

Modèles et principes en éducation pour la santé

Jean-Claude Manderscheid

Cet article, tout d'abord, constate le peu d'intérêt que les spécialistes français des sciences de l'éducation ont accordé jusqu'à présent à l'éducation pour la santé, comparé à ce qui peut être observé dans les pays anglophones. Une raison possible de cet état de fait pourrait être une conception restrictive de la santé.

L'auteur propose donc, comme préalable, une réflexion sur les définitions de la santé et de l'éducation pour la santé. Il présente ensuite quelques modèles en éducation pour la santé qui illustrent les différentes approches possibles : l'action visant l'individu ou le groupe social, la cible étant passive ou participant à l'action.

C'est l'occasion de faire mieux connaître des modèles nord-américains tels que le « self efficacy » ou le « health belief model ». C'est aussi l'occasion de présenter un modèle original de type sociopolitique conçu lors d'une collaboration entre J.-P. Pagès et l'auteur.

En conclusion l'article donne un exemple d'utilisation de ces modèles dans une action d'éducation pour la santé réalisée dans le département de l'Hérault.

INTRODUCTION

Contrairement à ce qui peut être observé dans les pays anglo-saxons, en France les spécialistes de l'éducation se sont encore relativement peu intéressés à l'éducation pour la santé. Peut être cette situation doit-elle être attribuée à une conception étroite de la santé dans notre pays. Aussi il nous paraît difficile de parler de modèles en éducation pour la santé sans définir au préalable ce que nous mettons sous les termes de santé et d'éducation pour la santé. En effet l'interprétation des modèles ne peut prendre corps qu'à la lumière du sens que nous donnons aux mots.

Notons par ailleurs que toute définition dans ce domaine répond à un point de vue, à un parti pris, à un enjeu. Certes, elle peut être argumentée ou justifiée, mais elle n'est jamais neutre et engage son auteur. Il est donc illusoire de croire ici à une définition purement objective, car la définition dans ce cas ne fait pas que décrire ; pour être opératoire elle doit aussi donner sens à l'objet défini ; or l'objet n'a de sens que parce qu'il est perçu par un sujet.

Une recherche inconditionnelle d'« objectivité » en sciences humaines a conduit un grand nombre de nos contemporains à se dissimuler derrière des analyses purement techniques, impersonnelles, et

de ce fait à dissimuler l'essentiel derrière le contingent. On s'est ainsi souvent cantonné à la didactique pour oublier l'éducation, on s'est trop longtemps attardé sur le biologique pour ignorer le sujet.

Nous ne pouvons nous contenter de ce genre de discours pour parler de santé et d'éducation alors que l'une et l'autre touchent à des objets symboliques fondamentaux : la vie, la mort, le bonheur, le devenir, la perpétuation de l'espèce, de la culture, des valeurs du groupe, de soi.

Nous serons donc amené à choisir, discuter et en fin de compte, à proposer des définitions qui intègrent sans les cacher les valeurs qui les fondent et qui nous permettent une analyse cohérente des modèles en éducation pour la santé.

DÉFINITIONS PRÉALABLES

La santé

En 1946, dans le premier article de sa constitution, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, psychique et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité* ».

Cette définition a l'intérêt de rappeler que l'homme n'est pas seulement un corps physique, mais plus encore un être pensant et socialisé. Ainsi sont posées les trois dimensions fondamentales de la santé (physique, psychique et sociale) dont découleront de nombreuses autres : politique, éthique, spirituelle, environnementale, etc.

Un autre intérêt de cette définition est de parler de la santé et pas seulement de ce qu'elle n'est pas. C'est en ce sens une définition positive. Dans une réalité qui n'est pas forcément binaire, le vrai ne se réduit pas au complémentaire du faux. Ainsi le mal être n'est pas toujours reconnu comme une maladie et inversement l'infirmité n'est pas systématiquement synonyme d'invalidité.

Au delà de ces deux qualités, cette définition appelle quelques remarques, principalement sur quatre points :

- son caractère subjectif,
- son point de vue utopique,
- son aspect statique,
- sa dimension sociale.

Son caractère subjectif tient à ce que cette définition se fonde sur la notion de bien-être qui est une perception individuelle, non quantifiable et dépend d'un contexte temporel, culturel et social. La notion de bien-être nous confronte obligatoirement à un système de valeurs. C'est ce qu'exprime G. Canguilhem [12] lorsqu'il écrit « *le normal n'est pas un jugement de réalité, c'est un jugement de valeur* » et reprenant K. Jaspers, il précise « *c'est l'appréciation des patients et les idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle maladie* ». Plus que la lésion, c'est souvent la perception de la lésion qui est traumatisante, cette lésion vécue comme une déchéance.

L'idée de santé est donc propre à chacun, liée à l'image de soi, à l'image que le sujet croit (à tort ou à raison) donner de lui aux autres.

Pour R. Dubos [19] « *il n'est pas possible de définir la santé dans l'abstrait. Ses critères diffèrent avec le milieu ainsi qu'avec les normes et l'histoire du groupe considéré. Mais surtout les critères de la santé sont fonction des aspirations et des besoins de chaque individu.* »

Il nous faut donc bien accepter cette part de subjectivité et de relativité inhérente à la santé. Au risque d'y perdre peut être en précision, nous y gagnerons à coup sûr en pertinence.

Le point de vue utopique de la définition de l'OMS se situe, d'une part dans la volonté de faire accéder à un bien-être **complet**, d'autre part dans l'objectif tacite de faire accéder **tous** les sujets à ce bien-être complet. Cet objectif fut d'ailleurs réaffirmé lors de la conférence de Alma Atta en 1976 dans le slogan « *la santé pour tous en l'an 2000* ». Cette utopie d'une vie sans conflits, ni échecs, ni souffrances, qui caractérise la plupart des projets d'après guerre émanant de l'Organisation des Nations Unies (ONU), ne doit pas être prise au pied de la lettre. Elle cristallise l'élan de générosité, l'idéal et la quête du bonheur de cette époque. Il s'agit plus d'un phare qui indique le chemin, la bonne direction à ne jamais perdre de vue, plutôt qu'un objectif à atteindre concrètement, totalement et à court terme. R. Dubos [19] souligne que « *l'utopie de la santé absolue possède un pouvoir dynamique du fait que, comme n'importe quel idéal, elle propose un but à atteindre et tend à diriger la recherche médicale vers ce but. L'espoir que la maladie puisse disparaître complètement ne devient un dangereux mirage que quand on oublie qu'il n'est pas réalisable* ».

L'aspect statique de la définition est déterminé par le terme « état ». Or beaucoup d'auteurs s'accordent pour voir dans la santé plutôt un équilibre dynamique, une capacité de l'homme à s'adapter à son environnement, à supporter les agressions de ce dernier. Pour illustrer cela, I. Gordon [1] écrit que « *l'homme et l'humanité sont perpétuellement en lutte : contre des microbes, contre une belle-mère impossible, contre les chauffards pris de boisson ou contre les rayonnements cosmiques venus de l'espace infini... Le caractère positif de la santé ne réside pas dans un certain état mais bien dans cette lutte, cet effort pour atteindre un but qui, étant parfait, est hors de notre portée* ». Il faut bien comprendre que cet équilibre recherché, lieu de confrontation de forces antagonistes et changeantes, est instable, remis en cause à chaque instant. Dans ses mémoires, G. Thibon [42] se souvient que s'inquiétant de la santé d'une voisine malade (c'était au début du siècle en milieu paysan), le mari lui répondit « *aujourd'hui, elle est vertueuse* », et G. Thibon de remarquer que ce paysan retrouvait intuitivement l'étymologie du mot vertu, c'est à dire *virtus* voulant dire force.

Pour R. Dubos cette dynamique est d'autant plus nécessaire que le milieu est changeant et il remarque que « *dans une large mesure, les maladies qui caractérisent les sociétés très urbanisées et industrialisées sont les manifestations des effets des forces nouvelles, émanant du milieu, auquel l'homme n'a pas eu la possibilité de s'adapter* ».

Il faut noter ainsi que cet équilibre qu'est la santé, ne se définit pas à un instant donné, mais dans le temps, dans la durée. En effet l'équilibre d'un moment dépend très largement des situations antérieures. En matière de santé nous pouvons parler de capitalisation des ressources de la vie quotidienne ou, à l'inverse, de leur dilapidation par des comportements et des pratiques inadap- tées.

