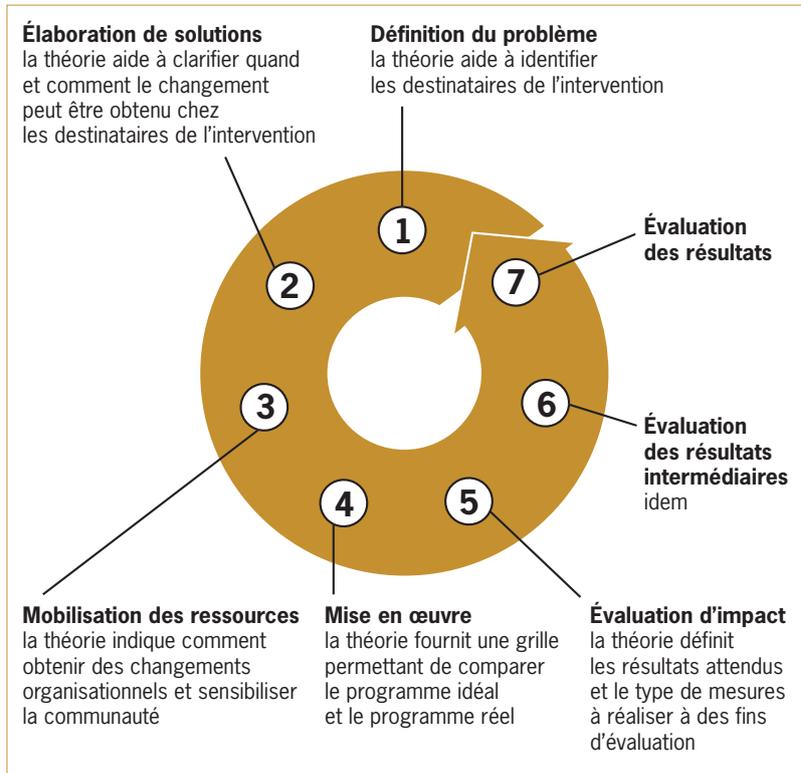


Tableau 1
Caractéristique principale de chaque modèle

Modèle	Caractéristique
Le modèle des croyances relatives à la santé	Perception d'une menace
La théorie sociale cognitive	Croyance en l'efficacité personnelle
La théorie de l'action raisonnée	L'intention seule permet de comprendre le comportement
La théorie des comportements interpersonnels	Complémentarité de l'intention et de l'habitude
La théorie du comportement planifié	Perception du contrôle

Extrait de : Gaston Godin. *L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs.* Sciences sociales et santé 1991, IX, 1 : p. 90.

Discipline par discipline

Santé publique

- Deschamps Jean-Pierre. *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé.* La revue du praticien, 21 février 1984 ; 34(11) : 485-97.
- > Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (Lapss) – École nationale de la santé publique
- Le Lapss étudie la conception des politiques sociales et sanitaires, leur mise en œuvre en privilégiant le rôle des opérateurs de terrain.

Anthropologie - Ethnologie

- Fassin Didier. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique.* Paris : Balland, 2001 : 362 p.
- Massé Raymond. Contributions de l'anthropologie à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé. In : *Culture et santé publique.* Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 1995 : 221-365.
- Laplantine François. *Anthropologie de la maladie.* Sciences humaines 1991 ; 12 : 26-29, 31.
- > Centre de recherches et d'études anthropologiques (Crea) – Université Lyon 2
- L'anthropologie du sensible, du corps et

de la santé est l'un des trois axes de recherche de ce centre dirigé par Jean-Baptiste Martin.

Sociologie

- Godin Gaston. *L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs.* Sciences sociales et santé 1991 ; IX, 1 : 67-94.
- Modèle des croyances relatives à la santé – théorie sociale cognitive – théorie de l'action raisonnée – théorie des comportements interpersonnels – théorie du comportement planifié*
- Renaud Marc. *De l'épidémiologie sociale à*

la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie. Revue d'épidémiologie et de santé publique 1987 ; 35, 1 : 3-19.

Types de personnalité – locus de contrôle – support social

• Adam Philippe, Herzlich Claudine. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 1994 : 128 p.

Modèles psychologiques et sociaux

> Centre européen de recherches en sociologie de la santé (Ceres) – Université Marc Bloch Strasbourg 2

Ce centre est dirigé par François Steudler.

