

AR P. (1998) Bilan et perspectives en formation continue in *Eduquer et former*. J.-C. Iuano-Borbalan. Editions sciences humaines. Paris.

RM (2003) Expertise collective *Santé des enfants et des adolescents*. Paris. éditions nserm.

DAN D., BERGER D et LAQUET-RIFFAUD A. (2001) *Quelle formation à la prévention des conduites à risques pour les enseignants ?* Colloque : les jeunes, le cannabis et le tabac en Europe. Toulouse.

DAN D., PIEC I., AUBLET-CLUVELIER B., BERGER D., LEJEUNE M.-L., LAQUET-RIFFAUD A., GENEIX C. et GLANDDIER P.-Y. (2002) *Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire dans Santé publique* n° 41.

DAN D., BERTIN F., FIARD J., VAISSE J. (2003) *Éducation à la santé en collège et lycée - Pratiques et représentations des enseignants d'EPS*. Biennales de l'AFRAPS Université du littoral. Dunkerque.

DAN D. (2004) *Quelle éducation à la santé à l'école ? Le Journal des professionnels de l'enfance*. Numéro thématique santé n° 27.

INAND J.-L. (2003) *Séminaire travail conjoint*. IUFM Versailles-UTMM. Paris.

(1998b) *Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998.

(1998d) *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Circulaire n° 8-237 du 24 novembre 1998.

(2001) *Politique de santé en faveur des élèves, aux missions des médecins et des infirmiers*. Circulaire n° 2001-012-013 du 12-1-2001.

IEU P. (1999) *Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie*. Paris. ESF. 7^e édition.

VARCO J.-L., SIMEONI M.-C., THIRION X., AUQUIER P., GARNIER J.-M. et MAGNIAN I. (2003) *De la prévention des maladies à la promotion de la santé : manifeste pour l'éducation à la santé*. Prévention, promotion, éducation.

Chapitre 2

Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé

Jacques Fortin

Résumé

L'éducation à la santé, en visant l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes qui favorisent la santé des individus et des communautés, touche à la complexité du comportement humain face à un environnement en constant remaniement. De manière empirique toute société a le souci de préserver la santé des membres de la communauté, notamment à travers les pratiques domestiques au quotidien. Dans nos sociétés post-industrielles, la santé, à la fois aspiration et droit au bien-être, est devenue un marché qui sollicite les professionnels dans des discours contradictoires. Du consumérisme à la réduction des dépenses de soins, ce sont de plus en plus les modes de vie et les comportements individuels qui sont questionnés ; une tendance à leur normalisation dans l'espoir d'une réduction des prises de risques conduit à interroger les pratiques éducatives en santé. L'école, lieu de vie et d'apprentissage est évidemment sollicitée par cette attente sociale et doit y répondre de manière réfléchie, argumentée, évaluée si elle veut échapper à une possible instrumentalisation des institutions. Que les références théoriques les plus avancées se situent principalement dans les sociétés anglo-saxonnes ne facilite pas la diffusion et la confrontation des réflexions et la remise en cause des pratiques, encore trop souvent attachées à la seule diffusion collective de connaissances. La progressive mais encore insuffisante compréhension des processus comportementaux mis en œuvre permet néanmoins d'approcher l'éducation à la santé de manière plus diversifiée, plus complexe, plus ajustée au public auquel elle s'adresse. Les différents paradigmes éducatifs exposés témoignent que cette éducation n'est pas neutre. Elle est porteuse de valeurs ; elle traduit un projet pour l'homme et la société exprimé en termes de pratiques. Du modèle rationnel prescriptif individuel aux démarches systémiques, participatives, appuyées sur des aptitudes individuelles et collectives stimulées et reconnues, les pratiques éducatives sont plurielles et porteuses de sens. Elles sollicitent à la fois les dimensions rationnelles, émotionnelles et relationnelles des individus dans un projet de vie qui, en tout état de cause leur appartient. L'éducateur en santé stimule une réflexion, tente de donner sens à des conduites, accompagne un cheminement, interpelle les lobbies et les décideurs, participe activement à une société davantage promotrice de santé.

Mots-clé

Éducation à la santé – promotion de la santé – modèles éducatifs – enjeux de l'éducation à la santé.

« L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre, grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles

dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés ». L'OMS en 1998 offre ainsi un cadre suffisamment large à l'éducation pour la santé pour l'ouvrir à des théories et pratiques diversifiées, voire contraires, qui vont de l'injonction culpabilisante au choix librement pensé et acté. Cette orientation générale d'une instance internationale, officielle, consensuelle, présente l'intérêt de mettre l'accent sur quelques points essentiels. A l'acquisition de connaissances, que personne ne conteste au point que l'information sanitaire résume souvent la démarche en éducation pour la santé, est associée, sur le même plan, la transmission d'aptitudes qui interroge évidemment le processus d'acquisition de compétences à choisir et à adopter les conduites favorables à la santé. Il ne s'agit pas simplement de savoir ce qui est bon ou mauvais pour la santé mais il s'agit d'être en capacité de vivre de manière à être en bonne santé dans un environnement sain. C'est la double dimension individuelle et collective qui doit être visée par l'éducation pour la santé en termes de responsabilité, en acceptant que la communauté soit plus que la somme d'individus.