La dimension sociale de la santé qui est évoquée dans la définition par la notion de bien être social, mérite d'être soulignée et précisée sur au moins trois points.

1) **La santé d'un sujet est liée à la santé de la collectivité dans laquelle il vit.** Par exemple la diffusion d'une épidémie ou la persistance d'une endémie est directement liée à l'importance du « *réservoir de virus* » [2], ce réservoir de virus étant le plus souvent l'ensemble des sujets conta-

minés. Ce phénomène est parfaitement illustré par la progression exponentielle de l'épidémie du sida à ses débuts.

2) **L'individu conçoit la santé à travers un modèle social de celle-ci.** Le mot *embonpoint* ne vient-il pas de l'expression « en bon point », en bonne situation, en bonne position (sous-entendue sociale), proposée au XVI^e siècle par Clément Marot [15] ? Mais les déesses de Rubens ne constituent plus aujourd'hui un modèle de santé. R. Dubos [19] fait remarquer à ce propos qu'il « *est stupéfiant de penser que, dans la plupart des pays de l'Europe méridionale, il s'est produit une sélection de l'hyperthyroïdisme aux XVI^e et XVII^e siècles par le simple fait que cette maladie y passait alors pour rendre les jeunes femmes plus séduisantes* ».

3) **La santé d'un sujet dépend largement du contexte social.** La croissance actuelle du chômage, la précarité sont autant de freins à la santé et ce par des mécanismes multiples :

— la diminution de l'accessibilité aux structures de soins et le manque d'hygiène ;

— l'émergence de besoins plus fondamentaux, plus urgents, plus immédiats : manger, dormir, se protéger du froid ; le capital santé à long terme n'est alors plus une priorité ;

— la désinsertion sociale et l'isolement physique et moral, sources de dépression.

Les nouveaux modes de vie entraînant des modifications des structures familiales posent le problème de l'isolement des sujets et en particulier des personnes âgées.

Pour résumer je dirais que *la santé est* :

- la **capacité** qu'a le sujet de mettre en valeur sans les dilapider, des ressources physiques, intellectuelles et affectives,
- pour **s'adapter constamment à un milieu agressif et changeant,**
- de sorte à **pouvoir vivre de façon autonome et socialement intégrée,**
- aussi **efficacement, aussi pleinement et aussi longtemps que possible,**
- dans des situations successives proches de **l'équilibre, où la gêne et la souffrance physique et mentale sont minimales ou tout au moins supportables,**
- et où le **plaisir de vivre** est suffisant pour rendre l'existence acceptable, sinon agréable.

L'éducation pour la santé

Tout d'abord il faut distinguer l'éducation pour la santé de la **promotion** de la santé ou de la **prévention** en général.

La prévention utilise trois types de moyens :

— des **démarches légales** qui consistent en lois, décrets et règlements imposant aux citoyens un cadre supposé favoriser la santé directement ou indirectement ;

— des **moyens techniques** comme les vaccins, l'assainissement des lieux habités, le traitement des eaux, etc. ;

— l'**incitation des citoyens** à adopter des comportements propres à favoriser leur santé.

L'éducation pour la santé se situe dans cette approche incitative, sans pour autant en utiliser *obligatoirement* tous les moyens.

Parmi les nombreuses définitions de l'éducation pour la santé, nous avons retenu comme point de départ à notre réflexion celle de L. Green [22] pour qui « *l'éducation pour la santé est toute combinaison d'expériences d'apprentissage conçue pour faciliter des adaptations volontaires du comportement conduisant à la santé* ».

A. Rochon [37] commente cette définition en soulignant l'importance de chaque mot. Nous reprenons à notre compte et complétons ce commentaire :

— **combinaison** indique l'importance de la complémentarité des approches éducatives ;

— **expérience d'apprentissage** insiste sur la nécessité d'une pédagogie active permettant l'intégration, la réappropriation des éléments cognitifs (connaissances) affectifs (attitudes et valeurs) et psychomoteurs (habilités) favorisant la réalisation d'un comportement ;

— **conçue** indique la nécessité d'une réflexion préalable, si possible fondée sur une méthode, des principes, des modèles théoriques déjà éprouvés ;

— **faciliter** situe le rôle de l'éducateur dans sa fonction de guide qui doit respecter la personnalité du sujet éduqué, voire favoriser son accession à l'autonomie, à l'autodétermination ;

— **adaptation** montre qu'il ne s'agit pas de proposer des solutions toutes faites, mais de donner des outils au sujet pour l'aider à trouver une approche qui tienne compte de sa personnalité, de sa situation, de sa culture, de son histoire ;

— **volontaire** renforce l'idée d'autonomie et d'autodétermination, clé de voûte de tout processus véritablement éducatif ;

— **comportement conduisant à la santé** fixe l'objectif de l'éducation pour la santé : la santé grâce à certains comportements.

J. Bury [11] fait une classification des définitions de l'éducation pour la santé en fonction des méthodes sous-jacentes. Il en distingue trois grands types :

- celles se fondant sur une information se voulant neutre et faisant appel uniquement à la raison, au « bon sens » du sujet ;

- celles correspondant à des approches suggestives, visant la modification systématique et planifiée des comportements des individus et des groupes à leur insu ;

- celles enfin se réclamant d'un idéal éducatif et visant la motivation et la participation pour entraîner un comportement volontaire adapté.

La définition de L. Green que nous avons choisie se situe tout à fait dans l'approche éducative. De notre point de vue, l'éducation pour la santé est avant tout de l'éducation et à bien y regarder l'éducation générale bien pensée est déjà de l'éducation à la santé dans la mesure où elle participe à l'épanouissement du sujet, à son accession à l'autonomie, à son intégration sociale.

L'approche informative a fait la preuve de ses limites, d'une part parce qu'une information n'est jamais vraiment neutre, du simple fait d'être choisie plutôt qu'une autre, d'autre part parce que nous savons bien que la plupart de nos comportements ne sont pas la conséquence ou l'aboutissement d'une argumentation totalement rationnelle et consciente. Avec J. Bury, il faut se rendre à l'évidence, les gens informés ne changent pas nécessairement leur comportement face à la santé.

À l'opposé, l'approche suggestive ne fait pas appel au raisonnement conscient de la part du sujet. À l'instar de la publicité elle exploite au contraire, à l'insu du sujet, les mécanismes inconscients de prise de décision. Cette approche qui n'est pas éloignée de la manipulation, n'est pas sans soulever des interrogations sur le plan éthique.

Parmi ces approches, l'éducation pour la santé doit emprunter la voie étroite entre la part de liberté nécessaire pour faire l'apprentissage de

l'autonomie, et la contrainte des valeurs fixant les limites de cette autonomie. Mais les frontières ne sont pas franches et l'éducateur doit toujours se garder d'un risque de dérive d'un côté ou de l'autre. Idéal difficile, peut être utopique, parfois compliqué par des contextes sociaux particuliers.

L'absence de la dimension sociale est à notre avis la seule lacune majeure de la définition de L. Green. L'éducateur ne doit pas perdre de vue que le sujet éduqué est un sujet social et que sa santé perçue ou réelle est largement tributaire du milieu dans lequel il évolue, des contingences sociales et politiques.

Pour notre part nous dirons que ***l'éducation pour la santé est :***

— *l'ensemble élaboré et cohérent des interventions sur le **sujet** et sur le **groupe** ;*

— *qui doivent aider le sujet à **vouloir, pouvoir et savoir** ;*

— *choisir et adopter de façon **responsable, libre et éclairée** ;*

— *des attitudes et des comportements propres à favoriser sa santé et celle du groupe.*

C'est à la lumière de ces définitions, à travers la grille de lecture qu'elles nous proposent, que nous allons maintenant examiner quelques modèles en éducations pour la santé, en nous référant pour une bonne part à des sources anglo-saxonnes encore mal connues en France.

LES MODÈLES ET PRINCIPES

Nous avons établi une classification reposant sur deux critères :

- la nature de la cible : le sujet ou le groupe,
- le rôle de la cible : plus ou moins actif.

