

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Entre conceptions dominantes et conceptions alternatives

24 —

Patrick LAMOUR et Omar BRIXI

L'éducation pour la santé fait désormais partie de notre quotidien. Elle est présente dans les politiques et disciplines de Santé publique, les lois y réfèrent de plus en plus, les professionnels formalisent sous formes d'écrits, les décideurs en sont préoccupés et y interviennent. Cette évolution a amené l'État à la création d'une agence sanitaire dédiée à l'éducation pour la santé, l'INPES, marquant ainsi les enjeux liés à la réduction des risques, des coûts et aux comportements et représentations en santé.

Ainsi assistons-nous à un déploiement de pratiques en éducation pour la santé et de productions théoriques, propices aux analyses. Derrière cette multiplicité des discours, des écrits et des pratiques, s'expriment naturellement des conceptions et des approches diverses. Dans le même temps, nous relevons pour chaque époque des conceptions dominantes pendant que d'autres tentent d'ouvrir de nouvelles approches.

Pour mieux appréhender les termes actuels du débat, il nous semble utile d'analyser, dans un premier temps, les conceptions dominantes, au travers de diverses définitions construites au fil des années, d'interroger ensuite des conceptions divergentes, voire contradictoires, de l'éducation pour la santé et de poser les termes d'une autre approche.

Bref retour sur l'évolution historique du concept d'éducation pour la santé

En 1942, l'éditorial du premier numéro de la revue *La Santé de l'homme*, signé par son fondateur le Professeur Pierre Delore, assigne à l'éducation sanitaire la fonction de « semer des idées saines, lutter contre l'ignorance, les idées fausses, les préjugés, diffuser les notions que tout individu, dès l'adolescence, doit posséder sur les questions de santé ; contribuer par là à préparer à la vie et à la vie saine, à la joie de vivre ». Bel hymne au rationalisme et au positivisme, sans oublier que nous sommes en pleine guerre et dans la France occupée !

Au lendemain de la Libération, l'éducation sanitaire s'adapte aux efforts de reconstruction après guerre. Pour y répondre, l'OMS lui assigne en 1969 la fonction « de faire acquérir aux populations de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à profit les services sanitaires qui sont à leur disposition et à les conduire à prendre eux-mêmes isolément et collectivement les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent ».

Durant plus de trois décennies, nous vivons en France sur cette lancée du développement socio-économique et culturel. La santé

s'améliore, les progrès sont à la mesure des nécessités et des ressources, pour l'essentiel dans les champs de la connaissance, des soins et du progrès social.

Les années 1980 traduisent l'entrée dans un cycle de crises et installent plus de diversité dans les conceptions. L'éducation sanitaire devient l'éducation pour la santé. Avec l'émergence de l'épidémie de VIH et la spirale des dépenses de soins, les pressions de toutes natures se multiplient. L'irruption de l'image et l'impact grandissant des médias de masse introduisent dans le champ de la santé un nouveau style, puis un nouveau rythme. Les contenus de la communication publique en santé sont définis par les communicants. Défilent sur nos écrans et sous nos yeux des campagnes médias grand public autour des thèmes d'hygiène et de santé : souvent le tabac, moins l'alcool, les accidents domestiques, l'hygiène de vie dont le sommeil, les débuts sur l'alimentation et, dès fin des années 1980, la sexualité autour de la prévention du VIH.

La décennie écoulée est marquée par les efforts de diagnostics plus systématiques et de planification sanitaire au niveau national et au niveau des régions. Le Haut Comité de santé publique insiste, à travers ses différents rapports, sur le fort retentissement des habitudes de vie sur notre santé : « l'analyse des composantes de la mortalité prématurée évitable met en évidence le rôle prépondérant des comportements, et plus spécifiquement de la consommation d'alcool et de tabac » [15]. L'accent est délibérément mis sur les habitudes, les styles, les modes de vie en tant que comportements individuels.

Les recherches en épidémiologie pointent de plus en plus les facteurs qui concourent à altérer la santé d'un individu ou d'une collectivité. Elles se focalisent longtemps sur les consommations des substances psychoactives (tabac, alcool, autres drogues...) ; mais la liste de ces comportements est de plus en plus longue et s'imisce jusqu'à des domaines aussi intimes que nos pratiques sexuelles.