Psychologie - Psychologie sociale

• Bruchon-Schweitzer Marilou. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2002 : 440 p.

Health Belief Model – théorie de l'action raisonnée – théorie du comportement planifié – modèle biomédical – modèle biopsychosocial – modèle interactionniste – modèle transactionnel – événements de vie – types de personnalité – lieu de contrôle – stress perçu – contrôle perçu – soutien social – coping

• Jodelet Denise (sous la dir.). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003 (7^e éd.) : 447 p.

• Bandura Albert, Lecomte Jacques/trad. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, Paris : Éditions De Boeck-Université, 2003 : 859 p.

Théorie sociocognitive : auto-efficacité, sentiment d'efficacité personnelle

> Laboratoire de psychologie sociale – Université de Provence Aix-Marseille 1

L'une des trois équipes de ce laboratoire se consacre à la psychologie de la santé. Elle est dirigée par Michel Morin.

Pédagogie

• Billon Jacqueline. *Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé*. Spirale 2000 ; 25 : 17-30.

Modèle biomédical – modèle behavioriste – modèle constructiviste – modèle biopsychosocial – théories sociales de l'éducation – théories sociocognitives et psychocognitives

• Manderscheid Jean-Claude. Modèles et principes en éducation pour la santé. Revue française de pédagogie 1994 ; 107 : 81-96.

• Freire Paulo. *Pédagogie des opprimés suivi de Conscientisation et révolution*. Paris : Maspéro, 1980 : 202 p.

Théories sociales de l'éducation : conscientisation

• Boal Augusto. *Théâtre de l'opprimé*. Paris : La Découverte, 2001 : 264 p.

Théories sociales de l'éducation : conscientisation

• Bertrand Yves. *Théories contemporaines de l'éducation*. Montréal : Éditions Nouvelles, 1998 (4^e éd.) : 306 p.

Théories spiritualistes, personnalistes, psychocognitives, technologiques, sociocognitives, sociales et académiques

> Institut national de recherche pédagogique (INRP)

Établissement national, l'INRP a vocation à développer et favoriser la recherche en éducation et en formation. Il met son expertise et ses équipes au service de l'ensemble des chercheurs, formateurs et des décideurs du monde de l'éducation. Il développe des collaborations avec d'autres établissements (plus de mille cinq cents enseignants et chercheurs associés). On peut accéder aux recherches (en cours ou terminées) sur le thème de la santé sur le site internet de l'INRP :

<http://www.inrp.fr/recherche/>

> Laboratoire de pédagogie de la santé : éducation et observance. Équipe éducation – Université Paris13

Cette équipe est dirigée par Jean-François d'Ivernois et son approche de l'éducation thérapeutique est celle des sciences de l'éducation appliquées à la santé.

Communication

• Bontemps Robert, Cherbonnier Alain, Mouchet Philippe, Trefois Patrick. *Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*. Bruxelles : Question santé, 2004 (2^e édition revue et complétée) : 239 p.

• Paicheler Geneviève. *La communication publique en éducation pour la santé*. Séminaire international. Rapport introductif. 1996 : 44 p.

Économie

• Moatti Jean-Paul. L'analyse économique peut-elle servir la prévention ? In : Aiach Pierre, Bon Norbert, Deschamps Jean-Pierre. *Comportements et santé. Questions pour la prévention*. Nancy : Presses universitaires de Nancy, 1992 : p. 156-67.

Philosophie-éthique

• Lecorps Philippe. *Au-delà de la morale, une éthique du sujet*. La Santé de l'homme, janvier-février 2000, n° 345 : 30-1.

Histoire

• Nourisson Didier (sous la dir.). *Éducation à la santé XIX^e-XX^e siècles*. Rennes : ENSP, 2002 : 158 p.

• Vigarello Georges. *Le sain et le malsain*. Santé et mieux-être depuis le moyen-âge. Paris : Le Seuil, 1993 : 400 p.

► Unités de recherche multidisciplinaires

> Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique – Cresp.

Unité mixte Inserm, université Paris 13, École des hautes études en sciences sociales dirigée par Didier Fassin, le centre comprend quarante chercheurs relevant des disciplines suivantes : anthropologie, sociologie, droit, sciences politiques, santé publique, travaillant selon deux axes de recherche : « Politique et santé » et « Santé au travail ».

> Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (Cermes)

Le Cermes, dirigé par Martine Bungener, rassemble des chercheurs en sciences sociales (sociologie, économie, psychologie, histoire et anthropologie) et en épidémiologie, en une unité mixte appartenant simultanément au CNRS, à l'Inserm et à l'Ehess. Il comprend trois équipes de recherche : « Politiques, systèmes de santé et usagers », « Pratiques et innovations médicales » et « Santé publique, maladie et handicap ».

> Laboratoire de recherche « Processus d'action des enseignants, déterminants et impacts » – PAEDI. Équipe de recherche « Éducation à la santé en milieu scolaire ». IUFM d'Auvergne, des académies de Lyon, Rouen, Versailles. Université d'Auvergne. École nationale de la santé publique.

Cette équipe dirigée par Didier Jourdan est une équipe pluridisciplinaire : sciences de l'éducation, sciences de la vie, médecine, sciences et techniques des activités sportives, santé publique, sociologie, économie, psychologie sociale.

> Programme de recherches interdisciplinaires « Médecine, santé et sciences sociales ».

Ce programme de l'École des hautes études en sciences sociales, dirigé par Patrice Bourdelais, s'intéresse en particulier aux acteurs de la lutte contre les maladies et aux logiques de la prise de décision (à l'échelle locale mais aussi nationale) ainsi qu'aux définitions des comportements sains et des interdits, normes, pratiques, consommations (tabac, alcool).

► Lieux ressources

École nationale de la santé publique (ENSP)

<http://www.ensp.fr>

À la fois établissement d'enseignement, organisme de formation et centre de recherche, l'ENSP dispose d'un centre de ressources péda-

gogiques riche d'un fonds documentaire spécialisé en santé publique et d'un fonds historique couvrant la santé publique et les sciences humaines. Sur le site, il est possible d'effectuer des recherches grâce à des moteurs d'interrogation pour les services en ligne : catalogue de formation, catalogue bibliographique informatisé, base de données du fonds documentaire historique.

- > ENSP – Centre de ressources pédagogiques – Unité de documentation multimédia – Avenue du Professeur Léon Bernard 35043 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 02 29 36 (management des systèmes sanitaires et sociaux)
Tél. : 02 99 02 29 44 (populations, santé, l'environnement)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

<http://www.inpes.sante.fr/>

Établissement public national à caractère administratif, l'Institut a cinq grandes missions :

- mettre en oeuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L1411-6 du Code de la santé publique ;
- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- participer, à la demande du ministre chargé de la Santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;
- établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

L'INPES publie des ouvrages, la revue *La Santé de l'homme*, et donne accès à un fonds documentaire spécialisé par le biais d'une base de données bibliographiques en ligne et sur place, sur rendez-vous.

INPES - Département documentation

Tél. : 01 49 33 23 69

Courriel : doc@inpes.sante.fr

Institut national de recherche pédagogique (INRP)

<http://www.inrp.fr/>

Établissement public national à caractère administratif, l'Institut a deux grandes missions :

- susciter et développer la recherche en éducation ;
- conserver, valider, organiser et faire circuler l'information dans ce domaine.

L'INRP publie des revues, des ouvrages, actes de colloques... Sa bibliothèque compte notamment cinq mille titres de périodiques, des rap-

ports officiels et des ouvrages de référence, des actes de colloques et des thèses. On peut accéder au catalogue en ligne sur le site.

- > Bibliothèque de l'INRP – Bibliothèque Denis Diderot
Parvis René Descartes – 69007 Lyon
Tél. : 04 72 76 62 63
Courriel : bibliotheque@inrp.fr

Réseau des Maisons des sciences de l'homme (MSH)

<http://www.msh-reseau.prd.fr/>

Les Maisons des sciences de l'homme, nées dans des contextes locaux différents et ancrées dans un tissu régional particulier, sont marquées par une large diversité d'orientations scientifiques. Elles ont pour rôle de promouvoir l'avancée scientifique en complétant l'action des institutions de la recherche.

Le portail des Maisons des sciences de l'homme

(MSH) permet un accès unifié à l'ensemble des informations disponibles sur les sites des différentes MSH en France ainsi qu'à des bases de données et ressources liées à ces maisons. Tout comme les MSH elles-mêmes, il vise à faciliter le travail de recherche et l'accès aux informations et ressources pour les chercheurs, les étudiants et toute personne concernée par les sciences humaines et sociales.