Nous présenterons d'abord des approches que nous qualifierons d'individuelles, dans la mesure où l'objet d'étude est l'individu, même si celui-ci est parfois replacé dans un contexte social. Dans un deuxième temps, nous envisagerons des approches que nous appellerons sociales et politiques du fait qu'elles s'intéressent à des groupes, à leur structure, à leur fonctionnement. Cette distinction entre individuel et social revient en fait à aborder les problèmes à un niveau qui peut être soit intra, soit interindividuel ou intrasituationnel. Au sein de chacun de ces deux premiers groupes,

nous distinguerons des modèles « passifs » et des modèles « participatifs ».

L'approche individuelle de l'éducation pour la santé

Selon la théorie de la soumission librement consentie proposée par J.-L. Beauvois et R.-V. Joule [6] l'action précède la pensée, alors que dans le « *Health Belief Model* » [3] par exemple le traitement de l'information et des contenus symboliques est supposé précéder et déterminer l'action. Nous parlerons par la suite d'approche « action-pensée » pour désigner celle où l'action précède la pensée et d'approche « pensée-action » pour désigner celles où la pensée précède l'action.

L'approche action-pensée ou la théorie de la soumission librement consentie

J.-L. Beauvois et R.-V. Joule [5], [6], [25] constatent que les méthodes informatives faisant appel au raisonnement et au bon sens ne sont pas les plus efficaces pour influencer autrui dans ses choix, ses opinions, ses comportements. Ils en concluent que les choix, les opinions ne sont pas prédéterminés par les idées, mais par les actions. Telle est l'hypothèse fondamentale sur laquelle repose la théorie de l'engagement.

J.-L. Beauvois et R.-V. Joule citent plusieurs auteurs américains ayant expérimenté et établi la théorie de l'engagement [5]. Selon cette théorie, un individu ayant accepté d'émettre un comportement en opposition avec ses opinions et attitudes, pour peu qu'il ait le sentiment de l'avoir fait librement, sera beaucoup plus enclin à reproduire ce comportement ou un comportement allant dans le même sens sans que personne ne le lui demande. L'explication d'une telle réaction doit être recherchée dans le concept de justification et dans la théorie de la dissonance cognitive. Disons très schématiquement que si le sujet a émis le comportement sans contrainte perçue (absence de forte menace ou de forte récompense), c'est-à-dire sans justification externe de son comportement, alors il devra trouver cette justification en lui-même (justification interne). Si de plus le comportement réalisé par le sujet est en désaccord avec ses idées, ses opinions et attitudes, ce dernier éprouvera un sentiment d'inconfort psycho-affectif qui le conduira à modifier ses opinions et attitudes pour les mettre en accord avec ce

comportement émis. C'est la théorie de la dissonance cognitive.

Partant de là, J.-L. Beauvois et R.-V. Joule proposent la stratégie qui consiste à amener le sujet à émettre le comportement souhaité, en le mettant d'abord en situation de réaliser un premier acte peu coûteux et qu'il ne peut donc pas refuser. Ce premier acte cependant engage le sujet et le conduit vers d'autres actes de plus en plus coûteux, de plus en plus engageants qui aboutissent au comportement attendu.

Si la théorie de l'engagement, à travers des techniques comme celles du « pied dans la porte » ou de l'« amorçage » ainsi que le concept de « soumission librement consentie », a souvent fait la preuve de son efficacité, une question n'en reste pas moins posée, surtout dans notre culture occidentale, celle de la liberté. Où s'arrête l'éducation, où commence la manipulation ? Le débat est ouvert. J.-L. Beauvois et R.-V. Joule [6] remarquent à ce propos que, premièrement la soumission librement consentie peut dans de nombreuses circonstances être avantageusement substituée à l'exercice de l'autorité, deuxièmement la suspicion qu'elle éveille provient de ce que les sujets expérimentaux « déclarés libres » se comportent exactement comme ceux qui ne le sont pas. Si cette suspicion fondée sur de telles raisons est justifiée, les auteurs nous invitent à observer les fonctionnements sociaux et à réfléchir sur ce qui distingue le comportement de citoyens dits libres, par rapport à celui de ceux qui ne le sont pas.

L'approche « pensée-action » dans les modèles nord américains

La « social cognitive theory » et le concept de « self-efficacy »

La théorie de l'apprentissage social (*Social Learning Theory*) de A. Bandura [4], affinée par l'auteur lui-même et renommée Théorie de la pensée sociale (*Social Cognitive Theory*) [3], puis reprise par V.-J. Strecher [39] et I.-M. Rosenstock [38] constitue un outil permettant de prévoir l'orientation des changements de comportements de santé et leur stabilité dans le temps. C'est le concept de « self-efficacy ». Partant de ce concept, ces derniers auteurs ont proposé des méthodes permettant de modifier les pratiques de santé.

Le « self-efficacy » se fonde sur l'hypothèse que le comportement est déterminé par les attentes (*expectancies, expectations*) et les incitations (*incentives*).

Les **attentes** que l'on peut aussi considérer comme des perceptions ou des croyances sont de deux types : celles relatives à l'effet du comportement (*outcome expectations*) et celles relatives à ses propres capacités à réaliser le comportement (*efficacy expectations*).

Les « **outcome expectations** » sont constituées par l'ensemble des croyances qu'a le sujet sur les conséquences possibles de ses comportements. Par exemple on peut croire ou non que le fait d'avoir une activité physique ou de faire du sport protège plus ou moins de l'infarctus du myocarde.

Les « **efficacy expectations** » (qui donnent leur nom au concept de « self-efficacy ») représentent la confiance que l'individu met dans ses capacités à réaliser le comportement souhaité pour parvenir à l'effet désiré. Par exemple le fait de penser qu'on est capable de suivre un régime hypocalorique conditionne fortement la décision d'entreprendre et le fait de poursuivre ce régime.

Il faut bien insister sur le fait que, plus que les aptitudes réelles du sujet et les conséquences réelles d'un comportement, ce sont surtout les perceptions que le sujet en a qui importent. Il faut noter aussi que dans l'esprit des auteurs, la perception qu'a le sujet de ses propres aptitudes à faire, n'est pas lié à sa personnalité, à ses traits de caractère, mais à la nature perçue du comportement spécifique à réaliser, au contexte particulier dans lequel il se trouve. Cela signifie que les « *outcome expectations* » et « *efficacy expectations* » ne sont pas constantes pour un sujet, mais varient avec la situation et le type de comportement à réaliser.

Les **incitations** correspondent ici à la valeur accordée à un objet particulier ou à un effet qui peut être l'état de santé, l'apparence physique, l'approbation de l'entourage, etc. Les incitations sont liées à cet objet, non en lui-même, mais à travers l'interprétation qu'en fait le sujet, à travers la compréhension qu'il en a et la valeur qu'il lui accorde.

Ayant mis en évidence le rôle fondamental que joue le « je crois que je suis capable de » dans la réalisation effective d'un comportement, V.-J. Strecher [39] envisage les moyens de déve-

lopper cette confiance dans ses propres capacités.

Fidèle à la théorie de l'apprentissage social dont il est issu, le concept de « *self-efficacy* » correspond bien à un **apprentissage** et dépend donc des informations qui l'alimentent. Deux choses importent alors, les sources de ces informations (V.-J. Strecher en cite quatre) et les processus à travers lesquels le sujet apprécie ces informations (V.-J. Strecher en décompte trois).

• Les sources d'information

L'expérience personnelle est la source d'informations qui affecte le plus la « croyance qu'on est capable de faire ». L'atteinte d'un objectif après avoir surmonté des difficultés qui apparaissaient effrayantes, est le meilleur moyen de renforcer la confiance en soi. D'où l'idée d'une succession d'expériences au cours desquels le sujet maîtrise des comportements de plus en plus difficiles à obtenir.

L'expérience des autres, bien qu'à un degré moindre, peut renforcer la confiance dans ses aptitudes à faire. « Si lui a été capable de s'arrêter de fumer, c'est que c'est possible et je dois pouvoir y arriver moi aussi. »

La persuasion verbale comme stimulant de la confiance en soi est bien connu des éducateurs qui exhortent leurs patients à persévérer dans leur effort. Cette exhortation n'a d'ailleurs pas la même force selon le statut relationnel et affectif que le sujet attribue à celui qui l'émet.

L'état physiologique du sujet, tel que celui-ci le perçoit, peut influencer de façon circonstancielle la confiance qu'il a en ses propres capacités. La fatigue, la douleur, un stress générateur d'angoisse peuvent être interprétés par le sujet comme un signe d'incapacité physique.

