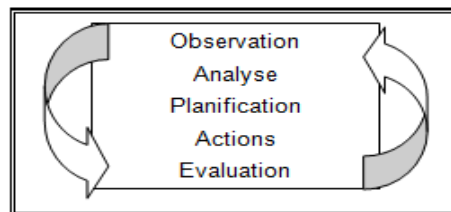


## FICHE N° 11 : PROJET et EDUCATION à la SANTE.

### INTRODUCTION

Une éducation à la santé s'inscrit dans la durée, elle ne peut se contenter d'être une action ponctuelle. Elle se structure, elle est donc projet. Ce projet éducatif et sanitaire se développe donc, comme tout projet, en une succession d'étapes. Il en existe de multiples présentations, comme autant d'outils. Cette fiche aurait pu d'ailleurs s'intituler « caisse à outils ». Nous allons évoquer dans nos travaux, en premier lieu, le QQPC<sup>1</sup> : Quoi, Qui<sup>2</sup>, Pourquoi et Comment ? Ensuite, plus structuré encore, un programme, en cinq étapes, qui s'apparente à une majorité des projets.



Une des lectures de cette méthode est la suivante :

- 1°- Etablir un constat de la situation en tenant compte d'un maximum de déterminants et de facteurs influençant la santé, les comportements comme les aptitudes de la population cible.
- 2°- Poser une problématique. Elle prend comme point de départ l'analyse et envisage les enjeux et finalités de la démarche ; ceux-ci sont intimement liés aux valeurs y compris professionnelles.
- 3°- Fixer des objectifs. Ils peuvent se décomposer en sous-objectifs permettant alors de planifier dans le temps leur mise en œuvre. Bien formulés, ils deviennent des outils d'évaluation.
- 4°- Décliner les objectifs en actions. Celles-ci peuvent être multiples, modulées dans le temps, en groupe ou en individuel. C'est également le temps<sup>3</sup> de choisir des partenaires. Cette vision de l'équipe éducative renforce bien souvent le succès et la légitimité de pareille démarche.
- 5°- Evaluer les résultats. Il ne s'agit pas d'évaluer les effets sur la santé mais d'estimer l'impact des actions menées par rapport aux objectifs mais aussi en regard des comportements des bénéficiaires de ce projet. L'autonomie et la responsabilité sont au centre du débat, pardon, de l'évaluation.

C'est une démarche de projet, avec état des lieux, étude des besoins et des demandes, définition d'objectifs, utilisation d'outils spécifiques et évaluation, mais surtout, elle ouvre la réflexion sur une

<sup>1</sup> Inspiré et réduit de l'hexamètre de Quintilien : QQQCCP.

<sup>2</sup> Ce « Qui » se dédouble en « pour qui » et « avec qui ».

<sup>3</sup> si ce n'est pas déjà fait

indispensable dimension éthique. A l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider, assister ou mieux encore, accompagner chaque individu à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de permettre plus de citoyenneté, plus de responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure

## **ANALYSE ou DIAGNOSTIC**

Le second terme est parfois utilisé mais il souligne l'emprise médicale et son empreinte normative qui peut être utile mais qui, à fortes doses, s'avèrent parfois contre-productives. L.W. Green a développé cet aspect « analyse » dans sa conception de l'éducation au service de la promotion de la santé. Sa méthode PRECEDE-PROCEED décompose la démarche encore plus que les précédents modèles, en l'adaptant aux enjeux élargis de l'éducation à la santé, au-delà du seul médical. Elle plaide en faveur d'une approche multifactorielle de la problématique de santé. L'agir et les interventions iront dans ce même sens : multidimensionnels et multisectoriels. Ces adjectifs auront à se retrouver dans les objectifs comme dans la pratique de l'évaluation.

Il propose d'élaborer les actions éducatives à partir d'une analyse en sept étapes. Ainsi, PRECEED signifie : « *Predisposing - Reinforcing and Enabling - Constructs in Educational and Environmental Diagnosis and Education*<sup>4</sup> » et se compose en sept étapes.