La nature des fonds documentaires et les modalités d'accès varient selon les MSH. Leurs coordonnées précises sont accessibles sur le site du réseau qui propose également un accès direct à de nombreuses ressources documentaires.

Catherine Lavielle

Documentaliste,

Fabienne Lemonnier

Chargée de mission, INPES.

équilibrés
LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- Chaque mois, « équilibrés », la lettre électronique d'information mensuelle de l'Inpes, en ligne sur le site.
- Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants en prévention et en éducation pour la santé

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

- Pour la découvrir et vous abonner gratuitement, rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

Environnement et santé : les Français s'estiment insuffisamment informés

Il est aujourd'hui reconnu que certaines pathologies, telles que les crises d'asthme, les bronchites ou certaines pathologies cardiaques, sont aggravées voire même déterminées par l'environnement, que ce soit la qualité du milieu (eau, air) ou les nuisances (insalubrité, bruit, etc.). Face à ces risques, les autorités françaises ont adopté, en juin 2004, le Plan national santé environnement (2004-2008). Pourtant, même s'il s'agit là d'une préoccupation majeure de la population, celle-ci s'estime mal informée.

Quel impact les pollutions de l'environnement ont-elles sur la santé ? Le Plan national santé environnement (PNSE) souligne qu'en France la pollution atmosphérique urbaine serait à l'origine de dix mille à trente mille décès anticipés par an. De plus, 7 % à 20 % des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux, et près d'un million de travailleurs seraient exposés à des substances cancérigènes. On observe également un doublement de la prévalence des maladies allergiques respiratoires depuis vingt ans. Enfin, 14 % des couples consultent pour des difficultés à concevoir, difficultés qui pourraient être liées à des expositions à des substances toxiques pour la reproduction. Quant à l'étude de l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France (1), elle révèle que la pollution serait liée à des augmentations pouvant aller jusqu'à :

- 7,9 % du nombre d'hospitalisations pour asthme des moins de 15 ans et 3,3 % pour les hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire ; en rapport avec le dioxyde d'azote présent dans l'air ;
- 5,1 % pour les hospitalisations pour maladies respiratoires des moins de 15 ans et 4,7 % pour la mortalité pour causes respiratoires ; en rapport avec les particules fines émises par les gaz d'échappement.

Les impacts sanitaires du bruit, quant à eux, peuvent être multiples : fatigue ou perte auditive, effets sur le sommeil, sur le système immunitaire ou sur la santé mentale (2). Pourtant, la préven-

tion dans ce domaine occupe une place souvent secondaire.

Dans le but de répondre à ces préoccupations et aux interrogations de la population sur les dangers liés à l'exposition à certaines pollutions, les autorités françaises ont adopté, le 21 juin 2004, le Plan national santé environnement (PNSE) (2004-2008) (3). Les ministères de l'Écologie, de la Santé, du Travail et de la Recherche y ont été associés et ont défini des objectifs de résultats à atteindre dans les quatre ans à venir, à travers quarante-cinq actions, dont douze ont été considérées comme prioritaires¹.

C'est dans ce contexte que l'INPES a interrogé la population française dans son enquête périodique, le Baromètre santé. Les données analysées sont issues du Baromètre santé 2000, dont les résultats ont été publiés en 2001. Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans (nous n'avons retenu ici que les personnes âgées de 15 ans et plus, soit 13 163 individus), interviewées par téléphone, après tirage aléatoire. Elle porte sur les comportements, attitudes, opinions et connaissances des Français en matière de santé. Plusieurs questions concernaient l'environnement mais elles n'ont pas fait l'objet de publications à ce jour. En voici donc les principaux résultats.

La pollution, inquiétude majeure des Français

La population française est particulièrement préoccupée par la menace

que peut représenter son environnement (Figure 1). Ainsi, dans l'enquête Baromètre santé 2000, à la question : « Parmi ces différents risques, pouvez-vous me dire si vous les craignez, pour vous-même ? : pas du tout, un peu, pas mal ou beaucoup », 65,4 % de la population déclarent craindre « pas mal » ou « beaucoup » la pollution de l'air, et 57,4 % la pollution de l'eau. On peut constater que la pollution de l'air est la première crainte des Français, avant l'insécurité (59,4 %) ou le chômage (57,6 %) par exemple. Pourtant, plus de la moitié d'entre eux s'estiment mal informés sur la pollution.