Dès lors, l'information et les conseils en santé sont investis de la fonction de nous éclairer, par moment de nous alerter ou d'attirer notre attention, afin que nos comportements ne soient pas trop dommageables pour notre santé. De nombreux professionnels et des nouveaux métiers sont ainsi mobilisés au prix de financements publics de moins en moins négligeables, d'incitations, de planifications et de règles, y compris ayant force de lois, pour que l'éducation pour la santé contribue à améliorer la santé et participe aux efforts de réduction des risques et des coûts. Ainsi s'affirme une approche dominante orientée vers le changement des comportements, avec des déclinaisons toutes aussi chargées de sens (modifier, influencer, faire évoluer, faire adopter...) et des stratégies plus ou moins explicites (l'appel à la raison, parfois l'humour, ainsi qu'un recours récurrent aux stratégies de la menace et de la peur).

En schématisant cette évolution, l'éducation pour la santé a cheminé de la promotion d'un « corps sain » dans les années 1940, aux « saines habitudes de vie » dans les années 1960, pour se focaliser sur la modification des comportements individuels et les risques dès la fin des années 1990.

L'éducation pour la santé est-elle fondée à viser des changements de comportements ?

Explorer cette notion de comportement s'avère nécessaire et utile si nous voulons décrypter les conceptions prévalentes en éducation, en comprendre les logiques et les limites. La notion de *comportement* humain est une construction plus complexe que ne semble l'appréhender les programmes et les tenants d'une éducation pour la santé normative. Cette complexité ne peut s'accommoder d'analyses et de réponses hâtives et réductrices.

Les recherches en sciences humaines, et plus spécifiquement en psychosociologie, nous rappellent tous les jours à quel point un comportement est à la fois une manifestation, une façon d'être, un signe ou un symptôme exprimant des situations multiples et variées et résultant d'influences contradictoires, relevant de plusieurs sphères. Ainsi notre manière de nous alimenter résulte-t-elle d'une longue construction, enracinée dans notre histoire personnelle, familiale et sociale, une histoire à la fois singulière et collective, inscrite dans un lieu, un temps, soumise à des réalités économiques, géographiques, culturelles, spirituelles et psycho-affectives. Il ne suffit pas de savoir qu'il faudrait « cinq fruits et légumes par jour » pour vouloir et pouvoir les consommer régulièrement...

Les comportements humains mettent en jeu un ensemble de facteurs dans un agencement en interrelations avec les milieux, qui n'a rien du fonctionnement d'une horloge suisse [7], d'autant qu'une personne humaine présente plus d'une dimension. Philippe Lecorps [25] identifie pour sa part trois dimensions, celles :

- de sujet individuel, désirant et contradictoire ;
- de sujet inséré dans une culture, qui le modèle et le contraint ;
- de sujet politique, collectivement responsable et à la fois déposé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie.

Accepter d'entrer dans cette complexité nous ouvre à une autre compréhension de la vie des individus. Plus de dix-huit modèles explicatifs du comportement humain ont été recensés par une expertise récente de l'Inserm [17]. Chacun de ces modèles (Encadré 1) instruit sur ces différentes dimensions du comportement en matière de santé. Mais aucun de ces modèles ou ces théories ne peuvent offrir à eux seuls un cadre unique de référence pour agir. Ils permettent cependant de mieux comprendre pourquoi on ne passe pas d'un « facteur de risque identifié » à son appropriation automatique par un public prêt à l'accueillir pour modifier le cours de sa vie quotidienne.

L'exigence de changement de comportement a nécessité le recours à des stratégies de plus en plus efficaces. Dans ce cadre, deux stratégies ont particulièrement marqué le champ de la santé : l'influence et la coercition. La première est régulièrement utilisée dans le secteur marchand comme stratégie de marketing. [5, 7]. D'autres, au nom d'une « assistance à jeunesse en danger », proposent le modèle dit de « la soumission librement consentie » [19], qui vise explicitement à faciliter des changements de

comportements « en toute liberté ». Mais cette stratégie présuppose que le « bon comportement » n'est pas choisi ou discuté par le sujet mais « fortement conseillé ».

De manière plus contrastée, sont appréciées les stratégies fondées sur la sanction. Plusieurs exemples nous montrent que la « contrainte » ou la « sanction » conduisent à des résultats comme le montre la longue histoire de la prévention routière. Bien qu'il ne soit pas à l'abri de critiques [18], le dispositif de contrôle-sanction a permis objectivement une forte diminution des accidents de la route à travers la préservation de plus de 3 000 vies en quatre ans. Mais n'oublions pas qu'en matière de prévention routière, les résultats obtenus relèvent d'un processus cumulatif de plusieurs stratégies et de plusieurs décennies : limitations de vitesse, normes d'alcoolémie de plus en plus sévères, port obligatoire de ceinture de sécurité, mais aussi « conduite accompagnée » des jeunes conducteurs, gains techniques sur la sécurité des voitures, incitation financière à se débarrasser des voitures usées, routes mieux aménagées, etc.

