

Une pédagogie de changement

L. G. van Parijs¹

Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, Bruxelles

Ces dernières années, la discussion sur la santé et les soins de santé a débordé le cercle étroit des spécialistes. Les responsables sanitaires et gouvernementaux et même le grand public s'interrogent de plus en plus sur des problèmes relatifs à la santé comme l'effet du progrès médical sur le bien-être des individus; l'influence du milieu et du mode de vie sur la santé et la prise en charge par les gens de leur propre santé.

En effet, l'analyse historique de l'expérience sanitaire ainsi que l'analyse des causes sous-jacentes de la morbidité et de la mortalité actuelle indiquent la nécessité de réévaluer la place attribuée aux soins médicaux dans les progrès sanitaires réalisés. La conception traditionnelle, encore fortement répandue dans la population, selon laquelle seuls les soins médicaux ont contribué à ce progrès, est mise en question [11]. Il apparaît aussi plus clairement aujourd'hui que le niveau de la santé de la population est étroitement lié au mode de vie individuel et social comme les habitudes alimentaires, l'usage de l'alcool et du tabac, la pratique du sport. Ce mode de vie exerce une influence importante sur l'état physique et la mortalité des individus [2]. Enfin, le public et les spécialistes prennent de plus en plus conscience du fait que la santé est finalement l'affaire des individus eux-mêmes, qu'elle est leur propriété et qu'ils en sont responsables: or ceci exige une information, une éducation et un système de soins qui permettent une prise de conscience et de responsabilité sur ce terrain [10].

Dans ce contexte, l'éducation pour la santé suscite actuellement un vif intérêt. Mais en quoi consiste cette éducation et qu'en attend-on?

Le but de cet exposé est d'éclairer quelques aspects de cette méthode de santé publique et, plus particulièrement, de cerner de plus près sa finalité ainsi que sa stratégie.

Le problème éducatif dans le domaine de la santé et les bases de l'action éducative

En parcourant la littérature ayant trait à l'éducation pour la santé, nous retrouvons facilement une trentaine de définitions [17]. En voici quelques-unes: l'éducation pour la santé, c'est augmenter la connaissance des jeunes en matière de santé; c'est motiver les individus à adopter un mode de vie sain: c'est créer des conditions favorables à la santé dans la communauté, c'est faire du patient un partenaire et non un récepteur passif. Nous remarquons donc une certaine diversité d'opinions quant aux objectifs et au champ

Dans son contexte actuel, l'éducation pour la santé doit redéfinir son objet, sa stratégie et ses modalités. Dans cette étude à la fois générale et profonde, l'auteur explique pourquoi elle devient ainsi une pédagogie de changement dans le domaine de la santé.

d'application de l'éducation pour la santé. Néanmoins, au cours des dernières années, un groupe d'expert de différents pays se sont mis d'accord sur une définition commune: «l'éducation sanitaire représente essentiellement une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement. D'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à profit les services sanitaires qui sont à leur disposition, et à les conduire à prendre eux-mêmes, isolément et collectivement, les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé, de la salubrité du milieu où ils vivent» [12].

Cette conception de l'éducation pour la santé offre l'avantage de cerner quelques éléments importants de l'action éducative: les problèmes de santé individuels et collectifs se situent dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention et des soins de santé, et le but de l'action est d'exercer une influence sur les individus et plus particulièrement sur leur comportement dans ces domaines.

Ainsi, au cœur du problème éducatif, on trouve les comportements humains vis-à-vis de la santé, de la maladie et des soins de santé. En ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention primaire, il y a toutes les actions que les personnes bien-portantes peuvent entreprendre pour améliorer et maintenir leur niveau de santé. Par exemple: modifier les habitudes alimentaires, contrôler l'usage de l'alcool, du tabac et des médicaments non prescrits, la pratique du sport, en bref adopter un mode de vie sain [14]. Mais les problèmes éducatifs ne se limitent pas seulement au contexte de la prévention primaire. Il est clair que le comportement de l'individu joue un rôle important dans la prévention secondaire dans des cas précis. Par exemple, plusieurs études ont souligné le problème de la participation à des examens préventifs et à des mesures préventives où l'éducation pour la santé joue un rôle utile en informant les groupes à hauts risques sur l'objet et l'utilité des examens préconisés ainsi que sur leur déroulement et leurs suites [9]. Parfois, il importe de démystifier l'examen proposé comme dans le dépistage du cancer chez la femme ou d'éliminer les tabous et préjugés qui freinent les examens précoces

¹ Médecin; conseiller en éducation pour la santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Rue de la Loi 121, B-1040 Bruxelles

pour les personnes atteintes d'une maladie vénérienne [18].

Quelques problèmes dans le domaine des soins de santé revêtent également des aspects éducatifs. Pensons au recours en temps opportun aux soins de santé et à l'utilisation appropriée de ces soins. Ces comportements sont, entre autres, liés aux opinions courantes des gens sur leurs symptômes et malaises, à leur appréciation des services et du personnel de santé dans la communauté [4]. Quant à l'information du patient sur son traitement, sa satisfaction des soins reçus, et sa façon de suivre les conseils du médecin, il est généralement reconnu qu'une bonne communication, voire éducation, entre médecin et malade renforce l'efficacité des soins médicaux [6].