Déficit d'information en matière d'environnement

Les questions posées à ce sujet dans le Baromètre santé portent sur les craintes mais également sur le niveau d'information. Elles distinguent la pollution de l'eau et la pollution de l'air : seuls 46,9 % de la population se considèrent « bien » informés sur la pollution de l'air et 34,3 % sur la pollution de l'eau. Cette faible proportion de personnes « bien » ou « très bien » informées est encore plus marquée au regard des autres grands sujets de santé publique évoqués : par exemple, 81,3 % de la population se considèrent « bien » ou « très bien » informés sur l'alcool, 86,0 % sur le tabac et 85,7 % sur le sida.

Des différences significatives existent suivant l'âge et le sexe. Tout d'abord, les hommes déclarent un peu plus fréquemment que les femmes être bien informés sur la pollution : 48,9 %

vs 45,0 % pour la pollution de l'air et 35,7 % vs 33,0 % pour la pollution de l'eau.

De plus, la proportion de personnes « bien » ou « très bien » informées croît avec l'âge à partir de 25 ans (Figure 2) : les 65-75 ans sont ceux qui déclarent le plus fréquemment être « bien » ou « très bien » informés sur la pollution ; à l'inverse, c'est entre 20 et 34 ans que l'on se dit le moins informé. Les plus

jeunes (15-19 ans) se positionnent à un bon niveau par rapport à l'ensemble de la population. Cela correspond à une population en grande partie scolarisée, ce qui pourrait expliquer ce bon niveau d'information (sensibilisation à ces sujets dans les écoles, notamment dans les cours de sciences et vie de la Terre).

Comme cela est souligné dans le PNSE, ce déficit global d'information est préjudiciable à plusieurs titres. D'une

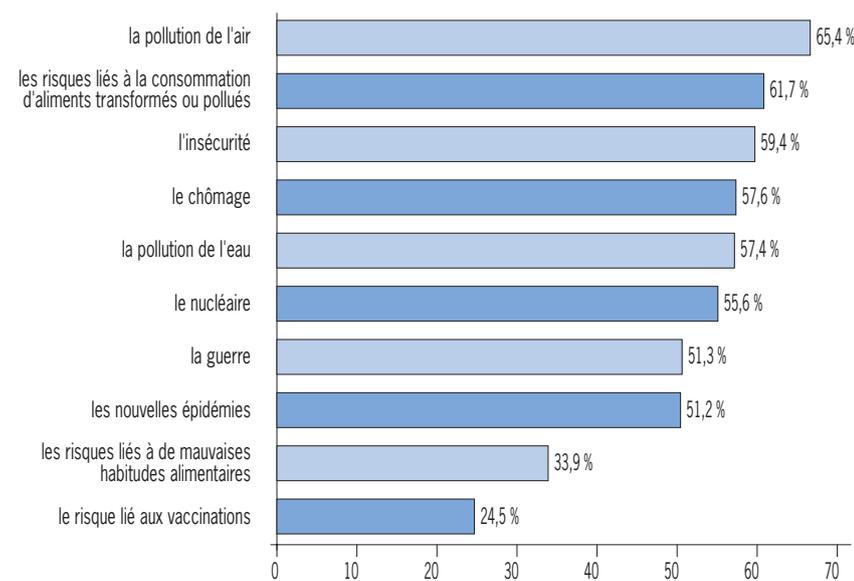


Figure 1. Répartition des craintes pour soi-même selon les différents risques

part, « il pénalise la compréhension globale des sujets traités qui précède les possibilités de changements et de comportements, tant individuels que collectifs, sur lesquels se fondent notamment les actions de prévention en matière de santé environnement. D'autre part, il nuit à la lisibilité de l'action publique dans le domaine, et, par conséquent, à l'exercice de la citoyenneté. » (3)