C'est la complexité des comportements humains et les résistances aux injonctions moralistes de ce nouveau mode de contrôle social qui ont aussi engendré des critiques et, depuis quelques années, des pratiques et des courants de pensée qui s'éloignent des théories et des modèles normatifs.

Une autre approche de l'éducation pour la santé ?

Les professionnels, notamment ceux engagés dans des actions de proximité, sensibles aux réalités, ont mesuré et mesurent au quotidien les limites d'une éducation pour la santé focalisée sur l'injonction unilatérale du changement et les comportements appréhendés uniquement au plan individuel. Ils sont confrontés pour leur part à des individus insérés dans des histoires, des lieux et des conditions de vie bien réelles et non dissociables. De fait, ils sont amenés à construire des pratiques qui tentent de prendre en compte ces individus dans les contextes dans lesquels ils évoluent.

Dans le même temps, ils cherchent des cadres de références théoriques autres que ceux produits par le comportementalisme⁽¹⁾. Se tournant vers d'autres travaux issus des sciences sociales, ils trouvent dans les concepts de *reconnaissance* et de *développement des compétences des individus* des repères et des supports en meilleure adéquation avec leurs valeurs et leurs pratiques.

Ainsi l'éducation pour la santé n'aurait-elle plus pour objectif de changer des comportements, mais d'accompagner des individus considérés comme auteur et acteur de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent. « L'éducation pour la santé n'a pas pour finalité 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 » [20].

C'est ainsi que nourri par les engagements de la pédiatrie sociale, une autre culture de santé publique et en lien avec ce mouvement de professionnels porteurs de ces pratiques, Jean-Pierre Deschamps est amené à exprimer une toute autre conception.

(1) Voir le bref rappel dans l'encadré 1 sur les apports et les limites des modèles psychosociaux dans la compréhension du comportement.

Encadré 1 Apports et limites des modèles psychosociaux dans la compréhension du comportement.

Le *health belief model* insiste sur l'importance de tenir compte de la perception qu'ont les personnes d'une menace sur leur santé. Ainsi « l'usage de produits dopants peut être vu comme une réponse appropriée aux difficultés rencontrées par certains sportifs » et donc pas comme un danger [13] ; ou « les différents noyaux de résistance aux messages de prévention identifiés, confirment que l'alcool chez des hommes buveurs excessifs est d'abord vécu comme indissociable du repas, perçu comme un héritage du père. Le vin et la bière ne sont pas considérés comme dangereux et tant que l'on est ni ivre, ni dépendant ou malade, la pratique excessive reste vécue comme normale » [21].

La *théorie sociale cognitive* insiste sur la croyance en l'efficacité personnelle dans la possibilité et le maintien d'un comportement positif pour sa santé ou « auto-efficacité perçue » : beaucoup de personnes souffrant de surpoids ont bien perçu le danger que cela représente pour leur santé, mais ont aussi l'expérience répétée d'échecs de régimes alimentaires, ce qui met fortement en doute leur « auto-efficacité » [3].

La *théorie de l'action raisonnée* souligne le rôle central des normes sociales dans l'adoption d'un comportement. Ainsi semble-t-il bien difficile d'aborder la prévention de la consommation d'alcool quand des programmes prônent l'abstinence, ce qui implique pour certains consommateurs à se couper de toute vie sociale, amicale, voire familiale. Si certains suivent cette conduite à la lettre, elle peut avoir des effets pervers « en aggravant l'état de dépression du sujet par cet isolement, générant des conditions pathogènes susceptibles de renforcer le mal contre lequel le sujet était invité à se prémunir » [12].

La *théorie des comportements interpersonnels* accorde une place prépondérante à l'habitude, ce qui interroge tous les programmes qui se proposent de les changer ! « Changer les habitudes alimentaires s'est révélé beaucoup plus compliqué qu'on ne pouvait le penser. L'idéologie des régimes suppose un mangeur libre de ses choix et rationnel dans ses décisions. Ni l'accumulation, ni même

la compréhension des connaissances nutritionnelles ne sont suffisantes pour faire changer les habitudes alimentaires des individus » [22].

