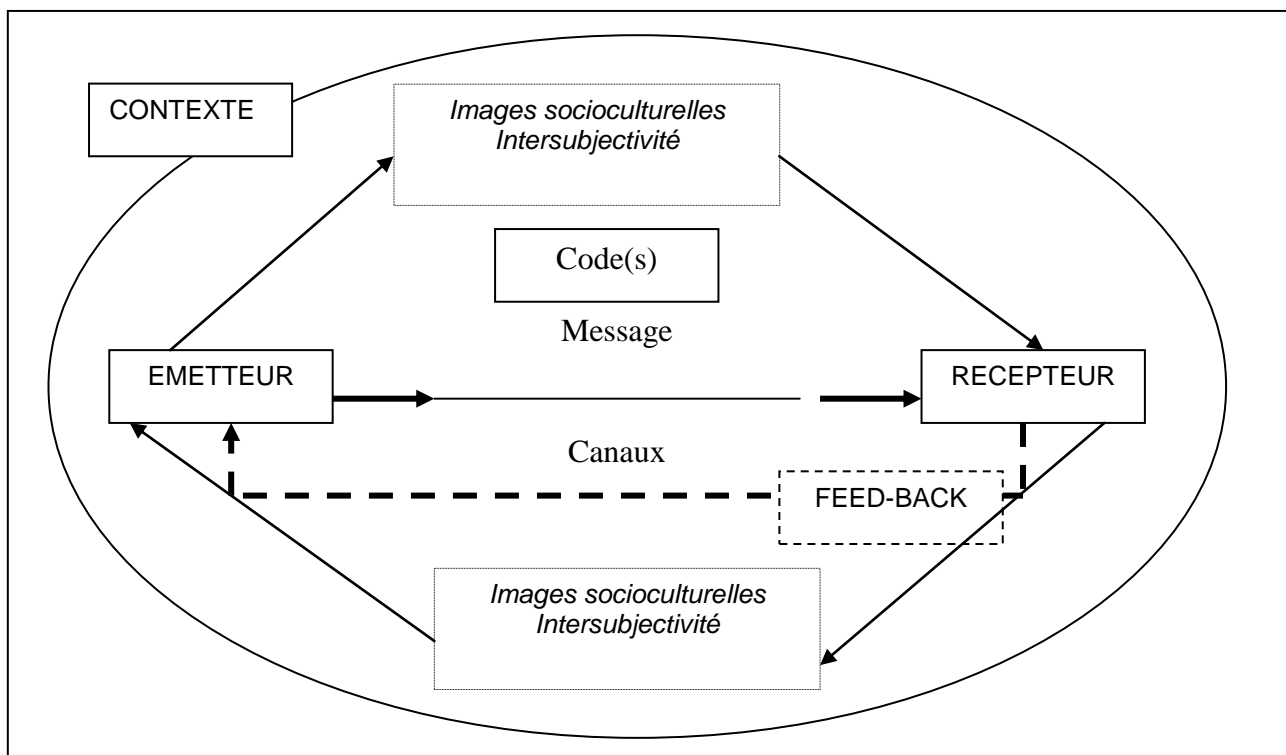


FICHE N° 10 : Aspects PSYCHOSOCIAUX en EDUCATION à la SANTE.

L'éducation pour la santé a pour objectif de proposer des changements qui se veulent bénéfiques pour l'individu, le groupe, la communauté, la société. Il est fondamental d'ajouter que ces modifications seront prises en charge par les individus eux-mêmes. Nous retrouvons dans ces deux affirmations la phrase d'Ambroise Paré¹ : « *Je le pensai et Dieu le guérit* » qui souligne la limite de l'intervention humaine au soigner et/ou à l'éduquer ; rendant ainsi à la nature ou à l'homme, sans doute aux deux, la possibilité de « guérir ».

Ici, dans la perspective retenue, l'homme est acteur et auteur de sa santé. En matière d'éducation pour la santé, il est donc essentiel que l'individu éduqué se réapproprie le changement proposé. Apporter ne suffit pas, donner n'est pas prendre, instruire ou informer n'est pas apprendre. L'éducation pour la santé ne peut se contenter d'apporter des connaissances. Le savoir n'assure pas nécessairement le savoir-faire et le savoir-être, une connaissance n'est pas forcément une compétence. Cette opération éducative a pour cadre et pour moyen premier une relation, permettant l'échange et la compréhension mutuelle. Le *feed-back* est essentiel à cet aspect de la communication, schématisée ci-dessous.