Les modèles en éducation pour la santé s'inscrivent dans des paradigmes éducationnels plus ou moins complexes qui traduisent des valeurs : celle d'une rationalité efficace appuyée sur la connaissance scientifique, celle de liberté conçue comme autonomie de penser, d'agir, de décider dans une finalité de réalisation de soi, celle de responsabilité collective et personnelle d'un être social, celle de réalisation globale d'un être cosmique dont le développement personnel est intimement lié à celui de son environnement. Autant de cadres conceptuels pour sélectionner, hiérarchiser, associer un certain nombre de déterminants des comportements et les inscrire dans une finalité définie.

C'est bon pour ta santé : *contraindre pour prévenir*

Toute communauté, par transmission orale puis écrite et aujourd'hui par l'image, a le souci de faire connaître non seulement les dangers qui peuvent guetter chacun de ses membres, mais également de diffuser des recommandations de bonnes pratiques qui peuvent aller jusqu'à l'interdit (le tabou) lorsque le risque menace le groupe social même. Au sein des familles, dès la naissance de son enfant la mère, à travers sa pratique quotidienne modelisante et sa volonté de bien-traitance, à travers ses mises en garde et ses conseils, cette mère transmet à l'enfant qui deviendra adolescent, les croyances reçues de sa propre famille, enrichies de celles de son entourage, de ses propres

observations et réflexions sur son environnement, ainsi que des informations qu'elle glane ici et là auprès de personnes auxquelles elle accorde crédit. Cette dimension profane de l'éducation trouve son unité autour d'une valeur fondatrice : le bien-être immédiat et futur de l'enfant à partir d'une représentation d'un idéal d'enfant en bonne santé. Ainsi, la mère éducatrice choisit la nourriture qui doit rendre son enfant fort, résistant à la fatigue et à la maladie ; elle veille à le laver et le soigner selon les règles culturelles recommandées. Par sa vigilance, elle écarte de son environnement ce qui peut le blesser ; elle dispense les interdits qui évitent les accidents et les risques de maladie. D'une manière générale, parce qu'elle aime son enfant, cette mère a le souci de son bon développement physique et psychique, de sa bonne intégration et réussite dans la société, c'est-à-dire qu'elle a le souci de sa santé dans sa globalité (Loux, 1978 ; Cresson, 1995).

Les conceptions empiriques de la maladie conduisent à rechercher un sens à l'altération de la santé en interrogeant le rapport du malade aux éléments naturels (coup de chaud, coup de froid...), à son entourage (offenses, sorts jetés) et au monde surnaturel (offenses aux dieux) (Vigarello, 1993). Il est à remarquer que ces attributions causales ont en commun de situer l'origine de la maladie en dehors de la personne, mais les pratiques éducatives familiales visent néanmoins à préparer l'enfant à s'adapter et à affronter les aléas de la vie, c'est-à-dire à développer des savoirs et rites protecteurs (amulettes, prières...) qui témoignent de son aspiration à être en bonne santé et par conséquent l'exonèrent de toute responsabilité dans la survenue du mal (Herzlich et al., 1991). A côté de ces pratiques éducatives domestiques, chaque société a connu une certaine forme de professionnalisation de l'éducation pour la santé. Le prêtre, le sorcier, le chamane, le guérisseur... avant le médecin ou le biologiste, ont incarné l'accès à un savoir de référence, chichement partagé afin de préserver une position sociale importante, un pouvoir qui est celui d'accéder à la vie et à la mort. Au fil des siècles les connaissances scientifiques se sont accumulées et ont permis peu à peu d'effectuer un certain tri entre croyances et savoir validé... aussi longtemps que de nouvelles données ne rendent obsolètes les précédentes.