Le *modèle transthéorique* souligne le caractère dynamique de l'adoption d'un comportement, qui est bien plus complexe qu'une approche binaire. La situation n'est pas « je fume ou je ne fume pas », mais d'abord « je fume et je n'ai pas l'intention d'arrêter », puis « je fume et je prends de plus en plus conscience des risques ou des désagréments que cela procure », puis « je fume et j'ai sérieusement l'intention de cesser » et, enfin, « je ne fume plus, mais il n'y a pas si longtemps que j'ai cessé ma consommation », etc., le tout sur un cycle qui peut durer plusieurs années. Vouloir intervenir trop précocement apparaît ainsi dans toute sa dimension volontariste et non à-propos.

Tous ces modèles font l'objet de critiques sévères, tant méthodologiques que sur le fond. Ce genre de modèles « s'obnubile sur les caractéristiques (motivations, comportements, attitudes, opinions...) psychosociales d'un individu, en mettant tout en œuvre pour les objectiver, les rationaliser, quitte à les isoler de leur contexte social et culturel » [11]. Ils reposent sur une notion de croyance « modélisée » qui n'a que peu de rapport avec les « savoirs profanes » et les « croyances naïves » de tout un chacun [9]. Ils reposent beaucoup trop sur des facteurs et processus cognitifs, laissant peu de place aux processus émotionnels. Ils prennent très peu en compte l'environnement et les contextes sociaux réels.

Comment peut-on ignorer l'influence des lobbyings économiques sur nos comportements de consommation : teneur en sel des produits surgelés, publicité sur les friandises dans les médias aux horaires ciblés sur le public enfant, distribution gratuite de cigarettes dans les lieux de fête fréquentés par les jeunes [26], etc. Ces modèles n'intègrent pas non plus les situations de vie réelle. « Ainsi, comment faire si je suis convaincu de l'usage du préservatif, mais pas mon partenaire... »

Pour lui, « l'éducation pour la santé vise plus particulièrement à rendre les personnes et les groupes aptes à adopter les modes de vie les plus favorables possibles à leur santé et à celle des autres. Elle s'adresse à chaque personne et à chaque groupe, pour lui permettre d'accroître sa liberté de choix de mode de vie et de maîtrise de son environnement dans un sens favorable à sa santé et à son entourage. Elle s'adresse aussi à tous ceux qui ont une responsabilité – technique, administrative, politique – sur le mode de vie et l'environnement de leurs concitoyens, afin d'éclairer leurs décisions pour qu'elles soient compatibles avec le meilleur état de santé possible. L'éducation pour la santé est l'un des moyens d'intervention de la promotion de la santé, et d'une façon générale, de la santé publique ».

D'autres références inspirent ce renouvellement et s'expriment chez différents auteurs, telle cette définition de l'« éducation » défendue par Albert Jacquard pour qui « l'éducation, c'est faire prendre conscience à chacun qu'il peut se choisir un destin et s'efforcer de le réaliser. Il ne s'agit pas de fabriquer des hommes tous conformes à un modèle, ayant tous appris les mêmes réponses, mais des personnes capables de formuler de nouvelles questions ». Ou celle de Philippe Mérioux qui, depuis les courants pédagogiques de Pestalozzi (1748-1827), en passant par Paolo Freire

(1921-1997), pense que l'éducation a pour objectif de conduire l'individu à l'autonomie. Pour lui « l'éducateur 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 parvenir par la médiation d'apprentissages déterminés » [28]. Philippe Lecors, en 1998, considère pour sa part l'éducateur pour la santé comme quelqu'un qui « se vit comme force de proposition, partageant avec le sujet les connaissances scientifiquement établies, à la mesure de sa volonté de savoir et de ses possibilités de changement, en respectant l'éthique propre à chacun » [24].

Plus significative est la définition élaborée par le réseau des comités d'éducation pour la santé (Encadré 2) : « L'éducation pour la santé est un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité » [29]. Cette vision a été reprise dans un document des plus institutionnels, le plan national d'éducation pour la santé (2001) pour qui « l'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité ».

Encadré 2 Qui fait de l'éducation pour la santé [10] ?

L'éducation pour la santé est pratiquée par des professionnels de disciplines variées : le soin et les paramédicaux, la psychologie, la santé publique, la sociologie, l'anthropologie, la psychosociologie, les sciences de l'éducation, etc. Ils travaillent au sein d'associations de santé, d'institutions de protection sociale, de collectivités territoriales, des services de l'État et de l'Éducation nationale et, parfois, quelques prestataires privés. Ils interviennent dans des milieux de vie aussi divers qu'un établissement scolaire, une université, une entreprise, un quartier, un établissement pénitentiaire ou un foyer d'hébergement.