¹ 1510-1590, Ambroise Paré est un fondateur de la chirurgie, il a inventé de nombreux instruments et techniques. Il remplace, entre autre, la cautérisation par la ligature des vaisseaux.

Nous soulignons aussi d'autres points. L'environnement peut avoir des effets néfastes comme bénéfiques sur les objectifs poursuivis par la démarche éducative à la santé. Le code du message peut être perturbé, rendant impossible la communication. Le cas le plus habituel est l'utilisation d'appellations scientifiques considérées comme du jargon, réservant ainsi le discours à une élite.

Les images socioculturelles ou autrement dit, les stéréotypes, mentalités et autres préjugés forment cet ensemble que les sociologues dénomment les représentations sociales. Celles-ci agissent dans les deux sens (*les leurs et les nôtres*) et de manière prépondérante dans le cas de la santé, comme de la profession exercée par l'intervenant. Enfin, l'intersubjectivité fonctionne aussi pour les deux acteurs de cette communication ; c'est la dimension affective et sa représentation.

Considérer ces éléments assiste à rendre les objectifs de l'éducation pour la santé plus accessibles : dépasser la simple acquisition d'un savoir et permettre l'adoption de comportements et d'attitudes. De fait, il faut souligner que certaines relations « éducatives » peuvent être ressenties comme une agression, mettant ainsi en œuvre les défenses et résistances de l'individu ou du groupe. Celles-ci visent à préserver l'identité et plus encore la stabilité qui en découle. La défense la plus forte s'exprime alors par la rupture de la communication.

Il est temps d'invoquer la notion de dissonance cognitive. Quotidiennement, continuellement, nos représentations se confrontent et se confortent au gré de nos interactions avec notre groupe social mais aussi avec les autres groupes. Vous apprendrez à mobiliser ce qui est convenu d'appeler le conflit sociocognitif basé sur cette dissonance. Ce conflit est nécessaire à la construction d'autres représentations sociales comme à leur ancrage. Il faut donc y passer avant de parvenir à une (relative) consonance ! Si le comportement attendu² reste dissonant d'avec les représentations sociales de l'individu, il ne sera pas ; il ne sera alors qu'attitude³, c'est-à-dire très provisoire et très superficiel. Il est bel et bien question de processus.

La santé, et plus encore la maladie⁴, pose la question de l'image de soi qui passe comme le suggère Kübler-Ross par différentes étapes. A propos de la mort, cet auteur suggère cinq stades : le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation. A des nuances diverses, cette approche convient à de nombreuses situations. Face à un changement, il y a toujours un deuil car « *choisir, c'est mourir un peu* », c'est renoncer à quelque chose.

Empressons-nous d'ajouter qu'en plus de cette dimension intersubjective viennent se greffer sur la complexité de la démarche éducative des aspects institutionnels et organisationnels. L'Institution⁵ génère non seulement des représentations sociales tout autant qu'elle est lieu de pouvoir, plus

² par l'éduquant !

³ ou encore une opinion, une parole...

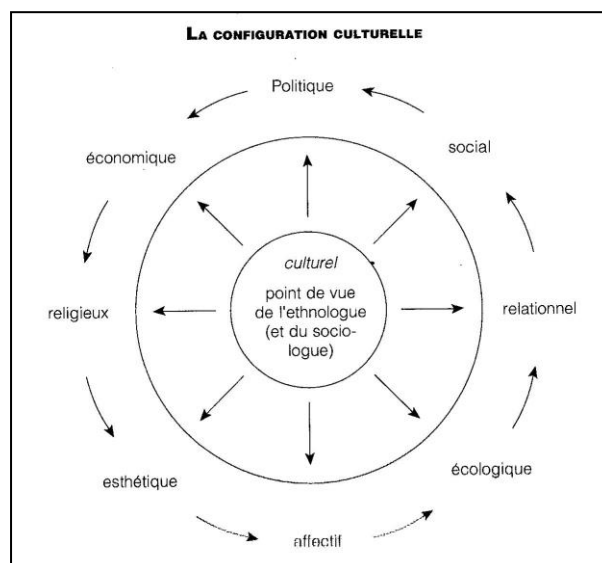
⁴ Brutalement le plus souvent !