- Etape 1 : à partir de la qualité de vie des individus considérés ;
- Etape 2 : identifier les problèmes de santé qui l'influencent ;
- Etape 3 : identifier les comportements liés aux problèmes de santé en question ;
- Etape 4 : analyser les facteurs influençant les comportements relevés et les classer :
  - facteurs prédisposants : attitudes, croyances<sup>5</sup>, valeurs qui influencent les prédispositions des personnes à agir ;
  - facteurs rendant capable : freins et obstacles dus aux systèmes et rôles sociaux ;
  - facteurs renforçants : principalement feed-back et encouragements ;
- Etape 5 : déterminer les facteurs sur lesquels l'intervention éducative pourra agir ;
- Etape 6 : établir un relevé des ressources et planifier les interventions nécessaires ;
- Etape 7 : évaluer les effets et les résultats obtenus.

La représentation ci-dessous se lit donc de droite à gauche<sup>6</sup>. Le modèle décrit ci-dessus est un guide qui, d'une manière systématique et rigoureuse, permet d'appréhender le contexte dans lequel se

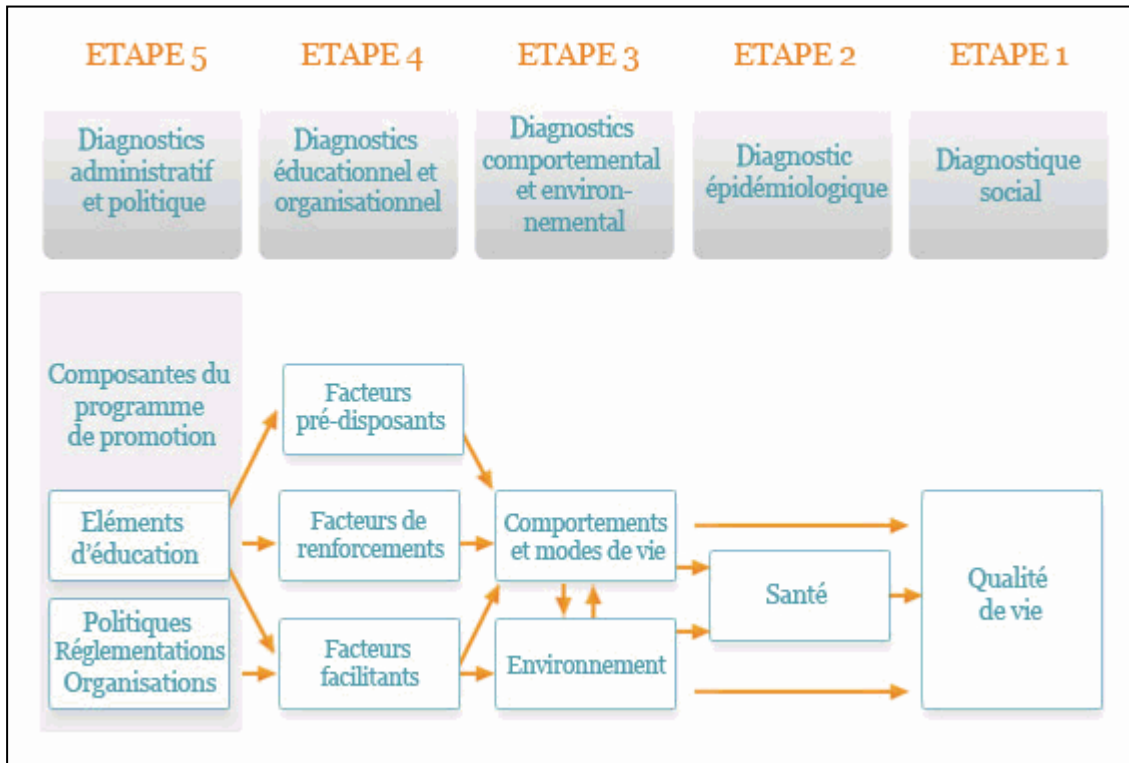
---

<sup>4</sup> Chouette de l'anglais ! Ou en français : « facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et évaluation de ce diagnostic ».

<sup>5</sup> Nous reviendrons sur ce point, essentiel en matière de santé.

<sup>6</sup> « *La fin justifie les moyens* » aurait pu dire un certain Niccolo Machiavel.

déroule l'intervention éducative, de cerner adéquatement le problème de santé, d'en comprendre les causes et les déterminants, d'identifier les priorités d'action ainsi que les éléments susceptibles de rendre l'intervention pertinente et adaptée<sup>7</sup>.



La première étape, celle du « diagnostic social », s'avère complexe. Comment juger de la qualité de vie d'un individu ou d'un groupe ? Comment poser un choix sur ce point ? Cette première étape, que certains délaissent<sup>8</sup> d'ailleurs, signale bien l'emprise éthique<sup>9</sup> de ce type de démarches.