On peut schématiquement distinguer ceux pour lesquelles l'éducation pour la santé est au cœur de leurs missions et ceux qui l'intègrent dans de nombreuses missions éducatives, sociale, de santé ou culturelles.

- **INPES** (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) : c'est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'institut est une agence plus particulièrement chargée de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

- **CODES** (comité départemental d'éducation de la santé) et **CRÉS** (comité régional d'éducation de la santé) : ces associations sont implantées dans chaque département et dans chaque région, regroupées au sein d'une fédération, la FNES (Fédération nationale d'éducation de la santé). Chacun de ces comités est doté d'un centre de ressources qui met à disposition des outils pédagogiques et diffuse du conseil pour la mise en place et l'évaluation de projet en éducation pour la santé. Leurs équipes interviennent elles-mêmes sur le terrain avec un abord global et généraliste sur la santé, quels que soient les milieux de vie. Ils représentent plus de 600 professionnels dont le niveau de compétences et de professionnalisation s'est beaucoup accru ces dernières années.

- **Associations de santé thématiques** : ces associations comme le réseau des comités de l'ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie), d'AIDES ou de la Ligue contre le cancer, de même que les CRIPS ont intégré dans leur approche, en plus de leurs missions d'accompagnement de personnes concernées par leur champ d'intervention, les méthodes de l'éducation pour la santé. Anciennes, nombreuses, animées par des bénévoles et des professionnels, leurs contours sont difficiles à saisir. Leur nombre, leur taille, leur objet même dans le champ qui nous concerne, leurs modes de fonctionnement et d'intervention sont si divers qu'une vue d'ensemble est plutôt réductrice. La sphère sociale et sanitaire française est riche de ce foisonnement associatif qui exprime avant tout l'initiative civique et citoyenne.

- **Organismes de protection sociale** : chaque caisse primaire de l'assurance maladie a sa propre histoire. Chacune à sa manière a développé des pratiques préventives et de plus en plus éducatives

dans une structuration et une culture propres. De manière générale, ces pratiques et les professionnels qui les ont portées sont issus de la gestion du risque et/ou des activités de communication. Certaines caisses ont formalisées des services d'éducation à la santé. Implanté dans près de soixante départements dans le cadre des unions mutualistes au niveau départemental, les animateurs prévention de la Mutualité française se sont affirmés de plus en plus sur le champ de l'éducation pour la santé. Les autres mutuelles (Fédération des Mutuelles de France et Mutualité sociale agricole) connaissent le même mouvement et/ou affichent leur volonté de développer le secteur préventif et éducatif.

- **Services de promotion de la santé en milieu scolaire** : outre les fonctions d'apprentissage, de formation, se sont développées de tous temps au sein de l'école des fonctions éducatives, culturelles et sociales. L'éducation sanitaire a été portée en interne par des enseignants, les équipes d'infirmières et les médecins de santé scolaire. En 1991, l'appellation officielle de promotion de la santé est venue se substituer au concept plus classique d'hygiène, puis de santé scolaire. En 1998, une circulaire invite à des activités intégrées d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Un vaste programme d'éducation pour la santé à l'école est en cours d'élaboration.

- **Collectivités territoriales** : les mairies, les services intercommunaux, les conseils généraux ou régionaux ont parfois en leur sein des services de santé, préoccupés par la santé de leurs administrés et qui s'inspirent aussi des approches en éducation pour la santé. Les interventions dans le cadre du développement social urbain ont souvent beaucoup de points communs avec l'éducation pour la santé.

- **Établissements de soins** : ils ont également une mission de prévention, notamment en éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes d'une maladie chronique.

La visibilité des professionnels et des réseaux qui se réclament de pratiques en éducation pour la santé est de plus en plus émergente dans le paysage sociosanitaire français. Elle traduit un développement quantitatif et qualitatif des actions et programmes d'éducation pour la santé et un mouvement de professionnalisation. Mais les professionnels seraient-ils les seuls acteurs ?

Le débat sur les fonctions éducatives en général a le mérite de nous rappeler la place naturelle et irremplaçable des parents et des adultes de l'environnement familial et social, ainsi que des citoyens bénévoles de plus en plus engagés dans des associations de défenses des droits des patients. Cette évolution d'une éducation pour la santé « naturelle » vers une éducation pour la santé « plus professionnelle » progresse-t-elle vers une coexistence complémentaire et mutualisée ou vers une concurrence et une substitution des rôles ? L'interprétation n'est pas toujours simple pour une clarification des rôles pourtant indispensable.