Les progrès de la médecine, notamment en France à la fin du XIXe et début du XXe siècle avec l'école pasteurienne et les travaux physiologiques à partir de Claude Bernard, ont donné le sentiment, l'espoir, qu'on pouvait désormais expliquer précisément le fonctionnement du corps sain et malade, et que, sur le modèle

infectieux, il suffisait de trouver la cause, le germe, l'anomalie, le gène... responsables des désordres organiques et même psychiques (rappelons que la syphilis et l'alcool ont été désignés comme responsables d'une variété incroyable de pathologies, quant à Tissot et la masturbation...) pour y opposer médicaments et vaccin éventuel, mais aussi recommandations et interdits péremptoirs. Le professionnel de la santé, le sorcier, le savant sait et dit aux populations ce qui est bien pour elles. Le sorcier ou le chamane, en apportant une explication et un traitement symboliques de la maladie à travers les pratiques magiques qui entourent la prescription médicamenteuse, peut compter sur une adhésion du malade et un soulagement d'autant plus réel que la composante psychique de son problème de santé est plus importante. Par contre le médecin fonctionne dans un contexte de rationalité pour lui-même et vis-à-vis du patient et, de manière volontariste, non seulement écarte toute pratique magique, mais refuse souvent toute subjectivité à l'analyse du problème et à son traitement. Hypertechnicien de la santé, il n'entend pas le flux des émotions qui submerge souvent l'expression des symptômes et qui peut en rendre confuse l'analyse. Il est alors schématique, tranchant, injonctif dans ses recommandations, toujours réducteur, et par conséquent partiellement suivi, pas toujours efficace.

Promouvoir la santé

Ce n'est que dans la seconde partie du XXe siècle que le développement de la santé publique et de ses méthodes quantitatives ont montré la modicité de l'impact de la médecine sur les courbes de mortalité des maladies infectieuses comparé à celui des conditions économiques et sociales de vie des populations : habitat, alimentation, stress... modes de vie en général. A l'aube du XXIe siècle la prééminence des maladies chroniques, dégénératives et de surcharge dans les pays post-industriels ne fait qu'accroître l'intérêt porté aux habitudes de vie et montrer la complexité des facteurs concourant à l'apparition de la maladie. Il convient aujourd'hui de penser la santé de manière multifactorielle, et ceci a non seulement des conséquences dans la manière de traiter le malade, mais également dans la manière de penser la prévention et plus généralement l'éducation à la santé.

La définition de la santé par l'OMS en 1946 a permis de dépasser conceptuellement l'absence de maladie ou de handicap pour penser de manière positive et ambitionner un état de bien-être global,

implicite dans les pratiques éducatives familiales ancestrales que nous avons évoquées. Dans les années 80 le concept de promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986) dont le but est de donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer, apporte un réel cadre d'action politique par la définition de cinq axes prioritaires (Larue et al., 2000). Parmi ces cinq orientations, l'acquisition d'aptitudes individuelles interroge directement l'éducation pour la santé. Mais ce serait avoir une conception extrêmement limitée du champ éducatif que de ne pas l'associer au développement de compétences pour que les citoyens participent à l'élaboration de politiques pour la santé que ce soit à l'échelon local, régional ou national, pour qu'il soient actifs dans la création d'environnements favorables à la santé, pour qu'ils s'impliquent dans l'action communautaire et dans la réorientation des services de santé. Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser la communauté et prendre en compte les complexes et constantes interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain (approche écologique de la santé).

Promotion et éducation à la santé tendent à se confondre en Grande-Bretagne alors qu'aux USA l'accent est mis davantage sur les mesures de protection de type réglementaire qui apportent, imposent une meilleure santé des populations. Éducation, prévention et protection sont étroitement associées et s'interpénètrent (Downie et al., 1996) dans une perspective de bien-être individuel et collectif. Le souci de prévenir d'éventuelles maladies et de favoriser un cadre de vie sain à travers des décisions politiques, économiques, écologiques, sociales, éducatives... sont deux buts légitimes aux frontières souvent indécises. Ainsi les vaccinations sont des mesures de protection de la société par rapport au risque épidémique d'une maladie infectieuse donnée ; elles ont une finalité préventive, mais le souci de se faire vacciner et d'effectuer les rappels nécessaires relève d'une démarche éducative. Promouvoir une alimentation équilibrée est la finalité même d'une éducation nutritionnelle et permet de se sentir en bonne forme, mais aussi de réduire le risque (non la certitude) d'un certain nombre de maladies. Soulignons au passage que la promotion de la santé, dans sa définition très marquée par les courants de pensée anglo-saxons, vise la maîtrise des facteurs qui permettent d'être ou de ne pas être en bonne santé. Elle rejoint ainsi d'une certaine manière les représentations orientales traditionnelles de la santé qui reposent sur la notion d'équilibre (*ying* et *yang* ; *parusa* et *prakfti*). Contrôles et équilibres

qui ne concernent pas seulement les fluides corporels mais aussi les conduites sociales et spirituelles. On assiste aujourd'hui à une tentative de faire cohabiter les approches positivistes et empiriques de la santé dans des pratiques soignantes dites alternatives, témoignages de la difficulté à dire ce qu'est la santé, d'en distinguer les contours, d'en fixer les limites.

Un devoir de santé ?