Ce bref éventail de comportements, situés dans les différents secteurs de la santé, nous permet de formuler la première base importante de l'éducation pour la santé, à savoir: toute action éducative trouve sa raison d'être dans la proposition qu'un lien existe entre la façon dont les gens vivent et réagissent aux problèmes de santé et leur niveau de santé ainsi que leur utilisation appropriée des mesures et soins de santé.

Pour plusieurs problèmes de santé, ce lien a été démontré grâce à l'apport de l'épidémiologie et des sciences sociales. Citons par exemple l'infarctus du myocarde et l'exercice physique, les habitudes alimentaires, l'usage du tabac; la carie dentaire et l'hygiène buccale, les sucreries; les accidents de la route et l'influence de l'alcool, la fatigue, la façon de conduire. Certes, l'influence négative de certains modes de vie ou réactions envers le système de santé est encore à clarifier et les opinions divergent quant à leur effet sur la santé, mais il est un fait que toute élaboration d'une politique de santé de plus en plus doit tenir compte du comportement du public et de la façon dont les citoyens peuvent assumer leur responsabilité en ce qui concerne leur santé personnelle et la santé collective [10, 11, 14].

Si la première proposition à la base de l'action éducative touche à sa finalité, une deuxième proposition concerne son caractère opérationnel. Elle peut être formulée comme suit: les comportements individuels ou collectifs vis-à-vis de la santé ainsi que les facteurs qui influent sur ces comportements se prêtent à une modification (un changement) par le biais des approches informatives et éducatives.

Il s'agit donc d'une *pédagogie de changement*; des méthodes individuelles ou collectives sont employées suivant le problème de santé. Ces méthodes se rapprochent en quelque sorte des méthodes utilisées dans le domaine général de l'éducation, de l'information et de la «conscientisation» du grand public, du travail en groupe et de l'accompagnement individuel.

Comme la deuxième proposition à la base de l'action éducative touche à la pratique de l'éducation pour la santé et qu'il existe à cet égard un besoin de clarification des objectifs et des stratégies, nous proposons de cerner tout d'abord la façon dont ce changement pré-

conisé peut être envisagé et ensuite les stratégies et méthodes sous-entendues dans les approches informatives et éducatives.

Eduquer la population ou influencer des comportements spécifiques?

Pour certains, l'éducation pour la santé vise en premier lieu à éduquer la population en matière de santé. Pour d'autres, elle consiste plutôt à influencer des comportements spécifiques et importants pour la promotion, la prévention et l'utilisation des soins de santé. En effet, il s'agit ici de deux types d'application d'une pédagogie de changement [8].

Par «éduquer la population en matière de santé», on entend faire acquérir à chacun, par une information et une éducation permanentes à la santé, une meilleure connaissance, une meilleure compréhension de la santé. Cette éducation au sens large porte sur toute une gamme de connaissances, d'attitudes et de dispositions concrètes qui doivent permettre aux gens de promouvoir et de préserver leur santé et de prendre des décisions en la matière en connaissance de cause.

L'exemple par excellence de ce type d'éducation permanente est l'éducation pour la santé intégrée dans les différents niveaux de l'enseignement primaire et secondaire. Un autre exemple de cette éducation permanente est la socialisation de l'enfant au sein de la famille dans sa forme plus ou moins structurée ainsi que différentes formes d'éducation populaire qui comportent une conscientisation globale et continue des adultes pour des problèmes de santé.

D'autre part, plusieurs programmes d'éducation pour la santé ont comme objectif principal d'influencer un ou plusieurs comportements spécifiques, dans le contexte bien précis d'un seul problème de santé. Par exemple: se brosser les dents pour éviter la carie dentaire; recourir au dépistage précoce du cancer afin d'arrêter la maladie dans son stade initial; modifier les habitudes alimentaires pour combattre l'obésité.

Les deux façons d'envisager le but de l'éducation pour la santé, comme éducation de la population et comme influence directe sur le comportement n'ont rien de contradictoire, mais expliquent les deux origines de l'éducation pour la santé. Son origine dans le domaine de l'éducation met l'accent sur une éducation permanente par les organes de socialisation existants dans la communauté. D'autre part, l'éducation sur la santé est étroitement liée aux problèmes de médecine et de santé publique et ce rapport tend à susciter une formulation plus directe, opérationnelle et pragmatique.

Un changement direct ou indirect?

Si l'objectif d'une pédagogie de changement dans le domaine de la santé est de modifier les comportements importants pour la promotion ou le maintien de la santé, les programmes d'éducation pour la santé envisagent le plus souvent un changement de connaissance, d'attitudes, d'opinions et de motivations. Cette façon d'entrevoir le but de l'action éducative découle d'une

conception traditionnelle suivant laquelle l'homme est un être rationnel qui conforme son comportement à ses connaissances et à ses motivations. En plus, de nombreuses études démontrent qu'en effet, la population est en général peu soucieuse de sa santé, que les connaissances en matière de santé sont insuffisantes, vagues ou déformées, et que les gens – même avec la connaissance requise – ne sont pas toujours motivés pour entreprendre des actions préventives ou de changer leur mode de vie [20].