D'autres contenus pour une autre approche de l'éducation pour la santé

Les interventions en éducation pour la santé attentives à la personne en tant que sujet supposent alors de prendre en compte d'autres sphères et ressorts que le champ de la connaissance ou ceux

de la raison. Parmi ces autres sphères, la plupart de nos conceptions en matière de santé et ce qui s'y rapporte sont habitées par ce qu'on appelle des *représentations*. L'alcool, la sexualité, le tabac, le sommeil, mais aussi l'école, l'entreprise, les jeunes ou les personnes en difficultés sociales sont d'abord et avant tout objets de représentations pour chacun de nous. « Les représentations initiales, quelle qu'elles soient, ne sont pas à considérer comme une faute. Elles sont la base sur laquelle le savoir se construit ! » [20]. Que

l'alcool représente « a priori » un plaisir ou un danger... chacun a sa représentation, celle de son milieu, de son histoire, son temps et son lieu. Les représentations sont « ces "images mentales" qui permettent aux individus de décoder les éléments de leur environnement en donnant du sens aux stimuli liés à la nature, aux objets et autres individus ».

Sans mise à plat préalable, les malentendus seront lourds de brouillages et d'inefficacités pour l'intervention. L'échange autour de ses propres représentations est une expérience riche pour quelqu'un qui se trouve ainsi confronté à d'autres représentations que la sienne. L'intervention peut alors lui permettre de les faire évoluer vers une meilleure prise en compte de quelques connaissances expertes. Comprendre la notion de représentation, apprendre à y être attentif et savoir prendre du recul par rapport à ses propres représentations et à celles des autres constituent une compétence de base en éducation pour la santé. Le professionnalisme réside précisément dans cette capacité à la distanciation avec ses propres représentations et, notamment, les représentations dominantes.

De la même manière que le travail sur les représentations est essentiel dans une intervention en éducation pour la santé, la prise en compte de la *demande* des personnes concernées est tout aussi importante. C'est le moindre des respects de la personne et un gage d'efficacité que de tenir compte de la demande des gens ou de s'occuper de la comprendre. Une approche fondée sur la prise en compte de la demande est parfois difficile dans un milieu où l'expression par les individus de leur demande n'est pas « habituelle », comme par exemple le milieu scolaire ou le milieu de l'entreprise. La pertinence de l'intervention se joue alors dans sa capacité à négocier l'expression de cette demande, mais aussi parfois dans la capacité des professionnels à refuser d'intervenir si certaines conditions minimales ne sont pas requises. Une pratique d'éducation pour la santé respectueuse des personnes n'est pas injonctive ou invasive, mais à l'écoute, attentive aux préoccupations, aux attentes, aux besoins des gens tels qu'ils les vivent et les expriment et non tels que certains voudraient qu'ils soient. Cette démarche suppose du temps, de la disponibilité et une adaptabilité presque personnalisée. Elle n'a rien de commun avec une éducation pour la santé normée et répétitive, quels que soient les publics et les contextes.

L'éducation pour la santé suppose des *choix pédagogiques* qui laissent une place à l'individu dans la construction et l'appropriation de différents savoirs utiles pour sa santé. Or on assiste encore à trop de programmes dits d'« éducation pour la santé » qui se contentent de transmettre de l'information. De nombreux travaux de recherche en sciences de l'éducation ont démontré l'importance de respecter quelques règles comme par exemple :

- « on ne retient d'abord que ce qui va dans le sens de ce que l'on connaît déjà ». Plus ce que l'on propose est loin de ce que pense l'individu, plus il développe des résistances. Cela invite à concevoir des interventions qui prennent le temps de mesurer l'écart entre les niveaux d'information et les connaissances, croyances et possibilités des sujets concernés. Ce n'est pas une situation idéale, « inatteignable », comme « manger cinq fruits et légumes par jour » qui importe, mais une situation souhaitable et accessible : « manger un peu plus de fruits et de légumes par jour » ;

- « on intègre une acquisition si on peut lui donner du sens et si elle donne du sens ». Trop d'injonctions ou de « bons conseils » ne font pas sens. Cela est particulièrement vrai pour tous les sujets

qui concernent la prévention des consommations de produits par les jeunes. Faute d'avoir mieux compris les significations de ces consommations, les connaissances délivrées n'auront pas de traductions concrètes dans leur vie [23] ;

- « on comprend bien ce que l'on découvre ou ce que l'on classe soi-même dans l'ensemble de ses connaissances préalables ». Ces notions nous invitent à orienter les interventions vers ce qui fonde l'un des objectifs de l'éducation pour la santé : offrir un espace de renégociation et d'appropriation d'une multitude d'informations plus ou moins connues ou comprises d'un public [6]. Cela redonne du sens aux projets qui permettent aux individus de prendre le temps de leur propre recherche.