L'évolution exponentielle des dépenses de santé favorise un intérêt politique croissant à toute démarche susceptible de réduire les coûts liés aux soins. En France la médecine curative garde une place privilégiée par rapport à la santé publique. Les bénéfices de démarches individuelles de prévention et d'éducation n'apparaissent pas encore suffisamment perceptibles et substantiels à des décideurs pressés qui préféreront contraindre en légiférant dans une perspective de protection. Aux prescriptions individuelles des médecins ont tendance à s'ajouter des mesures réglementaires, exprimées en termes d'obligations et d'interdits (tabac, alcool, dépistages, vaccinations...). Au-delà de l'impact réel de ces mesures et des difficultés de leur application (loi Evvin par exemple), il convient de réfléchir aux contradictions qu'elles apportent à l'esprit de promotion de santé, à la place qu'elles laissent à l'individu pour déterminer ses choix de vie et s'affirmer comme personne responsable. L'exigence de conformité à la loi interroge l'éducabilité des personnes ; est-il utopique de penser qu'une grande partie de la population puisse progressivement exercer un contrôle croissant sur son existence ? Est-il utopique de penser que l'éducation tout au long de la vie permet d'accéder à une conscience du bien-être individuel et collectif, sans recourir à un conditionnement précoce et constant des comportements ? La santé peut-elle encore appartenir aux individus, ou est-elle déjà confisquée par les économistes ?

Dans les sociétés post modernes, le souci de santé se fonde dans un paradigme du souci de soi en flirtant avec les conduites hédonistes de perfectionnement et de transformation du corps (du fitness au piercing), d'exigences autotroquées (fécondation *in vitro*, mères porteuses...), de recherche d'un bien-être qui se fait souvent au détriment de celui des autres (Le Breton, 1999). C'est au nom de la santé et de la prévention que s'est répandu le *safex* à la fin des années 80 ; c'est au nom du droit au plaisir individuel et à l'épanouissement personnel qu'il s'abandonne aujourd'hui. Il ne s'agit

plus seulement de prévenir les maladies mais les marques du temps sur le corps, de reculer sinon d'effacer la finitude de l'homme. Cette recherche sans fin d'un mieux-être personnel est quotidiennement flattée par une publicité qui laisse à penser que le niveau de santé se mesure en euros. Aujourd'hui la santé est d'abord un marché, marché porteur, développé autour du rêve ancien de l'immortalité, mythe faustien auquel la foi dans les progrès technologiques donne l'illusion d'une accessibilité immédiate. Une minorité de l'humanité dépense ainsi pour son mieux-être et la réparation de ses excès les budgets nécessaires à la résolution des problèmes de malnutrition et du SIDA dans le reste du monde.

Où situer l'éducation à la santé dans des environnements aussi contrastés ? Peut-on admettre que toute démarche de promotion d'un mieux-être individuel est une pratique éducative ? De quel paradigme relève t-elle ? À quelle éthique répond-elle ? Dans le contexte social qui est le nôtre, il devient indispensable de clarifier l'objet de l'éducation pour la santé, d'affirmer les valeurs qui la sous-tendent, d'explicitier les principes qui régissent ses pratiques.

De la leçon d'hygiène à l'école promotrice de santé

Lorsque l'école de Jules Ferry introduit la santé dans les programmes d'enseignement, c'est dans le cadre des leçons de sciences (biologie) et de morale. *L'hygiène, moralité des sociétés* comme le proclamait Paul Bert, s'ajoute aux valeurs transmises par l'école (Murard et al., 1996). L'enseignement ne peut qu'être prescriptif ; le maître instruit, l'élève obéit. Jusque dans les années 1950 l'instituteur vérifie le passage de l'information aux conduites par le contrôle régulier et systématique des cheveux, des ongles, des pieds de ses élèves, et s'implique lui-même dans l'aération des locaux et la pratique d'exercices physiques dans l'école. Santé du corps et de l'esprit sont étroitement associées. Apprendre à se tenir droit, c'est acquérir la droiture de l'esprit (Vigarello, 1978). Ce « dressage » à l'hygiène est accepté par les parents ; il est en cohérence avec leurs propres aspirations éducatives ; il est culturellement admis, valorisé. Le devoir d'hygiène relève de la protection de la société en réduisant le risque épidémique infectieux, menace réelle de la vie même. Quelques décennies plus tard, à la fin des années 80 sous l'impulsion de Trevor Williams un réseau européen d'écoles promotrices de santé voit le jour (Young et al., 1989). La santé n'y est plus appréhendée comme

un ensemble de connaissances et directives de bonnes conduites, mais comme valeur, finalité à laquelle est référencée toute décision organisationnelle, pédagogique, relationnelle prise par les membres de la communauté scolaire, ensemble des personnels et des élèves. Démarche holistique visant l'amélioration de l'état de santé individuel et collectif de la communauté et de son environnement. L'ambition de l'école n'est pas seulement la légitime acquisition de connaissances, c'est le développement d'un ensemble de compétences certes cognitives, mais aussi physiques, artistiques, émotionnelles, relationnelles, sociales, nécessaires à l'accomplissement de soi et à une vie de citoyen responsable vis-à-vis de son environnement.