• L'appréciation des informations

L'effet des informations sur le niveau de confiance en soi est modulé par plusieurs processus.

L'auto-observation sélective (*selective self-monitoring*) peut amener le sujet à focaliser son attention sur les aspects soit positifs soit négatifs des résultats de sa tentative.

La pondération de l'information peut être liée à l'image que le sujet a de lui et celle qu'il a de celui qui émet le message.

Dans le second cas, ce peut être par exemple le degré de crédibilité qu'il accorde à la personne qui l'exhorte à cesser de fumer.

Le processus d'attribution enfin caractérise le fait que le sujet attribue ou non le résultat d'une tentative d'action à ses propres compétences ou au hasard. A. Bandura [2] fait remarquer que si le processus d'attribution agit sur la confiance dans ses capacités, la réciproque peut être aussi vraie. Il donne l'exemple d'une personne qui aurait une très haute idée de ses capacités et qui face à un échec occasionnel, attribuerait ce dernier au hasard ou à des circonstances particulières et passagères sans remettre en cause la perception qu'elle a de ses compétences.

Le « *Health belief model* »

Le « *modèle des croyances relatives à la santé* » (pour reprendre la traduction proposée par G. Godin [20]) a été formulé dans sa forme originale par G.-M. Hochbaum [24] en 1958. Il a ensuite été développé et affiné par I.-M. Rosenstock, V.-J. Strecher et M.-H. Becker [8] [7]. Il est très imprégné des « *value-expectancy theories* » dont nous avons parlées plus haut. Ce modèle qui avait pour objectif primitif d'expliquer les raisons du choix des personnes, de participer ou non à des campagnes de dépistage médical repose sur l'hypothèse qu'un comportement positif d'un individu par rapport à sa santé est lié à la présence simultanée de trois classes de paramètres.

1) Le sujet doit se sentir concerné par sa santé et considérer celle-ci comme une composante importante de sa vie.

2) Le sujet doit être convaincu (*to believe*) qu'il est vulnérable et exposé à de sérieux problèmes de santé, ou à des séquelles diverses. Ce type de croyance peut être désigné comme la perception d'une menace pour sa propre santé.

3) Le sujet doit croire que l'adoption du comportement préconisé est susceptible de réduire la menace perçue et ce à un coût estimé acceptable. Ce coût estimé subjectivement par le sujet ne consiste pas seulement en un coût financier mais comporte aussi (et surtout) les difficultés perçues que le sujet doit surmonter pour réaliser le comportement souhaité. En fait tout se passerait comme si la croyance du sujet en l'efficacité du comportement pour réduire la menace, était pondérée par une évaluation plus ou moins

Tableau 1. — Correspondances entre les concepts de la « *Social cognitive theory* » et ceux du « *Health belief model* »

<i>Social cognitive theory</i>	<i>Health belief model</i>
Les incitations. Valeur accordée par le sujet à la santé, l'apparence personnelle, etc. (<i>Incentive</i>)	La motivation en matière de santé.
Les croyances sur les interrelations entre événements environnementaux en rapport avec la santé. (<i>Environmental expectancies</i>).	La perception de sa propre vulnérabilité et de la gravité de la maladie ou de ses séquelles. Perception de la « menace ».
Les croyances sur les effets potentiels d'un comportement mais sans notion de coût ou de difficulté à surmonter dans la « <i>social cognitive theory</i> ». (<i>Outcome expectations</i>).	La perception des bénéfices éventuels d'un comportement, pondérée par le coût ou les difficultés à surmonter pour réaliser ce comportement.
Les croyances sur ses propres capacités à réaliser un comportement donné. (<i>Self-efficacy expectations</i>).	Pas d'équivalent dans le « <i>health belief model</i> » sinon dans la perception des difficultés à surmonter.

consciente, des difficultés, des avantages et des inconvénients de ce comportement.

Nous pouvons constater après d'autres auteurs [30] que la « *social cognitive theory* » de A. Bandura et le « *health belief model* » ont beaucoup de points communs que nous mettons en correspondance dans le tableau 1.

Quelques autres modèles et concepts cognitivistes

Le « *locus of control* » [18] correspond à la perception qu'a le sujet de l'origine, de la cause, d'un état de santé. Le sujet peut penser que son état de santé dépend de lui et donc situer le « *lieu de contrôle* » de cet état de santé dans son propre comportement. Le « *locus of control* » sera alors dit interne. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si le sujet pense que son comportement ne peut en rien changer sa santé, le « *locus of control* » sera dit externe (extérieur au sujet).

Le « *self estim* » n'est pas à proprement parler un modèle mais un concept qui correspond à l'image positive que le sujet peut avoir de lui-même. Sans être identifiable au « *self efficacy* », il y est tout de même étroitement associé. Il peut être assimilé à l'une des causes du processus de pondération des informations que nous avons vu plus haut dans le cadre de l'appréciation des informations comme élément intervenant, avec la nature de la source d'information, sur le développement des « *efficacy expectations* ».

Nous citerons simplement pour mémoire trois autres théories qui entrent dans le cadre de cette approche cognitiviste de l'éducation pour la santé.

La **théorie de l'action raisonnée** (*theory of reasoned action*) de I. Ajzen et M. Fishbein [5].

La **théorie des comportements interpersonnels** (*interpersonal behavior theory*) de H.-C. Triandis [6].

La **théorie du comportement planifié** (*planned behavior theory*) qui est une amélioration de la théorie de l'action raisonnée par I. Ajzen lui-même [7].

L'approche participative individuelle

Jusqu'à-là et dans la plus pure tradition de la psychologie expérimentale, l'individu a été considéré comme « **objet** » de réflexion, d'analyse, de même que le corps est objet d'étude pour l'anatomiste et le physiologiste. De ce fait le chercheur se place toujours sur un autre plan que son « objet d'étude », comme si l'un était « plus pensant » que l'autre. C'est pour donner à l'individu sa complète dimension de sujet susceptible de s'autodéterminer et de se prendre en charge, qu'un certain nombre d'auteurs ont proposé une approche participative. C'est ainsi que N.-M. Clark [14] propose une assistance dans l'apprentissage de la santé qui consiste à aider le sujet à imaginer des stratégies permettant d'améliorer les trois processus de l'autorégulation qui sont :

1) **auto-observation** à travers laquelle le sujet parvient à apprécier par lui-même son comporte-

ment, les réactions de son corps, l'effet de son environnement ;

2) **autojugement** qui lui permet d'utiliser les résultats de son observation pour apprécier personnellement les situations et les problèmes qu'il rencontre ;

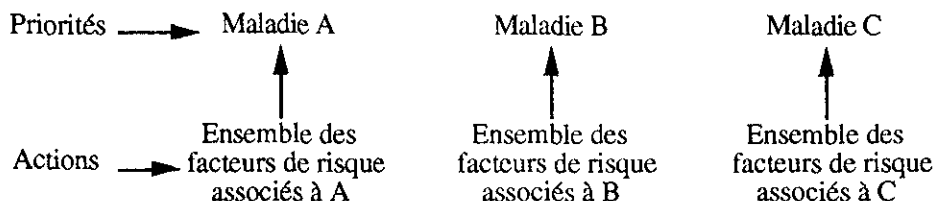
3) **autoréaction** qui est la réponse personnelle du sujet en fonction de l'autoobservation et l'autojugement.

A. Tannahill [41] résume assez bien l'évolution historique des différentes approches en éducation pour la santé en distinguant trois étapes :

1) **L'éducation pour la santé orientée selon les pathologies** définit des priorités en termes de maladies particulières à chacune desquelles correspond une action spécifique orientée vers l'ensemble des facteurs de risques associés, chaque facteur de risque nécessitant un changement de comportement. Le programme vise ici une conséquence : la maladie.

Par exemple, une action visant à diminuer les cancers s'attaquera au tabagisme, aux régimes alimentaires, aux pollutions, etc. comme l'indique la figure 1.