Tout cela nous éloigne des modes d'interventions fondés sur un modèle hiérarchisé, de transmission de connaissances rationnelles, qui valorisent beaucoup trop la place de l'expert « qui sait », face au sujet « qui ignore », comme si « le vase était vide et n'attendait qu'à être rempli... » [8]. Ne faut-il pas plutôt se rapprocher du courant des pédagogies nouvelles « où l'apprenant est au centre de ses apprentissages » [14] ?

Au-delà des savoirs, le défi qui se pose à l'éducation pour la santé est bien la capacité qu'ont ces interventions à faciliter la *résolution de problèmes* au quotidien. Or, pour toutes ses situations, les individus ont déjà des compétences, car c'est bien tout un ensemble de possibles ou de réponses combinées qui peuvent permettre à un individu ou à un groupe d'envisager des pistes de solutions alternatives au service de leur santé. Par définition, une compétence résulte d'un ensemble complexe de connaissances, de raisonnements, de savoir-être et de savoir-faire, accompagnés d'émotions et de processus métacognitifs. La notion de compétences couvre de nombreuses dimensions dans le champ de l'éducation pour la santé allant de compétences « de porter soins » [1], aux compétences sociales [27] et psychosociales [2]. On peut élargir ce champ de compétences à celles s'inscrivant dans le courant de l'*empowerment* [16] ou de la résilience [4].

Dès lors, force est de constater l'importance de la place centrale qu'occupe l'individu dont la motivation ne peut être décrétée par avance et l'indispensable participation ne peut être « rendue obligatoire », quelle que soit la pertinence des travaux de recherche épidémiologique mettant en évidence des facteurs influençant notre état de santé. Quels qu'ils soient, les usagers ont déjà des compétences, et il appartient aux acteurs de l'éducation pour la santé de prendre le parti de les reconnaître et de les valoriser avant de vouloir déjà « à tout prix » leur apprendre de nouveaux savoirs.

Pour conclure

Les approches dominantes en éducation pour la santé affichent comme objectif la modification des comportements humains dommageables pour la santé. Les dommages pour la santé de ces comportements découlent de normes et de contenus d'une « bonne santé » telle que la définissent la plupart des professionnels, des experts, des institutions et de nombreux groupes d'intérêts. La cause est entendue, une telle finalité légitime l'intervention, l'intervenant et l'approche. Le changement ainsi posé s'inscrit dans une exigence d'intérêt collectif, transcendant les faiblesses des individus.

Mais le comportement humain est une construction plus complexe que ne semble l'appréhender les programmes et les tenants d'une éducation pour la santé normative. Cette complexité ne

peut s'accommoder d'analyses et de réponses hâtives et réductrices. On relève bien qu'il n'y a pas une, mais des conceptions de l'éducation pour la santé, conceptions que l'on peut schématiser en deux approches : « influencer sur les comportements dits à risques au nom de normes et de représentations dominantes » ou « aider les individus et les groupes sociaux à gagner en marge d'initiative et de contrôle sur les facteurs individuels et collectifs qui contribuent à leur état de santé ».

Le statut que l'on accorde à la personne humaine conditionne fortement l'approche choisie. Un individu considéré comme « irresponsable » autorise l'adoption, voire l'abus de stratégies d'influence pour « agir sur son comportement ». Un individu considéré comme auteur d'une histoire dont il n'a pas en même temps la pleine maîtrise nécessite qu'on lui reconnaisse un minimum de libre arbitre, de conscience et de responsabilité.

Dès lors, la finalité d'un programme d'éducation pour la santé ne saurait viser le changement des comportements, supposés à priori dommageables. Le but de l'éducation pour la santé renouvelée gagnerait plutôt à redonner à un individu son rôle de sujet-acteur. Une telle conception l'aiderait bien plus à accroître sa capacité à construire l'information nécessaire à la prise de décision dans un univers de contraintes et de compromis, par le renforcement de compétences qui concourent à améliorer sa santé.