Ces deux modèles très contrastés d'appréhension de la santé en milieu scolaire, avec toutes les situations intermédiaires possibles, renvoient à des paradigmes d'organisation sociale (Bertrand et al., 1999) dont la dimension éducative, plus précisément celle qui s'inscrit dans le champ de la santé, mérite d'être questionnée.

Le paradigme rationnel ou l'homme tel qu'il devrait être

Le paradigme rationnel d'une pédagogie classique, académique, verticale, où le maître dispense un savoir prédéterminé à l'élève qui écoute et obéit, a inspiré une pratique de l'éducation à la santé centrée sur un apport de connaissances considérées comme objectives, extérieures au sujet auquel elles devraient s'imposer comme instigatrices de ses conduites. Ce paradigme inspire le discours médical de conseil et de prévention des maladies et risques pour la santé. L'objet prime par rapport au sujet, la maladie par rapport au malade. L'information délivrée par l'expert est vérité et constitue le socle de conduites prescrites indistinctement à tous, selon un schéma linéaire de causalité : pour être en bonne santé il faut et il suffit de mettre en pratique les directives, c'est-à-dire supprimer toute conduite susceptible d'entraîner un dommage. Toute autre attitude ne peut être qu'une erreur de jugement, faute, manquement conduisant inexorablement à la maladie. Modèle scientifique fondé sur le postulat d'une rationalisation des conduites, écartant subjectivité et poids d'émotions qui doivent être contrôlées, il s'inscrit dans l'histoire de la pensée occidentale et de la civilisation judéo-chrétienne qui valorise l'esprit par rapport au corps et recommande l'autodiscipline, l'effort, la souffrance, la contrainte expiatoire et salvatrice. La santé est confisquée par le professionnel qui ne laisse aucun espace de liberté à la décision d'un interlocuteur

soumis, culpabilisé, stigmatisé lorsqu'il n'est pas compliant, anonyme dans son statut général de patient ; modèle dit biomédical de la santé qu'on devrait plutôt nommer biotechnologique, trop souvent rencontré en pratique hospitalière spécialisée où l'individu n'existe qu'à travers de l'image de ses organes, l'examen de ses cellules ou de ses constantes biologiques. Le paradigme rationnel appliqué à la prévention a inspiré de nombreux modèles à visée prédictive des comportements, notamment le modèle des croyances en santé de Rosenstock (1974) ; mais la connaissance scientifique de la nature du risque pour la santé, la croyance qu'il s'agit d'un problème grave et qu'on puisse être concerné, la croyance que les recommandations proposées soient efficaces, ne suffisent pas à adopter le comportement souhaité comme l'illustre l'exemple classique des cancérologues et pneumologues fumeurs.

Cette démarche intellectuelle demeure néanmoins extrêmement présente dans les pratiques préventives qui concourent à une normalisation des conduites et entretiennent une confusion entre probabilité d'un risque et lien causal, entre comportement et dommage pour la santé.

Le paradigme humaniste ou le libre bien-être

Il marque la fin du XX^e siècle et l'émergence de valeurs centrées sur la réalisation de l'individu ; en psychologie Rogers en est le théoricien le plus emblématique. À côté d'objectifs cognitifs, l'éducation prend en compte les désirs, les émotions et les perceptions de la personne. Le sujet participe activement à la construction de ses savoirs qu'il enrichit de son vécu et de son expérience. L'éducateur est en interaction avec le sujet qu'il accompagne dans son cheminement singulier et il assume la part de subjectivité réciproque qui nourrit l'appréhension des connaissances. La réalisation de soi est revendiquée comme but éducatif et se confond ici avec la définition de la santé en tant qu'état de complet bien-être physique, psychique et social. Dans cette perspective l'éducation s'attache au développement de compétences diversifiées : compétences d'un corps maîtrisé (sport, danse, yoga...), de sensorialités et de créativité développées, domestiquées (compétences artistiques) ; compétences psychiques qui dépassent le savoir (cumul de connaissances) pour s'attacher au savoir-être et à l'accomplissement de soi à travers des valeurs et un idéal. Le développement de la confiance, de l'estime et de l'affirmation de soi est