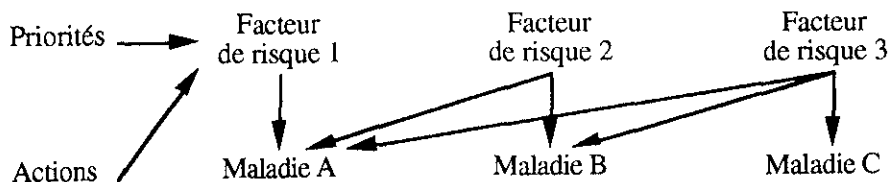
Figure 1. — Éducation pour la santé orientée selon les pathologie



2) **L'éducation pour la santé orientée selon les facteurs de risque** vise à éliminer des facteurs de risque particuliers (par exemple le tabagisme) pouvant favoriser l'apparition de plusieurs maladies

(cancers, maladies respiratoires et cardio-vasculaires). Le programme dans ce cas vise une cause : le facteur de risque comme le montre la figure 2.

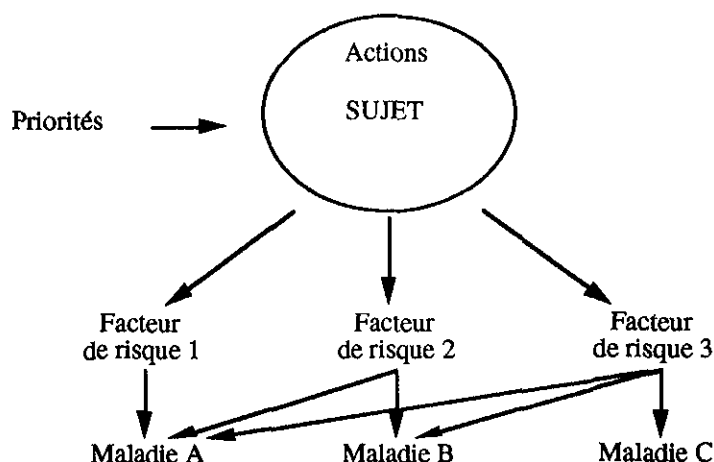
Figure 2. — Éducation pour la santé orientée selon les facteurs de risque



3) **L'éducation pour la santé orientée vers la santé** se fixe pour priorité non plus les maladies ou les facteurs de risque mais le sujet lui-même,

sa santé, son bien-être et le lieu où l'on peut l'atteindre. Cette stratégie est illustrée par la figure 3.

Figure 3. — Éducation pour la santé orientée vers le sujet



Le sujet passe alors du statut de cible souvent passive du programme de santé au statut d'acteur de sa propre santé. Par exemple pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme des jeunes, plutôt que de tenir aux enfants et aux adolescents un discours « préventif » et le plus souvent « moralisateur » au mauvais sens du terme, ne vaudrait-il pas mieux apprendre à ces jeunes à comprendre les processus d'influence de la publicité, à observer le mécanisme des relations sociales au sein d'un groupe, d'une bande, et en particulier le phénomène de pression des pairs par lequel ils sont conduits parfois à réaliser des actes qu'ils n'avaient pas souhaités, à analyser ce à quoi tient le désir, le plaisir, le bien-être. Il ne s'agirait pas là de faire des cours théoriques complexes, mais d'amener le sujet à expérimenter des choses simples, puis à débattre librement avec ses pairs tout autant qu'avec les adultes. L'enfant, l'adolescent aurait ainsi les matériaux et les outils lui permettant de construire sa personnalité et de forger ses représentations sur des bases aussi personnelles et saines [8] que possible.

Une telle éducation pour la santé n'est plus orientée vers une pléthore de maladies (les cancers, les maladies respiratoires, le sida, etc.) ni même vers une multitude de facteurs de risques (le tabac, l'alcool, le soleil, la pollution, etc.) qui conduit à multiplier les actions et à provoquer une

inflation dramatique des programmes scolaires. Elle s'adresse au contraire directement au sujet pour lui parler de lui, des autres et lui apprendre (pratiquement) à comprendre et dans une certaine mesure à maîtriser son corps, ses désirs, les effets de son environnement. Force est de constater alors qu'une telle éducation pour la santé ne peut être dissociée de l'éducation du « citoyen », de l'éducation tout simplement. Notons que la participation n'est pas une fin en soi, elle doit être considérée comme un élément indispensable au processus d'apprentissage de l'autonomie. Une telle éducation cultive la motivation du sujet dont J. André [1] nous rappelle qu'elle se nourrit des messages de reconnaissance et de réassurance. Cette éducation repose donc sur la confiance a priori que l'on exprime au sujet.

Nous devons cependant prendre conscience des questions que cette nouvelle approche soulève.

Tout d'abord l'adulte et plus précisément l'éducateur, celui qui est « investi » du savoir, perd une bonne part de son pouvoir. En effet, il ne lui appartient plus de dicter les comportements, les objectifs à atteindre. Il a pour nouvelle mission d'aider le sujet à analyser une situation, à **s'auto-déterminer** et à agir. Cela conduit à redéfinir les rôles et les responsabilités de chacun, ce qui peut

parfois créer une situation inconfortable intellectuellement et psychologiquement. L'éducateur doit **négoier**, il n'a plus le confort intellectuel qu'offrait l'inamovibilité rassurante d'un standard érigé en vérité première, ni le confort psychologique d'une autorité incontestable. La deuxième conséquence d'une telle approche de l'éducation pour la santé porte sur l'évaluation de celle-ci, dans la mesure où les objectifs en termes de comportements ne sont plus préalablement et définitivement fixés, mais s'imposent au cours de l'action. En effet, à la différence de l'approche par la « soumission librement consentie », l'« autonomie » du sujet, supposé être par ailleurs « éclairé », peut le conduire à des choix de comportements qui ne sont pas forcément ceux auxquels avait pensé l'initiateur du programme. Quant aux objectifs éducationnels vrais (capacité d'autodétermination, d'autoprise en charge) leur appréciation n'est pas évidente et n'a pas forcément une expression homogène d'un sujet à l'autre, d'un groupe à l'autre.

L'approche sociale et politique de l'éducation pour la santé

Au cours des années 80, les chercheurs se sont de plus en plus inquiétés de replacer le sujet dans son environnement, et en particulier dans son environnement social. On s'aperçoit alors que l'intention d'agir d'un sujet n'est pas seulement liée à sa perception du problème de santé et de ses capacités à faire (ou liée à ses actes antérieurs pour la théorie de l'engagement). Cette intention d'agir est aussi liée à la perception des autres. Les modèles de H.-C. Triandis ou de I. Ajzen et M. Fishbein évoqués plus haut comportent déjà des « déterminants sociaux » de l'intention d'agir. Mais au cours des années cette dimension s'impose de plus en plus. Par exemple, M.-W. Kersell et J.-H. Milsum [28], après avoir présenté les différents modèles alors connus dont le « *health belief model* », proposent leur propre modèle qui « tente d'intégrer la dimension de l'environnement socioculturel » faisant partie des « conditions (de l'incitation à faire) liées aux antécédents externes » par opposition aux « conditions liées aux antécédents personnels ».

Ils introduisent aussi « la perception de l'influence sociale et la perception des facteurs environnementaux » qu'ils classent dans les « conditions socio-psychologiques ». Dans le même sens, E.-P. Bettinghaus [9] introduit dans son modèle la notion de « pression sociale » alors

que T.-E. Dieldman [18] propose une batterie de questions permettant d'évaluer la susceptibilité du sujet à la pression des pairs.

Comme l'exprime M. Minkler [33] par un jeu de mots, les programmes d'éducation pour la santé ont mis l'accent sur la responsabilité de l'individu (*responsability*) en oubliant sa capacité à répondre (*response-ability*). Or M. Minkler à la suite de S.-L. Syme [40] et de G.-A. Kaplan [26] fait remarquer que la classe sociale est un facteur de risque important de maladie, peut être le plus important. De même pour J.-P. Deschamps [16], « l'éducation pour la santé a trop longtemps mis l'accent sur la modification des comportements individuels souhaités, là où les problèmes de santé avaient une dimension profondément culturelle et sociale ». Aussi, écrit-il par ailleurs [17], « il s'agit dès lors de faire de l'éducation pour la santé un outil de changement social et non plus seulement un moyen de modifier des comportements ». Cela nous conduit à penser, qu'au moins dans certains cas, l'éducation pour la santé et plus généralement la promotion de la santé doit s'adresser non à des individus mais à des groupes sociaux. Ainsi nous entrons dans l'approche sociale de l'éducation pour la santé. L'approche sociale concerne non pas un ensemble d'individus, chacun d'eux étant pris isolément, mais l'ensemble dans sa structure elle-même. Certes il importe de prendre en compte les données propres à chaque individu, mais il importe plus encore de considérer le jeu des interactions qui détermine la structure de l'ensemble : les interactions entre individus, mais aussi les interactions entre comportements.