Concevoir des actions ou des programmes d'éducation pour la santé ne consisterait plus à rallonger à la liste des « interdits » de nouveaux « messages » tout aussi négatifs. Une éducation pour la santé favorable au développement du sens critique se préoccuperait plutôt de redonner confiance, de renforcer l'estime de soi, l'envie, le désir et les projets des sujets, dans un environnement social à la fois nécessairement plus humain et plus solidaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMMIRATI C, GAGNAYRE R. Apprendre à porter secours. Un apprentissage de la maternelle au collège. Paris, Maloine, 2002, 139 pages.
2. ARWIDSON P. Le développement des compétences psychosociales. In : B Sandrin Berthon. Apprendre la santé à l'école. Paris, ESF, 1997 : 73-82.
3. BANDURA A. « J'y arriverai » : le sentiment d'efficacité personnelle. Sciences Humaines, 2004, 148 : 42-45.
4. BERT C. La résilience, un concept utile ? Sciences Humaines, 2004, 45 : 40-41.
5. BLECH J. Les inventeurs de maladies. Arles. Actes Sud. 2005, 281 pages.
6. BONTEMPS R, CHERBONNIER A, MOUCHET P, TREFOIS P. Communication et promotion de la santé. Bruxelles, Question Santé, 1998.
7. BOURDILLON F. Les lobbies agroalimentaires contre la santé publique. Santé Publique, 2005, 4 : 515-516. (Voir aussi les prises de position régulières de la SFSP sur ces sujets. www.sfsp.info.)
8. BRIXI O, FAYARD R, GUILLAUD-BATAILLE S, PÉCHEVIS M. Santé : travailler avec les gens. Rennes, ENSP, 2003, 275 pages.
9. BRUCHON-SCHWEITZER M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris, Dunod, 2002, 454 pages.
10. BURY J. La professionnalisation en éducation et promotion de la santé : oui mais... La Santé de l'homme, 2001, 353 : 57-59.
11. COUET D. Le bouclage du sujet. Sciences Sociales et Santé, 1991, IX (1) : 95-101.
12. FAINZANG S. Les stratégies paradoxales. Sciences sociales et Santé, 1997, 3 : 5-22.
13. GARNIER A. Éducation pour la santé et prévention du dopage. ADSP, 2001 : 35 : 6-8.
14. GIORDAN A. Apprendre ! Paris, Belin, 2005, 254 pages.
15. HCSP. La santé en France, Paris, La Documentation française, 2002.
16. HYPOLITE S, O'NEILL M. Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d'un nouveau modèle d'empowerment. IUHPE promotion. Éducation, 2003, 3 : 137-141.
17. INSERM. Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Paris, Inserm, 2001, 247 pages.
18. JAYET C. Le dispositif de contrôle sanction : limites et progrès possibles. ADSP, 2002, 41 : 42-44.
19. JOULE RV, BEAUVOIS JL. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Presses universitaires de Grenoble, 2002, 231 pages.
20. JOURDAN D, BERGER D. De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. La Santé de l'homme, 2005, 377 : 17-20.
21. L'alcool, symbole de virilité ? Sciences humaines, 2003, 138 : 15.
22. LAMBERT JL, POULAIN JP. Les apports des sciences humaines et sociales à la compréhension des comportements alimentaires. La Santé de l'homme, 2002, 358 : 21-24.
23. LE GARREC S. Ces ados qui « en prennent ». Sociologie des consommations toxiques adolescentes. Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2002.
24. LECORPS P. L'éthique, l'engagement d'un sujet qui se libère. In : Éducation pour la santé en médecine générale. Vanves, Éditions CFES, 1997.
25. LECORPS P. Éducation pour la santé et éthique. Vanves, Éditions CFES, 2000.
26. MALKA S, GREGORI M. Infiltration. Une taupe au service de Philip Morris. Genève, Éditions Georg, 2005, 177 pages. (Voir aussi le site www.prevention.ch, celui de la coalition québécoise pour le contrôle du tabac www.cqct.qc.ca ou celui de la coalition contre le tabac www.toxic-corp.fr.)
27. MARCHAND G. L'essor de la psychologie de la santé. Sciences humaines, 2004, 145 : 14-18.
28. MEIRIEU P. Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie. Paris, ESF, 2005., 198 pages.
29. VERET J. Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé. Contribution à l'élaboration d'un langage commun. Publication du CORES, 2002.