⁵ Volontairement écrite avec une majuscule, nous faisons partie de multiples institutions : école, famille, métier, entreprise, etc. .

exactement de rapports de pouvoirs et d'autorité. Ceux-ci interfèrent aussi sur la relation éducative, il est prudent donc d'en tenir compte. Nous avons déjà évoqué cette évolution conceptuelle mais nous pouvons nous en resservir dans ce cadre institutionnel. La religion assure (assurait) la continuité entre le corps réel et le corps imaginaire (sa représentation) mais aussi dans les pratiques (par les rites qu'elle organise). Avec la science (y compris médicale), le corps réel est morcelé, spécialité par spécialité, organe par organe, offrant une vision et donc une approche fragmentaire du corps, de la maladie, de la santé. Réitérons les limites du modèle biomédical afin que la santé ne soit pas réduite aux seuls critères biologiques ou psychologiques.

L'emprise socio-culturel est donc incontestable et omniprésente dans le contexte qui nous occupe, et ce de multiples manières. De fait, la culture est considérée comme un ensemble de savoirs, de techniques, de pratiques et de représentations, transmis socialement d'une génération à l'autre et partagé par ses membres. D'ailleurs, l'ethnologie nous interpelle derechef à la grande variabilité des comportements et des représentations y compris en matière de santé. Le schéma ci-dessous nous montre cette intrication.

Ainsi, les perceptions du couple santé/maladie et les conduites de santé sont associées voire conditionnées par un ensemble de normes et de valeurs spécifiques à une société, à une communauté, à un groupe social. La symbolique d'un geste, fut-il technique, est un révélateur de ce lien. Ces représentations sociales et leur système de valeurs ont des implications non négligeables sur les comportements. Ces multiples déterminants sont à prendre en considération dans l'élaboration d'un projet éducatif en éducation pour la santé.



L'éducation et la santé se côtoient depuis longtemps mais sans se mélanger ou très (trop) timidement : l'un et l'autre gardant précieusement son territoire. Pourtant, des enjeux importants ont été signalés dans ce cours conduisant chaque professionnel de la santé, de l'éducation ou des deux à

la fois à se positionner comme éducateur à, et mieux encore, **pour** la santé. L'enjeu citoyen est également présent et le sera sans doute de plus en plus.

L'option éducative accorde une place plus active à l'individu et/ou à la communauté⁶, malade(s) ou non. En outre, la santé et l'éducation peuvent conforter mutuellement leur position. Ainsi, parler du corps, du somatique avec un ou plusieurs individus amène à construire une relation particulière. Cette dernière peut contribuer à améliorer la relation initiale : effet potentialisateur⁷ certain !

Comme une injection de rappel, le terme « éducation » présente plusieurs origines étymologiques. Les trois suggérées ci-dessous sont propices à notre réflexion :

- *educare* : qui permet de nourrir, de maintenir en vie, enseigner⁸ ;
- *educere* : conduire vers, diriger l'action ;
- *ex ducere* : faire exprimer la personne, lui permettre de s'épanouir.

Dans tous ces messages, nous retrouvons les multiples dimensions du modèle global décrit plus haut comme les ambitions de la promotion à la santé. Il s'agit dès lors de prendre en compte l'adaptation de l'individu (ou du groupe) à son (ses) environnement(s), ses besoins subjectifs et objectifs, les contraintes de sa vie quotidienne, sa famille, son entourage proche, ses activités professionnelles et extraprofessionnelles, l'existence de certaines ressources tout en intégrant prévention, promotion et éducation pour la santé. Cette manière de concevoir oblige (l'éducateur) à s'adapter en permanence. Ainsi, l'éducation pour la santé est un processus structuré qui inclut une **évaluation** du processus et de ses effets : une boucle ! Nous redécouvrirons cette boucle dans le dernier chapitre.