Il est cependant impossible de déterminer, dans l'enquête Baromètre santé, si le manque d'information est dû à un déficit ou à un manque de clarté de la part des émetteurs, ou s'il résulte d'un manque d'intérêt. Malgré ce manque d'information, et peut-être en raison de celui-ci, les craintes émises dans le domaine de l'environnement par la population sont, elles, importantes. Les mieux informés déclarent moins fréquemment être inquiets (parmi la population bien informée, 69,9 % émettent des craintes contre 79,9 % parmi les mal informés). Les femmes, qui sont moins bien informées que les hommes, sont davantage préoccupées par la pollution que ces derniers (76,0 % vs 72,6 %) et cela s'observe pour toutes les tranches d'âge. Les 15-19 ans, qui se déclarent relativement bien informés par rapport au reste de la population, sont ceux qui sont le moins inquiets (66,3 %) ; suivi des 65-75 ans (69,3 %), âge auquel le bon niveau d'information exprimé est également fréquent. En revanche, c'est entre 25 et 54 ans que l'on se dit le plus inquiet (Figure 3).

Disparités géographiques et sociales dans la perception

Au-delà de ces questions d'information et de craintes, le Baromètre santé 2000 a également interrogé les Français sur leur perception du bruit (« Êtes-vous gêné par le bruit ? ») et du niveau de pollution (« Avez-vous l'impression de vivre dans un environnement très pollué, plutôt pollué, plutôt pas pollué, pas du tout pollué ? »).

Plus de la moitié des personnes interrogées (51,0 %) déclarent vivre dans un environnement « très » ou « plutôt » pollué et 56,8 % de la population s'estiment gênés (« souvent » ou « parfois ») par le bruit. Même si le bruit n'éveille pas les mêmes inquiétudes que la pollution, et que les effets des nuisances sonores sont encore mal évalués, il constitue cependant une atteinte majeure à la

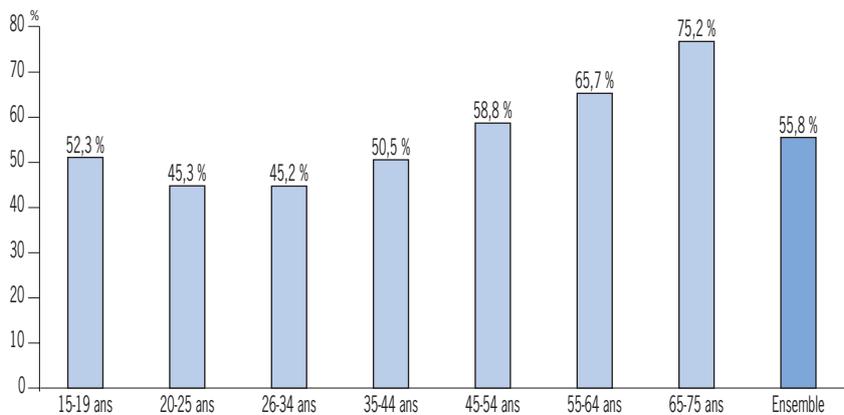


Figure 2. Proportion de personnes déclarant être « bien » ou « très bien » informées sur la pollution de l'air ou de l'eau, selon l'âge

qualité de vie des Français. Parallèlement à ses conséquences sur la santé, le bruit est souvent ressenti comme une gêne, car il empêche l'homme d'accomplir ses activités quotidiennes dans des conditions satisfaisantes et peut être vécu comme une agression (2).

Certains facteurs sociodémographiques sont significativement associés à l'impression de vivre dans un environnement « très » ou « plutôt » pollué, ou d'être « souvent » gêné par le bruit. Ainsi, les régions où l'on se dit le plus gêné par ces nuisances sont les plus urbanisées, et c'est dans l'agglomération parisienne que les effets de la pollution se ressentent le plus. De plus, les femmes déclarent un peu plus que les hommes vivre dans un environnement pollué et être gênés par le bruit. Les

déclarations de gêne due au bruit augmentent jusqu'à 45 ans puis baissent au-delà, et on constate, par ailleurs, que l'impression de vivre dans un environnement pollué diminue au cours du cycle de vie.

Certaines caractéristiques sociales ont un impact sur la perception de l'environnement dans lequel on vit : avoir un revenu par unité de consommation supérieur à dix mille euros ou un niveau d'études supérieur au bac engendre moins de déclarations de vivre dans un environnement pollué. Il n'y a, en revanche, aucune liaison significative entre le niveau de revenu et le fait d'être gêné par le bruit. Le fait d'avoir des enfants est également associé à de moindres déclarations de mauvaises perceptions de son environnement.