Le « diagnostic épidémiologique » ou de santé cherche à préciser la problématique visée par la démarche d'éducation. Continuons à utiliser la forme interrogative propre au questionnement. Qu'est-ce que l'individu présente comme problème de santé, au sens le plus large du terme ? Quelles sont les répercussions actuelles et potentielles sur sa vie ? Présente-t-il d'autres maladies ou symptômes qui sont prioritaires à ses yeux et qui l'empêcheraient d'être réceptif ? Quels risques encourt-il avec pareils comportements ? Nous retrouverons cela par la suite.

L'étape suivante est celle du « diagnostic comportemental » : Qu'est-ce que l'individu fait ? Quels sont ses comportements mais aussi ceux de son entourage ? Quels sont ceux qui sont favorables et ceux qui le sont moins face au problème de santé identifié ? L'occasion est de rappeler, une fois de plus, la grande variété de ces causes et déterminants de santé. Néanmoins, ils peuvent être classés en deux grandes catégories. En effet, la santé d'un individu est la résultante de « causes » non

<sup>7</sup> Surtout au groupe-cible, désormais identifié par ses déterminants de santé.

<sup>8</sup> Au moins momentanément car cette dimension est souvent appréciée lors de la phase d'évaluation.

<sup>9</sup> ou morale...

comportementales et comportementales. L'éducation pour la santé s'intéresse à l'adaptation des comportements de santé. Face aux facteurs non comportementaux, le modèle sera plus médical et l'éducation à la santé sera alors plus préventive qu'éducative. Toutefois, pour ne pas obérer les résultats de la démarche éducative, il est essentiel de ne pas culpabiliser l'individu par rapport aux déterminants qui lui échappent<sup>10</sup>.

Avant de parvenir au « diagnostic éducationnel », soulignons que l'enjeu majeur de l'éducation (à la santé) est de donner les moyens à l'Autre d'établir les liens entre le problème (de santé) identifié, les comportements ciblés et les éléments déterminant ces comportements. Si les liens ne sont pas faits, les changements entrepris n'auront aucun impact sur la santé et la qualité de vie de l'individu. La quatrième étape est celle du « diagnostic éducationnel » ou au moins éducatif. Il se focalise sur ce qui influence les comportements de santé : les facteurs d'influence. Nous pouvons en relever trois catégories qui interagissent, révélant le caractère intriqué et donc complexe de ces situations.

- les facteurs de motivation : autrement dit, ceux qui vont inciter<sup>11</sup> à entreprendre une action. Il s'agit, de manière non exhaustive, des facteurs affectifs<sup>12</sup>, des facteurs cognitifs, des caractéristiques personnelles<sup>13</sup> et les projets de vie. Ces derniers (*sic*) sont des leviers puissants pour prendre sa santé et sa vie en charge, en mains (propres). Dans pareille approche, la santé n'est pas un but en soi pour les individus, malades ou non, mais le moyen d'accomplir des projets, de réaliser sa vie. L'éducation se met donc au service de ses projets.
- les facteurs facilitant ou freinant les comportements : un peu comme une étude FFOM<sup>14</sup>, nous cherchons à identifier, chez l'individu, ou son groupe, les capacités, les moyens présents ou potentiellement présents dans le contexte. Il est essentiel de retenir que certains éléments vont faciliter ou entraver ces comportements comme les savoir-faire, les habiletés, la disponibilité et l'accessibilité des ressources, la distance géographique, etc.
- l'influence des autres<sup>15</sup> est une dernière dimension à ne jamais négliger. Leurs attitudes, leurs réactions vont pousser l'individu à poursuivre ou à se décourager. La notion de dissonance reprend toute son influence comme la perspective de socio-construction.

Le volet PRECEEDE posé, il est temps d'aborder la cinquième étape, celle du PROCEED. L'autre devient ici Institution. L'acronyme « PROCEED » signifie « *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development* » ; autrement dit, les « Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental ». Dans le

---

<sup>10</sup> tout autant qu'à nous, d'ailleurs !

<sup>11</sup> Nous reprendrons aussi plus loin ce point « économique ».

<sup>12</sup> Nous en avons discuté dans le chapitre consacré aux « Aspects psychosociaux ».

<sup>13</sup> Celles-ci, bien que non modifiables, sont à prendre en considération. Prendre la mesure d'un projet est essentiel à sa réalisation. La politique des petits pas est aussi une formule utile sur ce point.