L'organisation de l'éducation pour la santé est devenue une nécessité du fait de l'accroissement du nombre de maladies chroniques⁹, de la fréquence grandissante des comportements à risques, des progrès continus de la médecine, de l'augmentation de l'espérance de vie, du raccourcissement des durées de séjour hospitalier, ... Selon Deccache et Lavendhomme¹⁰, les objectifs de l'éducation à la santé sont d'améliorer l'état de santé de l'individu avec pour finalités de diminuer les coûts des soins de santé, d'augmenter l'efficacité des soins par une meilleure adhésion, par une meilleure compliance¹¹ aux traitements, une meilleure collaboration aux soins, une amélioration de l'autonomie. Dès lors, un accroissement des comportements préventifs aura pour conséquence de réduire la demande en soins, d'assurer une meilleure qualité de vie, individuelle et sociétale.

⁶ Qu'elle soit familiale, professionnelle, corporative, ethnique, ...

⁷ Nous utiliserons ce terme-là dans l'UF7, et particulièrement dans le chapitre consacré à la pharmacologie.

⁸ Les trois développements de cette étymologie suffisent amplement à construire les enjeux d'une démarche d'éducation pour la santé.

⁹ On dénomme alors plus exactement dans ce cadre (étroit) : l'éducation thérapeutique !

¹⁰ Deccache A., Lavendhomme E., *Information et éducation du patient. Des fondements aux méthodes.*, Bruxelles, De Boeck Université, Collection « Savoirs et Santé », 1989, p.78.

¹¹ D'autres diront à cet endroit : adhésion, adhérence...

Eduquer l'individu pour sa santé représente bien une triple révolution par rapport au modèle dominant, le biomédical :

- l'individu n'est plus l'objet mais le sujet ;
- l'objet n'est plus de lutter contre les maladies mais de promouvoir la santé ;
- la démarche de prescription laisse place à une démarche d'éducation.

L'éducation émancipe en responsabilisant l'individu non pas face à la maladie, ou aux risques d'apparition de celle-ci, mais face à ses comportements et attitudes afin de le mener vers une plus grande autonomie. La première forme d'autonomie est celle du choix mais il faut lui donner le moyen de le faire en connaissance de cause. L'ultime finalité est de rendre l'individu compétent et autonome. C'est plus que faire de l'information voire du bourrage de crâne, c'est faire autrement qu'en stigmatisant les conduites à risque, ... surtout si cette attitude n'est centrée qu'exclusivement sur une approche médicale, biomédicale de la ~~santé~~ maladie.

Pour être efficace, l'éducation à la santé exige une démarche d'analyse, un projet¹². Une limite voire un reproche que l'on peut faire à ceux qui la pratiquent¹³ est d'entrer trop rapidement dans l'action. On parle encore trop souvent d'action d'éducation à la santé. Il faut souligner l'aspect ponctuel de ce mode d'intervention dont les effets sont souvent modestes et rarement évalués. En effet, il ne suffit pas qu'une action soit dite d'éducation à la santé pour qu'elle joue ce rôle. De fait, les actions (elles sont déjà au pluriel) ne sont jamais pensées et agies de façon linéaire et univoque. Elles exigent une analyse préalable conduisant à leur adaptation constante aux réalités du terrain. Nous le savons le processus éducatif est complexe et les déterminants de santé sont multiples et toujours imbriqués. Eduquer, c'est plus que prévenir ! Vous les éducateurs, vous pouvez amener à dépasser ce modèle traditionnel et restrictif de l'éducation à la santé.

La finalité de l'éducation à la santé n'est pas de faire baisser la prévalence d'un comportement, l'incidence d'une maladie voire la mortalité. La finalité de l'éducation à la santé est de permettre l'émergence du sujet c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie et la responsabilité de l'autre. Toutes les occasions sont « bonnes », toute occasion¹⁴ doit être saisie. Le projet est ici aussi une notion importante qui rassemble certes des actions mais aussi des analyses et des évaluations : en boucle. Choisir d'éduquer, c'est accepter de rechercher continuellement un équilibre entre le projet et la liberté de l'autre. L'un et l'autre sont en construction : le projet de l'éducateur et la liberté de l'autre, l'éducateur et l'autre aussi. Le questionnement est donc perpétuellement présent dans ces démarches !

¹² La notion de « projet » est donc présente comme en témoigne un chapitre de ce cours, ou un cours de cette UE.

¹³ L'intention est toujours bonne même si elle est entachée d'idéologies ou de militantisme.

¹⁴ Pas seulement les négatives ou pathologiques, pas seulement avec nos clients mais aussi avec nos collègues (l'ergonomie est un exemple), nos amis, nos familles, nos semblables.