un objectif essentiel dans ce modèle. Compétences sociales dirigées vers les aptitudes relationnelles, communicationnelles. L'autonomie du sujet est une finalité revendiquée et se conjugue avec une liberté conquise à travers le perfectionnement de soi. Dans le champ de la santé, il s'agit d'apprendre à dominer son corps et sa souffrance. La maladie est affrontée comme un « métier » (Herzlich et al., 1991) qui demande la mobilisation de toutes les ressources de la personne pour la vaincre. Les modes de vie sont décidés par l'individu qui assume ses éventuelles conduites à risque. Il se sent, il est responsable de sa santé. La démarche éducative s'attache à développer des facteurs motivationnels et décisionnels à partir de l'intégration des connaissances et d'une image de soi positive permettant au sujet d'affirmer son point de vue et de se sentir également capable d'entreprendre un changement de son mode de vie, de ses comportements dans une perspective de promotion de la santé clairement choisie. La croyance de la personne dans sa capacité à adopter un comportement souhaité, recommandé, prescrit, est un déterminant important pris en compte dans la majorité des modèles de modification des comportements en psychologie sociale. Cependant la théorie de la motivation à se protéger développée par Rogers (1975), si elle reconnaît la place des émotions et de la perception d'une capacité de contrôle dans le processus décisionnel, reprend les facteurs du modèle des croyances en santé, et s'inscrit dans une démarche prédictive rationnelle. La menace d'un risque est reconnue comme facteur motivationnel à côté d'autres croyances et inspire des pratiques éducatives qui visent à augmenter la peur du public pour susciter une soumission aux propositions préventives. Des évaluations témoignent que des processus de déni ou de réduction de l'anxiété par une augmentation de consommation à effet anxiolytique, limitent l'intérêt de ces démarches actuellement encouragées et réclamées par le public le moins concerné par le risque (Madjed, 2003). Ce modèle humaniste inspire aujourd'hui de nombreux discours et pratiques éducatives en santé ; il est en phase avec le courant hédoniste que nous avons précédemment évoqué ; il nourrit un débat éthique d'importance en posant les limites d'un « choix libre et responsable » de décisions individuelles en santé allant jusqu'au refus de soins, jusqu'au refus de vivre, mais en interrogeant également le lien entre l'individu et son entourage : où s'arrête le champ de la liberté individuelle ?

Le paradigme de la dialectique sociale

Félix Guattari, cité par Bertrand et Valois (1999) donne une vision de la société qui interroge, en particulier l'éducation et la santé : « Nous sommes écrasés par le poids des mass média, par les images du pouvoir, par une manipulation de l'imaginaire au service d'un ordre social oppressif, par la fabrication, quoi qu'il en coûte, d'un consensus majoritaire, par le culte de la sécurité, par les procédés qui consistent à apeurer les gens à propos de tout et de rien, à les infantiliser, de façon qu'ils ne se posent plus de question ». Et Mendel, cité par les mêmes auteurs pose légitimement la question : « Un être humain sans pouvoirs sur ses actes est-il ou non un homme mutilé ? ». Le paradigme de la dialectique sociale dépasse le développement personnel pour questionner les rapports permanents de l'homme à son environnement et interroger son degré de liberté au sein du groupe social. En termes de santé, c'est bien la capacité de l'homme à maîtriser son existence et à exercer un contrôle sur son environnement qui est mise en question. Selon les théoriciens de ce paradigme, plusieurs directions seront explorées. L'approche d'inspiration marxiste et notamment Vygotsky, insistant sur le poids du contexte culturel dans les processus d'apprentissages, conduit à une contextualisation des pratiques éducatives inscrites dans un vécu individuel et collectif original ; les théories de la libération, marquées par le travail de Paulo Freire au service des laissés pour compte des sociétés libérales, ont inspiré une approche radicale de l'éducation à la santé (Tones et al., 1990). La tendance anarchique s'intéresse à la manière dont l'individu peut se libérer des contraintes sociales en « s'extrayant » d'une pensée unique, d'un moule commun pour repenser le groupe dans lequel la place de chacun et les rapports interindividuels sont interrogés et repensés (écoles alternatives, médecines alternatives...). La tendance psychanalytique met en avant les besoins affectifs conscients et inconscients de la personne et leur rôle central dans les conflits relationnels ; elle inspire la socio-analyse et le contrôle de la formation par les participants ; on la retrouve dans le courant psychosociologique qui dénonce les rapports de domination au bénéfice d'une autogestion créative. L'enseignant, l'éducateur, part d'où sont les élèves, les personnes, du point de vue cognitif, émotionnel et social ; il a une fonction d'accompagnement dans une démarche qui part de l'émergence d'attentes individuelles motivant des demandes gérées collectivement. Le groupe est à la fois cadre de production

coopérative de savoir, d'apprentissage et d'expérimentation de compétences sociales. Dans son application dans le champ de la santé, ce paradigme inspire des modèles socio-cognitifs qui prennent en compte le rapport de la personne à son environnement humain à travers des conduites d'imitation conscientes et inconscientes. Les théories rationnelles du comportement planifié ou de l'action raisonnée développées par Ajzen et ses collaborateurs (1985) incluent le désir de conformité à une norme sociale comme facteur prédictif de l'intention comportementale. Des modèles plus complexes comme celui du processus d'action en santé de Schwarzer (1992) ou de l'action en santé de Tones (1990) intègrent également l'influence de l'entourage dans le processus décisionnel. Ils inspirent des pratiques éducatives plus collectives qui ciblent l'évolution de normes sociales, notamment à travers les médias, qui intègrent des dynamiques de groupe, que ce soit par des actions collectives dans lesquelles des jeunes sont acteurs de leur propre changement, ou dans des groupes de soutien pour le maintien de sevrages de consommation par exemple.