Le soutien social et les réseaux sociaux

B.-H. Gottlieb [21] définit le soutien social (*social support*) comme ce que la société renvoie au sujet (*feedback*) à travers les contacts avec les pairs ou avec le groupe de référence (*primary group*) qui a le plus d'importance aux yeux de l'individu. Pour J. Cassel [13], la déficience de ce *feedback* en provenance du groupe de référence peut être à l'origine de la survenue d'états pathologiques. Mais il serait illusoire de penser à l'inverse que le groupe de référence dans lequel le sujet est plongé est inconditionnellement positif et bénéfique pour les comportements de ce dernier. P. Oriol [35] montre par exemple que les facteurs de risque du tabagisme des 11-16 ans résident la plupart du temps précisément dans ces groupes de référence : les parents, les frères et sœurs, les meilleurs copains et copines. Comme le font

remarquer P. Oriol [35] puis R.-S. Zimmerman [43], pour les comportements impliquant « les autres », « ces autres » doivent être impliqués dans l'intervention. L'intervention doit viser dans ce cas non plus les individus, mais le réseau social lui-même avec ses processus. Dans son analyse du mécanisme du soutien social, B.-H. Gottlieb [21] distingue trois niveaux d'approche :

1) le **niveau macrosocial** où s'organise l'intégration et la participation sociale. À ce niveau, le soutien social est apprécié à travers l'implication du sujet dans les institutions, son adhésion volontaire à des associations ;

2) le **niveau « mezzosocial »** prend en considération les liens qu'entretient le sujet avec ses pairs les plus proches et avec lesquels on peut constater une interaction régulière. Il s'agit du réseau social de proximité constitué par les personnes qui sont amenées à donner au sujet des avis, une assistance matérielle, de l'amitié, des marques d'estime, des motifs d'émotion. Ce sont ceux « qui comptent » (*signifiant others*) ;

3) le **niveau microsociale** repose sur ce qui alimente les émotions profondes : les relations avec quelques intimes. Ici la qualité du soutien social importe plus que la quantité des liens tissés. E.-P. Bettinghaus [9] cite une expérience de prévention de la conduite en état d'ivresse rapportée par H. Mendelsohn [9] et dans laquelle le message qui disait « amis, ne laissez pas des amis ivres conduire », s'appuyait sur le concept de soutien social en visant des proches et non les sujets cibles directement.

L'implication sociale et l'approche politique de l'éducation pour la santé

De même que le sujet, comme nous l'avons montré plus haut, peut être impliqué dans les choix concernant sa santé, de même un groupe social peut prendre part à l'analyse de sa propre situation de santé, à la définition des besoins, à la détermination des priorités, à l'élaboration des actions de santé. Ce que nous avons écrit plus haut sur la participation comme élément du processus d'apprentissage de l'autonomie s'applique parfaitement au groupe social. Pour J.-P. Deschamps [17] « l'éducation pour la santé devient alors un processus à travers lequel on aide les individus et les groupes à trouver des solutions à leurs problèmes, à s'organiser pour modifier des situations sociales ou économiques dangereuses

pour la santé ». Nous sommes là dans le champ de la santé communautaire où l'éducation pour la santé rejoint l'éducation à la conscience critique. Encore une fois, l'approche participative transforme une situation de transmission de savoir en une situation de partage de savoir où les professionnels doivent « *accepter de s'instruire du discours des usagers et accepter de n'être parfois pas indispensables* ». V.-L. Machado [29] remarque que la communauté n'échappe pas aux différenciations d'intérêts, voire aux contradictions. Les antagonismes peuvent donner lieu à des conflits ouverts ou latents, au sein du groupe ou entre le groupe et les professionnels. La gestion de ces conflits se fait alors à travers la négociation.

Dans son analyse des représentations sociales en période de crise, J.-P. Pagès [36] signale que si acteurs (autorités scientifiques ou morales, leaders politiques) et public sont en général en accord sur l'objectif (pour nous l'objectif de santé et de bien-être), la divergence d'intérêts des parties prenantes provoque un désaccord sur les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à cet objectif. C'est alors du conflit que résulte l'équilibre « négocié » correspondant au « risque accepté ». Aussi dans son analyse, J.-P. Pagès ne considère plus l'opinion publique uniquement comme un jugement susceptible d'être modifiée par l'information ou la communication (opération à sens unique), mais comme une « *force légitimante* » dont l'acteur (le professionnel de santé, le décideur politique) est obligé de tenir compte. Dans cette approche où la psychosociologie s'intègre au politique, les conflits jouent un triple rôle social :

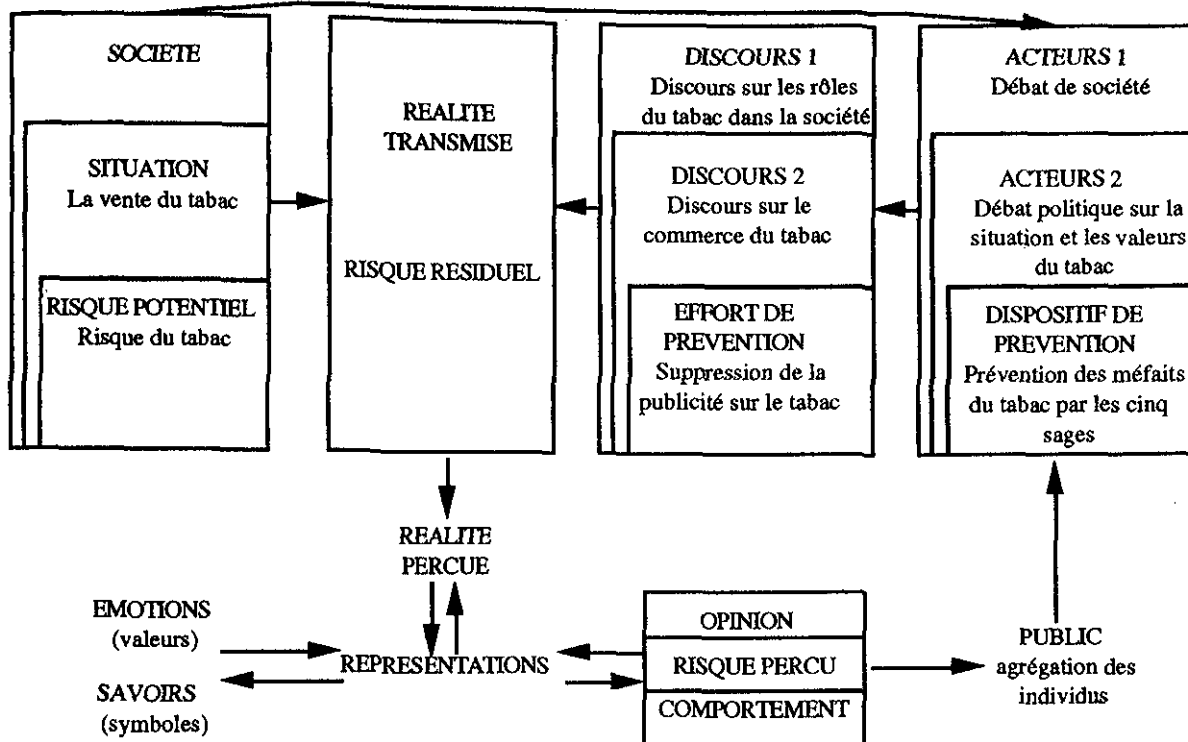
— **légitimer les grands choix** en imposant le débat entre les parties prenantes. Par exemple dans un lycée mettant en place un programme d'éducation pour la santé, ces parties prenantes pourront être l'administration, les enseignants, les parents d'élèves, les élèves eux-mêmes ;

— **harmoniser les changements institutionnels** et l'évolution des mentalités ;

— **permettre aux individus de communiquer** et ainsi d'accéder à une certaine connaissance. En effet les individus prenant position dans le débat doivent alors argumenter leur choix.