<sup>14</sup> ou matrice SWOT (en anglais) : Forces – Faiblesses – Opportunités – Menaces. Allez voir !

<sup>15</sup> L'éducateur fait partie des autres !

contexte qui nous occupe comme dans les projets qui seront les nôtres, ce volet peut être négligé, sauf à titre de ressources, documentaires, par exemple.

Terminons ce point, quitte à reprendre une fois de plus la question de la dissonance. La cohérence des messages comme celle des comportements est considérable, en termes d'influence, pour les individus ; surtout s'ils proviennent des professionnels. Le professionnel de l'éducation ou de la santé aura la tâche ou la mission d'accompagner l'individu ou le groupe dans la prise en charge de sa santé ou dans la prise en soin de sa vie. La principale clé est celle du questionnement, de le susciter tant sur ses connaissances que sur ses représentations, accroissant ainsi ses connaissances, permettant ; à son tour, de soutenir ses choix de santé. L'éducation pour la santé consiste en une combinaison d'expériences d'apprentissage, destinée à faciliter les adaptations volontaires de comportements visant la santé et/ou la qualité de vie. Pour être efficace, il est essentiel que ces professionnels répondent d'abord aux questions « POURQUOI ? » avant d'envisager le « comment ? ». Nous y reviendrons dès le début de l'UE 7.

## **LE MODELE DES CROYANCES DE SANTE**

Encore appelé *Health Belief Model*, ce modèle a été élaboré par des psychosociologues qui se sont intéressés à cerner les facteurs qui prédisposent un individu à prendre des mesures préventives concernant sa santé. Ce modèle signale avec force la portée symbolique de la maladie comme de la santé ainsi que l'impact prépondérant des croyances ou représentations sociales. En psychosociologie, ce qui vaut pour un individu vaut pour le groupe. Pour accepter de se traiter, pour accepter l'information, la formation et/ou l'éducation à la santé et y adhérer, l'individu doit :

- 1°- être persuadé<sup>16</sup> qu'il est bien atteint ou exposé à un problème de santé ;
- 2°- penser que ce problème et ses conséquences peuvent être graves pour lui ;
- 3°- penser que modifier ses comportements (changer) aura des effets bénéfiques ;
- 4°- penser que les bienfaits du changement contrebalancent avantageusement les contraintes engendrées par ce changement.

A la lecture de ce modèle, des termes signalent l'emprise économique de nos comportements, issus de nos décisions qui sont, invariablement motivées. Nous l'avons dit la maladie voire la mort peuvent être considérées comme des risques ; transformant la santé comme un bénéfice. Empressons-nous d'ajouter la notion de coût lié à un éventuel changement. L'individu motive son choix suite à un raisonnement<sup>17</sup> du type coût estimé/gain attendu. Cette analyse n'est pas exclusivement rationnelle et se base sur des a priori, des croyances, des représentations, ...

---

<sup>16</sup> Cette première étape nous invite à relire le modèle de Kübler-Ross, présenté dans le chapitre précédent. Cela signale bien le processus par lequel un individu ou un groupe passe avant de modifier durablement un comportement.

<sup>17</sup> ... plus ou moins conscient ...

Concernant les quatre étapes du modèle des croyances de santé, il n'est pas indiqué d'interroger de façon directe l'individu. Ce modèle est donc, comme pour les autres de ce cours, une trame<sup>18</sup> pour les professionnels dans leur manière d'analyser la situation et les potentialités des individus/groupe avec lesquels ils souhaitent avancer.

Cette approche se complète, éventuellement, de la notion de « *health locus control* » ou « lieu de contrôle de la santé ». Contrôler est à prendre au sens de diriger de manière dominante voire arbitraire. Il est à nouveau question de représentations sociales. En effet, selon ses représentations, soit c'est l'individu lui-même qui contrôle sa santé ; soit ce sont les autres qui contrôlent sa santé<sup>19</sup> ; soit c'est la chance, Dieu, le hasard qui contrôle sa santé. Cette conception influence donc la façon dont l'individu ou le groupe, malade ou non, va recevoir les informations voire l'éducation. Il est donc opportun de prendre compte les représentations sociales préexistantes<sup>20</sup> des individus à éduquer. Négliger ces dernières constitue soit un obstacle à l'approche de nouvelles notions<sup>21</sup>, soit, au contraire une aide à leur appropriation. Giordan, dans son modèle allostérique<sup>22</sup> de l'apprentissage, stipule que « *l'apprenant comprend et apprend au travers de ce qu'il est et à partir de ce qu'il connaît déjà* ». Une fois l'analyse ou diagnostic établi, l'étape suivante est de fixer des objectifs à poursuivre afin de mener à bien le processus éducatif.