Le concept complexe d'*empowerment* (Tones et al., 1990) employé aujourd'hui de manière extensive s'inscrit dans ce paradigme. Ce processus vise d'une part l'acquisition de pouvoir par un sujet et des groupes sociaux à travers l'optimisation de leurs savoirs et compétences, et d'autre part la reconnaissance et l'exercice effectif de ce pouvoir. On peut illustrer cette démarche à travers l'évolution du statut de patient en milieu hospitalier. L'information du patient, sa participation active au processus thérapeutique, les droits qui lui sont reconnus... modifient ses rapports avec les professionnels de santé et son entourage familial, et le rendent plus responsable de sa santé. Le développement de contre-lobbies par rapport aux industriels permet une implication directe des consommateurs par rapport à leur santé. Ces pratiques éducatives en santé, au niveau individuel et collectif se réfèrent à des modèles qui associent la triple dimension biologique, psychologique et sociale de l'homme présente dans la définition de la santé-bien-être de l'OMS. Le modèle bio-psychosocial est souvent invoqué en éducation pour la santé, toutefois les théories qui ont pour objectif l'acquisition de comportements définis comme sains et les pratiques de terrain qui en découlent relèvent davantage du champ psychologique que social, de l'action individuelle que de l'action collective, de la motivation personnelle que d'une dynamique de groupe. Il convient de souligner que l'action médiatique, en particulier télévisuelle, qui façonne les attitudes et crée des modèles

identificateurs chez les jeunes, reste aujourd'hui un outil insuffisamment maîtrisé par les éducateurs en santé, surtout utilisé en contre-lobbying d'intérêts commerciaux, c'est-à-dire de manière négative.

Le paradigme écologique

En rappelant que l'écologie est la science qui a pour objet l'étude des interrelations établies entre les organismes vivants et leur milieu biotique (vivants) et non biotique (non vivants), on conçoit que cette approche est de nature systémique. L'écologie de l'éducation est encore en recherche de conceptualisation à partir de nombreux travaux fondateurs en écologie humaine dont ceux de Bronfenbrenner (1979) ; sa cible est l'être humain et les interrelations entre celui-ci et les différents milieux (écosystème) dont la résultante est son développement et ses apprentissages. Les principaux axes de ce paradigme sont la démocratisation totale de l'éducation, le développement intégral de la personne, c'est-à-dire de toutes ses potentialités, la personnalisation de l'enseignement, c'est-à-dire son adaptation aux besoins distincts des éduqués, et une éducation d'un être total, c'est-à-dire faire en sorte que la personne se développe de façon optimale au regard de l'ensemble de ses aspects et de ses potentialités (Legendre cité par Rocque) (1999). La situation pédagogique, situation contextuelle où se déroulent les processus d'enseignement et d'apprentissage, est constituée des composantes inter-reliées sujet-objet-agent dans son milieu (Legendre). Ce processus systémique reprend des éléments des paradigmes précédents en leur apportant à la fois la dimension dynamique qui leur manque et une dimension contextuelle essentielle. Le concept d'école promotrice de santé est issu de cette réflexion holiste. Il considère que la santé de la communauté scolaire relève de nombreux facteurs, en particulier des interactions interpersonnelles et des caractéristiques socioculturelles de ses membres, de l'adéquation de l'organisation temporo-spatiale de l'établissement et de la charge de travail physique et cognitive aux caractéristiques de chacun. Cette approche écologique de la santé prend en considération chaque personne dans sa dimension à la fois cognitive, émotionnelle et sociale.