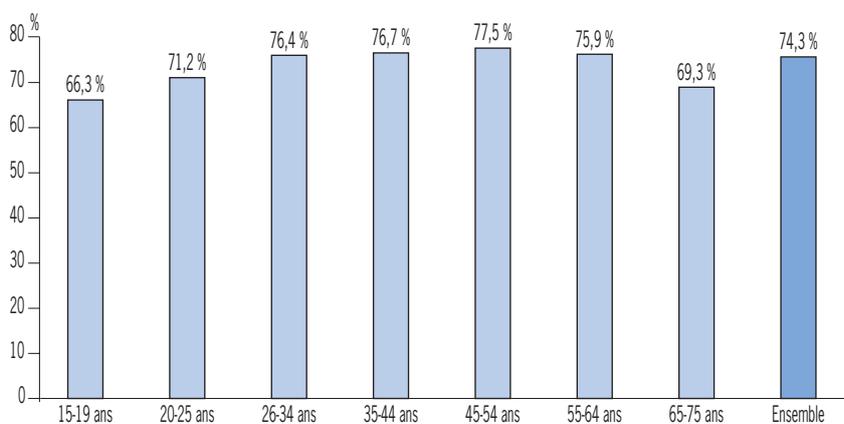


Figure 3. Proportion de personnes déclarant craindre pour elles-mêmes la pollution de l'air ou de l'eau, selon l'âge

Enfin, les personnes qui se disent inquiètes à l'égard de la pollution sont plus fréquemment gênées par la pollution et les nuisances sonores, à l'inverse, celles qui se disent bien informées sur ces sujets, le sont moins.

En résumé, on peut tirer deux conclusions majeures à partir des résultats du Baromètre santé 2000 : d'une part, la population se considère particulièrement mal informée en matière d'environnement, d'autre part, il existe de fortes inégalités sociales dans ce domaine, et notamment dans la perception de la qualité de son environnement.

Ces quelques résultats feront prochainement l'objet de publications plus détaillées. Le Baromètre santé environnement, prévu pour la fin de l'année 2005, sera entièrement consacré à ces questions et permettra d'appréhender ainsi plus en détail la problématique santé environnement.

Sandra Nahon

Chargée d'études,

Christophe Léon

Statisticien, chargé d'études,

direction des Affaires scientifiques, INPES.

1. Ces douze actions répondent à trois objectifs majeurs : garantir un air et boire une eau de bonne qualité ; prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers ; et mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants, femmes enceintes, personnes âgées).

► Références bibliographiques

(1) Campagna D., Lefranc A., Nunes-Odasso C., Ferry R. *Erpurs 1987-2000. Analyse des liens à court terme entre pollution atmosphérique et santé*. Paris : ORS Ile-de-France, février 2003 : 105 p.

(2) Afsse. *Impacts sanitaires du bruit – État des lieux – Indicateurs bruit-santé*. Maisons-Alfort : Afsse, mai 2004 : 304 p.

En ligne : <http://www.afsse.fr/documents/Bruit.Rapport.final.pdf>

(3) Ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de l'Écologie et du Développement durable, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche. Programme national santé environnement (2004-2008).

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/pnse/rapport.pdf>



Santé publique, santé communautaire

Stéphane Tessier, Jean-Baptiste Andréys, Marie-Adèle Ribeiro

Cet ouvrage de référence propose une présentation claire et pédagogique des principes, des outils et de l'organisation du dispositif de la santé en France. La première édition, parue en 1996, s'adressait spécifiquement aux élèves infirmiers. Cette deuxième édition élargit le propos à l'attention de l'ensemble des professionnels de santé et au personnel administratif du domaine sanitaire et social. Les auteurs se situent dans une approche de promotion de la santé et articulent les questions de santé avec d'autres champs tels que l'éducation, l'insertion ou la protection judiciaire.