## **DES OBJECTIFS**

L'analyse et la définition de la problématique aboutissent ensuite à la définition de « compétences » à acquérir et donc d'objectifs à atteindre. Fixer des objectifs oblige à faire des choix et/ou à les catégoriser. Deux premières distinctions sont à introduire dans ce choix. Certains objectifs seront prioritaires<sup>23</sup> car l'enjeu est de taille. Egalement, il faut différencier les objectifs non spécifiques c'est-à-dire communs à tous, des objectifs spécifiques aux besoins du/des individus ciblés. En réalité, ces deux éléments interagissent et la priorité s'estime souvent en regard des déterminants du groupe-cible<sup>24</sup>.

Il est peut-être éducatif, en tenant toujours compte des potentialités de la population concernée, que les objectifs soient discutés et déterminés ensemble par le groupe et les éducateurs. La négociation peut trouver sa place dans la démarche éducative et offre un surcroît d'autonomie et de citoyenneté. Tous les objectifs du dispositif ne doivent pas être partagés. Il est recommandé de partager les

---

<sup>18</sup> conceptuelle et/ou méthodologique

<sup>19</sup> les soignants, par exemple !

<sup>20</sup> Ces représentations sociales préexistantes sont présentes et prégnantes pour toute cognition. Autrement dit, des idées et des systèmes d'explication préexistent à tout enseignement ou éducation. Les représentations, ici liées à la maladie ou à la santé, sont élaborées à partir de ressources collectives qui sont modulées en fonction des expériences individuelles.

<sup>21</sup> et donc de nouveaux comportements !

<sup>22</sup> Je m'en suis partiellement inspiré pour représenter les déterminants de santé (cf. fiche 1 p. 4)

<sup>23</sup> Ne confond-on pas prioritaire et urgent !

<sup>24</sup> Nous retrouvons ici la notion d'incidence et la prise de position du système britannique suggérée précédemment.

objectifs les plus réalistes et ceux qui portent sur le court terme. Un résultat obtenu, même modeste à nos yeux, peut avoir un effet émulateur non négligeable pour le groupe-cible.

Nous terminerons sur la délicate question de l'évaluation. L'objectif est un élément de planification mais aussi d'évaluation. Un objectif peut ou doit être revu, éventuellement corrigé ou adapté en fonction de l'évolution du projet ; parfois même de manière individualisée. En effet, la réalisation des objectifs ne se passe pas dans les mêmes temps pour tous. Cela peut évoluer en fonction des durées d'apprentissage, de nouveaux événements intervenants dans la vie de l'individu, de l'évolution de ses besoins ou attentes, ... Ces remarques viennent souligner la difficulté de l'évaluation continue dans le projet. Ces aspérités amènent certains à délaissier cette évaluation au détriment de la performance du projet comme de la reconnaissance de l'action éducative.

Pour être évaluable, l'objectif doit rencontrer les exigences et les caractéristiques suivantes :

- être spécifique,
- être réaliste,
- être observable,
- contenir une échéance<sup>25</sup>,
- contenir les critères mesurables permettant de déterminer l'atteinte l'objectif,
- être décrit en termes positifs, stimulants et satisfaisants.

## **FINAL**

Nous pourrions poursuivre le remplissage de la caisse à outils. L'éducation pour la santé contribue à accompagner la population et les groupes à choisir des modes de vie et des comportements qui préservent et améliorent la santé. L'éducation pour la santé ne se limite pas à la seule transmission d'informations, mais vise aussi l'analyse des attitudes et le renforcement des capacités de chacun, dans le groupe, à agir sur les déterminants de sa santé.

Pratiquement, éduquer pour la santé, c'est écouter et informer, comprendre les besoins, partager les connaissances, promouvoir des choix favorables à la santé par des démarches éducatives, participatives et positives. Le contact direct, presque intime, répété et prolongé, avec ces groupes est à privilégier afin de sensibiliser et même éduquer ces publics à l'influence des modes de vie sur leur santé, de clarifier leur compréhension des phénomènes de santé, et à les inciter à agir en faveur de leur bien-être et de leur qualité de vie. N'y a-t-il pas là belle mission pour des éducateurs ?

---

<sup>25</sup> à court terme, moyen terme, long terme.