Partant du concept de « *champ* » proposé par P. Bourdieu [10] nous pouvons considérer que l'éducation pour la santé s'inscrit dans un champ (un marché) où s'ajustent une offre de la part des acteurs et une demande de la part du public.

Figure 4. — Action préventive et relation acteurs-public



Ainsi acteurs et public en interaction, participent à une construction : celle du risque perçu et de sa gestion. S'inspirant de S. Moscovici [34] et C. Herzlich [23], J.-P. Pagès montre alors comment l'individu participe, en prenant position, à la construction de ses propres représentations.

Une réflexion conduite en commun avec J.-P. Pagès nous a conduit à l'élaboration d'un modèle s'appuyant sur les théories de ce dernier pour expliquer les mécanismes sociaux et politiques associés à la mise en œuvre d'une action de santé publique. Nous avons illustré ce modèle par la figure 4 dans le cas particulier de la prévention du tabagisme.

Prenant en compte une situation donnée (médicale, économique, sociétale) les acteurs (leaders d'opinion) font des propositions ou émettent des discours à travers lesquels ils transmettent une certaine réalité. Cette réalité, combinée à une lecture particulière de la situation précitée, génère chez le sujet une réalité perçue qui participe, avec ses émotions et ses savoirs, à la construction de

ses représentations. À partir de ces représentations, le sujet émet :

- une **opinion** constituée par le discours qu'il tient sur le tabac dans la société ;
- un **discours sur la perception** qu'il a du risque que représente le tabac pour la société. Ce risque doit être distingué de celui que le sujet perçoit pour lui-même et qui est ici intégré aux émotions ;
- un **comportement** en relation avec le tabac (consommation ou non) qui est pour le sujet une façon, entre autres, de s'exprimer.

Ces trois éléments qui constituent globalement la prise de position sociale du sujet vis à vis du problème, à leur tour rétroagissent sur les représentations. Sous la pression sociale le sujet est obligé de justifier ses choix. C'est précisément cette rétroaction sur les représentations soulignée par J.-P. Pagès qui donne au schéma son caractère constructiviste.

L'agrégation des sujets constitue le public dont l'opinion va influencer les acteurs pour ainsi

fermer la boucle. Mais l'expérience montre que très souvent cette boucle est en fait une hélice qui place le problème successivement à trois niveaux.

Dans le cas particulier du tabac, au premier niveau, les acteurs représentant le dispositif de prévention sont les cinq « sages » qui conseillent le ministre de la Santé et obtiennent l'effort de prévention qu'est la suppression de la publicité sur le tabac. Le risque potentiel du tabac (toutes les pathologies qui peuvent en découler) est ramené au risque résiduel, le nombre de cancers des bronches par exemple. Cette première intervention entraîne un débat et l'expression d'un opinion au niveau du public.

Cette opinion publique provoque à son tour un débat politique sur la situation et les valeurs « doit-on supprimer le tabac ? ». Les acteurs à ce deuxième niveau sont ceux directement concernés par le tabac : le ministère de la Santé, le ministère du Budget, la SEITA, les représentants des producteurs de tabac... Le discours porte sur le commerce du tabac. Le danger est maintenant la situation liée à la vente (ou à la non vente) du tabac.

Dans ce débat, le risque perçu du tabac est un enjeu : les acteurs qui s'opposent à la consommation du tabac ont intérêt à ce que le risque perçu soit important pour pouvoir s'appuyer sur le public dans la controverse qui les oppose aux acteurs produisant le tabac ou favorisant sa consommation. C'est ainsi que, de producteur de la position sur le tabac, le risque perçu, devient produit de celle-ci. Certains anglo-saxons appellent ce phénomène l'amplification du risque [27].

Au troisième niveau nous accédons à un débat de société dans lequel le conflit lié au tabac est replacé dans l'ensemble des conflits et où tous les leaders d'opinion peuvent intervenir. Les discours émis portent sur les rôles du tabac dans la société.

Poussés au devant de la scène par l'opinion, ces acteurs marquent de leur sceau leurs discours qui sont de véritables « prêt à penser » (prise de position avec son argumentation) qu'ils offrent à travers les médias au public. C'est ainsi qu'à travers les acteurs se tissent des liens entre les prises de position des individus du public dans les grands débats de société. Nous ne sommes plus dans le registre des réalités techniques mais dans celui des symboles et des valeurs.

Dans ce processus « politique » on comprend que la génération du débat est liée à l'intérêt du public et à la pression qu'il exerce sur les acteurs. C'est la raison pour laquelle il est difficile d'apporter une solution aux problèmes de santé qui ne mobilisent pas l'opinion. Seules les évolutions de la perception du tabac dans le public ont permis de voir les récentes décisions politiques en matière de prévention (loi sur la suppression de la publicité). Ce qui importe en fait, n'est pas tant la réalité correspondant au risque résiduel, que les canaux par lesquels sont transmis cette réalité et la réalité perçue qui en découle. Nous voyons bien que dans ce schéma, les représentations jouent le rôle clé. Aussi à ce niveau, le but d'une action d'éducation pour la santé est bien d'atteindre celles-ci.

CONCLUSION : DES MODÈLES À L'ACTION

Les modèles, surtout dans le domaine de l'éducation pour la santé, ne constituent pas des recettes toutes faites qu'il suffit de reproduire pour s'assurer du succès. Chaque situation est particulière et réclame une action adaptée. Les modèles, qui ont un rôle heuristique, sont alors utiles pour alimenter la réflexion préalable à toutes conceptions d'un projet éducatif. Mais ils peuvent aussi éclairer l'analyse que l'on fait des effets d'une action.

Dans le cadre de la prévention du sida nous avons conçu et mis en œuvre durant l'année scolaire 1988-1989 une action expérimentale d'éducation pour la santé dans la moitié des lycées classiques et lycées professionnels du département de l'Hérault. Les autres établissements nous ont servi de témoins pour l'évaluation.

Notre constat (que nous nuancerions aujourd'hui) était alors que les jeunes lycéens savaient quasiment tous comment se transmet le virus du sida, mais pour la plupart, ils disaient ne pas être concernés et en conséquence ne prendre aucune précaution. Notre objectif dès lors fut de les amener à s'interroger et à débattre sur les deux grands problèmes liés à cette maladie : les risques de contamination et le danger de la ségrégation. La conception de notre action s'est fondée à la fois sur le modèle participatif individuel et sur le modèle sociopolitique.

Pour créer une dynamique d'interrogation chez les jeunes, dans chaque établissement retenu nous avons proposé à un groupe de lycéens de concevoir et réaliser un film vidéo de 5 à 10 minutes sur le sida. Ils devaient dans un second temps présenter leur film à leurs camarades et organiser des discussions autour de celui-ci. Nous ne sommes pas intervenus personnellement. Nous n'avons pas proposé et encore moins imposé de solutions préventives. Nous avons simplement mis à la disposition des jeunes l'ensemble des connaissances alors disponibles (bibliothèque et vidéothèque itinérante).

Des volontaires de l'équipe éducative (enseignants, conseillers d'éducation, infirmières, etc.) de chaque lycée impliqué ont été formés avec l'aide du Centre Régional de Documentation Pédagogique et de la Mission Académique pour pouvoir encadrer les jeunes réalisateurs et acteurs. Le projet qui était placé sous la responsabilité des chefs d'établissement avait fait l'objet de plusieurs réunions de concertation avec les associations de parents d'élèves, les responsables de l'Inspection d'Académie et du Rectorat ainsi qu'avec un conseiller technique du Ministre de l'Éducation nationale de l'époque (acteurs du modèle sociopolitique).

Nous avons déjà largement décrit [32] [31] cette action ainsi que les résultats de son évaluation. Nous pouvons dire que cette action a été efficace principalement sur deux points :

- les jeunes des lycées impliqués ont modifié significativement plus leurs comportements sexuels dans un sens préventif que les jeunes des lycées témoins. Mais ce qui est le plus remarquable c'est que ces modifications n'ont pas été uniformes ; elles ont varié en fonction des types d'établissements (lycées professionnels et lycées

classiques), c'est-à-dire en fonction du milieu socioculturel. Les élèves des lycées professionnels ont augmenté leur utilisation des préservatifs tandis que ceux des lycées classiques ont retardé l'âge des premiers rapports. Ces types de modifications, que nous n'avons pas demandé, correspondent en fait à un choix individuel de la population cible dans le cadre d'une action véritablement éducative et non directive ;

- la dynamique d'interrogation que nous avons ainsi provoqué ne s'est pas arrêtée au thème du sida. Il s'est avéré que les jeunes des lycées ayant participé à l'action se sont posés des questions sur d'autres grands thèmes qui font l'objet d'un débat dans la société, comme par exemple la couche d'ozone, le nucléaire, etc.