Après une série de définitions, l'ouvrage aborde les outils démographiques, épidémiologiques, économiques et socio-anthropologiques permettant l'observation en santé publique. Dans le chapitre Agir en santé publique, la partie consacrée à l'éducation pour la santé a été copieusement étoffée pour insister notamment sur l'importance des actions de proximité, complémentaires aux campagnes médiatiques. Les principes de la promotion de la santé et de la santé communautaire font l'objet d'un chapitre qui décrit en particulier le processus de diagnostic communautaire ; ce

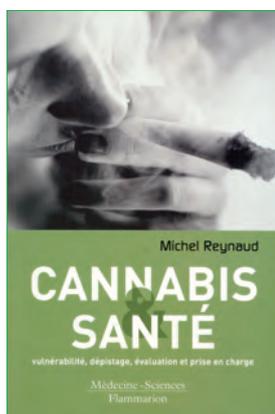
dernier a pour objectif d'identifier et d'analyser la situation sanitaire d'une communauté et de mobiliser les ressources pour améliorer cette situation. Ces ressources et la planification de leur mise en œuvre sont décrites dans un important chapitre sur les structures sanitaires et sociales, qui prend en compte les évolutions liées à la loi de santé publique de 2004. L'édifice de la protection sociale est également décrit de manière détaillée.

Enfin, les auteurs abordent quelques grandes questions de santé publique telles que l'inégalité devant la santé et l'accès aux soins ou les réponses de la société face aux épidémies, aux conduites addictives ou encore au cancer, avant de conclure en évoquant le « mouvement actuel de repli des réflexions sur une santé publique chiffrée et économisée » qui tend à substituer la preuve par les chiffres aux réflexions sur le sens de l'action.

Quelques références bibliographiques permettant d'aller plus loin sont fournies en fin de chaque partie de l'ouvrage, qui est complété par un glossaire et une liste d'acronymes.

Olivier Delmer

Paris : Maloine, 2004 (2^e éd.), 341 pages, 25 €.



Cannabis et santé. Vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge

Coordonné par Michel Reynaud

Michel Reynaud, psychiatre, dirige le département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif, et a consacré de nombreux travaux à l'usage du cannabis et à ses conséquences. Ce livre, pour lequel il a fait appel à une vingtaine de spécialistes reconnus de la question, s'adresse aux professionnels – éducateurs, médecins, psychologues et autres personnels de santé – susceptibles de prendre en charge des consommateurs de cannabis. Il a pour objectif de rassembler les données scientifiques les plus récentes ainsi que des éléments de pratique clinique validés concernant les effets et la nocivité de ce produit, les moyens de dépistage et d'évaluation de la consommation, la prise en charge des usagers de cannabis et les aspects sociaux de la consommation.

Se fixant comme ligne de conduite d'éviter toute présentation polémique ou idéologique des résultats de la recherche, les auteurs mettent en avant les éléments qui font consensus dans la communauté scientifique : risques liés à une consommation aiguë ou régulière, usage à risque chez les femmes enceintes, les adolescents, les sujets atteints de troubles mentaux avec en particulier l'augmentation du risque de schizophrénie, altérations cognitives à court terme. D'autres éléments sont, en revanche, plus incertains : la connaissance des mécanismes pharmacologiques et neurobiologiques de l'action du cannabis demande à être précisée ; le lien entre niveau de consommation et dépendance a été peu exploré ; la réversibilité et la persistance sur le long terme des effets cognitifs de l'usage chronique sont encore peu connues. Outre ces résultats de la recherche, l'ouvrage aborde la prévention en soulignant le rôle de l'école et en dressant un état des lieux des stratégies utilisées en milieu de travail.

Un panorama de quelques outils de repérage et d'évaluation de la consommation nocive de cannabis est présenté. Des recommandations pour la prise en charge des consommateurs dépendants sont formulées.

O.D.

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2004, 194 pages, 39 €.

Canicule

5 conseils pour prévenir les risques



Buvez fréquemment et abondamment

(au moins 1,5 litre d'eau par jour même si vous n'avez pas soif)



Evitez de sortir aux heures les plus chaudes et de pratiquer une activité physique, maintenez votre logement frais

(fermez fenêtres et volets la journée, ouvrez-les le soir et la nuit s'il fait plus frais)



Rafrâchissez-vous et mouillez-vous le corps plusieurs fois par jour

(douches, bains, brumisateurs ou gant de toilette mouillé, sans vous sécher)



Passez si possible 2 à 3 heures par jour dans un **endroit frais**

(cinémas, bibliothèques municipales, supermarchés...)



Aidez les personnes les plus fragiles et demandez de l'aide

(notamment auprès de votre mairie)