L'approche écologique rejoint les réflexions d'Edgar Morin (1994) sur la complexité de l'homme et sa dualité biologique et culturelle. Sa démarche anthropologique, en soulignant les

complémentarités et les antagonismes entre la raison, l'affectivité et la pulsion, qu'il inscrit dans la triade individu-société-espèce, rend compte des difficultés d'appréhension des comportements humains, ici dans le champ de la santé, des limites à la rationalité, de la place des émotions, mais surtout souligne la place des pulsions, concept largement ignoré des éducateurs en santé, sans doute par la difficulté à les contrôler, tant est forte la tentation souvent inavouée de ceux-ci de vouloir décider du bien-être des individus éventuellement contre leur gré, et par là du souci de prévoir, sinon mettre en équation les déterminants des comportements. De plus en plus de chercheurs expriment en d'autres termes l'importance de cet « impondérable décisionnel » qu'on appelle déclencheurs de l'action et qui surgissent de la vie quotidienne, c'est-à-dire des interrelations entre les personnes et leur environnement. Aussi à côté des modèles explicatifs et prédictifs des comportements, en fait des intentions comportementales, dont les évaluations soulignent les limites, l'attention est de plus en plus portée vers le repérage de la position dans laquelle se situent les personnes par rapport à une question de santé, de leur indifférence à d'éventuels dommages jusqu'à leur demande d'aide au changement de conduites (Prochaska et al., 1984) ; (Weinstein, 1988). La posture de l'éducateur est alors moins tournée vers l'adoption immédiate de comportements favorables à la santé, que vers l'accompagnement d'une évolution de l'attitude et de la motivation à adopter ou ne pas adopter un comportement favorable à la santé en s'intéressant à l'ensemble du contexte de vie de la personne ou d'un groupe de personnes (écosystèmes).

La référence théorique des pratiques en éducation pour la santé, trop souvent implicite, inscrit de fait l'éducateur en santé dans un projet pour l'homme, dans un projet pour la société. On perçoit que les sociétés post industrielles comptent beaucoup sur l'application de modèles rationnels stricts pour contraindre l'individu à prendre soin de sa santé afin de réduire les coûts sociaux de la maladie. Les richesses produites conduisent paradoxalement à une société consumériste où les sollicitations exacerbées par les publicitaires favorisent des choix apportant un bien-être individuel global immédiat et parfois des risques sanitaires à plus long terme. Cette ambivalence de mouvements antagonistes (Crawford, 2000) alimente une réflexion sinon un combat social dans lequel le prix de la santé concerne chacun mais à armes inégales si aucune démarche éducative spécifique ne vient en aide aux plus défavorisés. La dynamique des démarches interactionnistes de type écologique pourra-t-elle apporter la prise de conscience d'une

nécessaire solidarité au sein des sociétés au plus grand bénéfice de tous ?

BIBLIOGRAPHIE

- AJZEN I. (1985) From intention to actions : a theory of planned behaviour. In J. Khul and J. Bedman (eds) *Action Control : From Cognition to Behaviour*. New Jersey : Prentice-Hall.
- BERTRAND Y., VALOIS P. (1999) *Fondements éducatifs pour une nouvelle société*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- BRONFENBRENNER U. (1979) *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Boston : Harvard University Press.
- CRAWFORD R. (2000) The ritual of health promotion. In S. J. Williams, J. Gabe, M. Calman (eds.) *Health, Medicine and Society*. London : Routledge.
- CRESSON G. (1995) *Le travail domestique de santé*. Paris : L'Harmattan.
- DOWNIE R. S., TANNAHILL C., TANNAHILL A. (1996) *Health Promotion. Models and Values*. New-York : Oxford University Press.
- HERZLICH C., PIERRET J. (1991) *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*. Paris : Éditions Payot.
- LARUE R., FORTIN J., MICHARD J.-L. (2000) *École et santé : le pari de l'éducation*. Paris : Hachette.
- LE BRETON D. (1999) *L'adieu au corps*. Paris : Métailié.
- LOUX F. (1978) *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris : Flammarion.
- MADJED B. (2003) *Processus d'alcoolisation des étudiants*. Lille : Thèse médecine.
- MORIN E. (1994) *La complexité humaine*. Paris : Flammarion.
- MURARD L., ZYLBERMAN P. (1996) *L'hygiène dans la République*. Paris : Fayard.
- PROCHASKA J., DI CLEMENTE C. C. (1992) *The Translational Approach : Crossing the Traditional Boundaries*. Homewood IL : J. Irwin.
- ROCQUE S. (1999) *L'écologie de l'éducation*. Montréal : Guérin.
- ROGERS R. W. (1975) A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology* n° 91. P. 93-114.
- ROSENSTOCK I.-M. (1974) The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs* 2. P. 35-86.
- SCHWARZER R. (1992) *Self-efficacy : Thought Control of Action*. Washington DC : Hemisphere.
- TONES K., TILFORD S. (1990) *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity*. London : Chapman & Hall.
- VIGARELLO G. (1978) *Le corps redressé*. Paris : Delarge.
- VIGARELLO G. (1993) *Le sain et le malsain*. Paris : Ed. du Seuil.
- WEINSTEIN N.-D. (1988) The Precaution Adoption Process Model. *Health Psychology* n° 7. P. 355-386.
- YOUNG I., WILLIAMS T. (1989) The Healthy School. Edinburgh : Scottish Health Education Group.