Nous constatons donc qu'il est tout à fait possible d'éduquer efficacement pour une meilleure santé sans pour autant avoir recours à des pratiques de manipulation à l'instar des publicitaires et des spécialistes des techniques de ventes. L'éducation pour la santé (tout comme l'éducation en général) se distingue du « marketing de santé » sur trois points :

- elle recherche l'intérêt exclusif du sujet et du groupe visé ;
- elle fait *a priori* confiance au sujet ;
- elle tente d'éveiller chez le sujet le sens des responsabilités.

C'est en ce sens que les sciences de l'éducation et les sciences de la santé (dont la médecine) se rejoignent, car au delà du fait que ce sont des disciplines de recherche, ce sont aussi et surtout des disciplines d'actions vers les individus et les groupes. Aussi elles ne peuvent se concevoir en dehors d'un ensemble de règles éthiques et en dehors du respect total de l'être humain.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANDRE J. (1992). — À l'origine, la relation humaine. *Cahiers pédagogiques*, 300, pp. 14-19.
- [2] BANDURA A. (1984). — Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cog Ther Res*, 8, 231-255.
- [3] BANDURA A. (1977). — *Social Foundation of Thought and Action*. Englewood Cliffs: Pentice Hall.
- [4] BANDURA A. (1977). — *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Pentice Hall.
- [5] BEAUVOIS J.-L. et JOULE R.-V. (1981). — Soumission et idéologies. *Psychologie de la rationalisation*. Paris, PUF, 208 p.
- [6] BEAUVOIS J.-L. et JOULE R.-V. (1988). — Psychologie de la soumission. *La Recherche*, 19 (202), 1050-1057.
- [7] BECKER M. (1986). — The tyranny of health promotion. *Public Health Review*, 14, 15-25.
- [8] BECKER M.-H. et JOSEPH J.-G. (1988). — AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *Am. J. of Public Health*. Vol. 78(4) : 394 p.

- [9] BETTINGHAUS E.-P. (1986). — Health promotion and the knowledge-attitude-behavior continuum. *Preventive Medicine*, 15 : 475-491.
- [10] BOURDIEU P. (1984). — *Questions de sociologie*. Paris, Les Editions de Minuit, 277 p.
- [11] BURY J.-A. (1988). — *Éducation pour la santé, Concepts, enjeux, planifications*. Savoir et santé. Bruxelles, De Boeck, 235 p.
- [12] CANGUILHEM G. (1979). — *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF, 224 p.
- [13] CASTEL R. (1986). — Éducation préventive et conduites risquées. In *Colloque de Dourdan*, 21-22 mars 1985 : *Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé*. Paris, CFES, 203-204.
- [14] CLARK N.-M. et ZIMMERMAN B.-J. (1990). — A social cognitive view of self-regulated learning about health. *Health Education Research*. Vol. 5, N° 3 : 371-379.
- [15] DAUZAT A., DUBOIS J. et MITTERAND H. (1971). — *Nouveau dictionnaire étymologique et historique*. Paris, Larousse, 805 p.
- [16] DESCHAMPS J.-P. (1985). — Analyse des besoins de santé et éducation pour la santé. In *Colloque de Dourdan*, 21-22 mars : *Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé*. Paris : CFES, 1986, 211-213.
- [17] DESCHAMPS J.-P. (1990). — Éducation pour la santé. In *La santé communautaire. Concepts/Actions/Formation*. Paris : CIE 127-132.
- [18] DIELMAN T.-E., CAMPANELLI P.-C., SHOPE J.-T. et BUTCHART A.-T. (1987). — Susceptibility to peer pressure, self-esteem, and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse. *Health Education Quarterly*. Vol. 14 (2) : 207-221.
- [19] DUBOS R. (1973). — *L'homme face à son milieu*. In Bozzini L., Renaud M., Gaucher D. et Lambias-Wolff J. — *Médecine et société : les années 80*. Paris, Editions coopératives Albert Saint-Martin, 53-79.
- [20] GODIN G. (1991). — L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*. Vol. IX, N° 1 : 67-94.
- [21] GOTTLIEB B.-H. (1985). — Social networks and social support : An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 12(1), 5-22.
- [22] GREEN L.-W., KREUTER M.-W., DEEDS S.-G. et PARTRIDGE K.-B. (1980). — *Health education planning. A diagnostic approach*. Mountain View (California), Mayfield Publishing Company, 306 p.
- [23] HERZLICH C. (1972). — La représentation sociale. In Moscovici S. *Introduction à la psychologie sociale*. Paris, librairie Larousse, 303-325.
- [24] HOCHBAUM G.-M. (1958). — *Public participation in medical screening programs : A sociopsychological study*. U.S. Public service publication N° 572. Washington D.C. : U.S. Government Printing Office.
- [25] JOULE R.-V. et BEAUVOIS J.-L. (1987). — *Petit traité de manipulation l'usage des honnêtes gens*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 232 p.
- [26] KAPLAN G.-A., HAAN M., SYME L.-E., MINKLER M. et WINKLEBY M. (1987). — Socioeconomic status and health. *American Journal of Epidemiology*, 125, 989-998.
- [27] KASPERSON R.-E., REN O., SLOVIC P. et al. (1988). — The social amplification of risk : a conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-205.
- [28] KERSELL M.-W. et MILSUM J.-H. (1985). — A systems model of health behavior change. *Behavioral Science*. Vol. 30 : 119-126.
- [29] MACHADO V.-L., PETITGIRARD A. et BRIXI O. (1990). — Négociation. In *La santé communautaire. Concepts/Actions/Formation*. Paris, CIE, 156-158.
- [30] MAIMAN L.-A et BECQUET M.-H. (1974). — The belief model : origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.
- [31] MANDERSCHIED J.-C. (Décembre 1992). — Éducation pour la santé et sida. Un essai comparatif avec tirage au sort. *Hygie Revue internationale d'Éducation pour la Santé*. Vol. XI/4 : 26-33.
- [32] MANDERSCHIED J.-C. (Janvier 1992). — *Les évaluations en Éducation pour la Santé*. Thèse de Doctorat d'Université Montpellier I.
- [33] MINKLER M. (1989). — Health Education, Health Promotion and the Open Society : an historical perspective. *Health Education Quarterly*. Vol. 16(1), 17-30.
- [34] MOSCOVICI S. (1976). — *La psychanalyse : son image et son public*. Paris, PUF, 506 p.
- [35] ORIOL P., PATOIS E., GUENIN-TOSTAIN F. et KAUFFMANN F. (1988). — Facteurs de risque du tabagisme chez les jeunes de 11 à 16 ans. *Rev. Mal. Resp.* 5 : 393-400.
- [36] PAGES J.-P. (1991). — Comprendre l'opinion en période de crise : la prise en compte des représentations. In Tixier M., *La Communication de crise. Enjeux et stratégies*. Mc Graw-Hill : 204-231.
- [37] ROCHON A. (1988). — *L'éducation pour la santé. Un guide F.A.C.I.L.E. pour réaliser un projet*. Ottawa, Eds Agence d'ARC Inc., 5-15.
- [38] ROSENSTOCK I.-M., STRECHER V.-J. et BECKER M.-H. (1988). — Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, Vol. 15(2) : 175-183.
- [39] STRECHER V., McEVOY De VELLIS B., BECKER M.-H., ROSENSTOCK I.-M. (1986). — The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, vol. 13(1) : 73-91.
- [40] SYME S.-L. et BERKMAN L.-F. (1976). — Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, 104 : 1-8.
- [41] TANNAHILL A. (1990). — Health education and health promotion : planning for the 1990s. *Health Education Journal*. Vol. 49, n° 4 : 194-198.
- [42] THIBON G. (1993). — *Au soir de ma vie*. Paris, Plon, 219 p.
- [43] ZIMMERMAN R.-S., CONNOR C. (1989). — Health promotion in context : the effects of significant others on Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*. Vol. 16(1) : 57-75.