Donc en pratique, on retrouve toute une gamme d'actions concrètes qui ne visent pas directement un comportement sanitaire, mais la modification d'un ou de plusieurs facteurs susceptibles d'avoir un effet positif sur ce comportement. Par exemple: sensibiliser les gens aux effets nocifs de l'usage du tabac; informer le consommateur sur la signification et le déroulement des soins; promouvoir une attitude positive vis-à-vis des relations affectives et sexuelles. Le fait de ne pas définir l'objectif de l'action comme un changement de comportement (c'est-à-dire: s'arrêter de fumer, utilisation judicieuse des services, relations affectives et sexuelles satisfaisantes) ne signifie pas que ce comportement n'est pas visé comme but ultime de l'action, mais pour plusieurs raisons, il se peut qu'il soit impossible d'organiser une pédagogie de changement autour du comportement sanitaire comme but direct.

Cette façon de procéder pose néanmoins quelques problèmes. D'abord, très peu d'analyses de problèmes de santé portent sur une analyse des comportements-clés et en outre il manque, en général, une recherche plus approfondie de facteurs qui influencent ces comportements. Bien entendu, il y a des modèles sociologiques et psychologiques, mais ils servent plutôt comme points d'orientation que comme réponse concrète à la question: quels éléments faut-il envisager dans une stratégie de changement? Ensuite, on peut constater également que tout comportement est influencé par plusieurs facteurs. Les approches informatives et éducatives dans une stratégie de modification influencent une partie de ces facteurs. Cette influence est variable selon le comportement sanitaire envisagé. Par exemple, l'usage excessif de médicaments dépend entre autres de l'attitude des consommateurs, des pratiques de prescription de médecins, du coût et de l'accès aux médicaments. On propose de modifier les habitudes tabagiques par le biais de la législation (prix des cigarettes, défense de fumer dans les lieux publics), par une sensibilisation et modification de l'opinion publique. En général, les expériences faites en vue de changer le comportement sanitaire indiquent qu'il est illusoire d'attendre qu'un changement soit réalisé exclusivement par le biais de l'information et de l'éducation et qu'il faut tâcher d'intégrer plusieurs approches, comme la législation, l'adaptation de services et de produits, la formation du personnel, dans un même but sanitaire [16].

Finalement, même si l'action s'oriente vers une amélioration des connaissances de la santé ou se propose

d'inciter les gens à des nouvelles habitudes de santé, la nécessité de bien cerner les différentes sortes de connaissance, de motivation et de comportement n'est toujours pas envisagée. Par exemple, en ce qui concerne la connaissance, l'information peut porter sur de nouvelles possibilités de traitement ou de nouvelles perspectives dans la prévention d'une maladie. Dans ce cas, l'information porte sur un aspect nouveau de la santé et sera peu changée dans sa réception. Toutefois, la plupart de l'information portera sur des problèmes dont les gens se sont déjà fait une opinion. Certaines maladies sont considérées comme dangereuses, sales, un fléau de Dieu; cela touche à l'effet de l'information sur les connaissances. Quant à la motivation comme objectif d'action, on peut essayer de valoriser la prévention, de réduire le sentiment d'impuissance ou de fatalisme qu'on observe à propos de la modification de certains modes de vie, ou d'autre part, on peut s'efforcer à motiver les gens à accomplir des actions spécifiques comme: faire du sport, se brosser les dents, suivre le traitement suggéré par le médecin, décider d'un recours précoce aux dispositifs préventifs. En ce qui concerne le comportement comme objectif d'action, la pédagogie de changement variera selon qu'il s'agit d'adopter une nouvelle habitude (prise de la pilule comme contraceptif), de la consolider ou de la supprimer (ne pas commencer ou cesser de fumer), d'un acte unique ou continu (vaccination ou hygiène dentaire), de comportements simples ou complexes (prise de médicaments ou un régime alimentaire maigre et sans sel).

En conclusion, la finalité de l'éducation pour la santé comme pédagogie de changement peut s'exprimer de façon très variée. Cela provoque parfois une certaine confusion ou bien conduit à la réflexion que l'objectif de l'éducation pour la santé est trop vague pour que ce moyen de santé publique soit appliqué dans des programmes de santé. Nous avons voulu montrer par contre, dans ce qui précède, que l'objectif de l'éducation pour la santé est précis à condition de tenir compte des éléments suivants: que son objet peut se situer sur le terrain de la prévention primaire, secondaire et même dans le domaine des soins de santé; qu'on peut envisager le but de l'action éducative dans le sens large – d'une éducation permanente ou bien dans un sens plus restreint – d'influencer des comportements spécifiques; et qu'il importe de discerner si le but éducatif s'exprime en termes de changement direct d'un comportement ou bien si des facteurs sous-jacents sont l'objet direct du changement envisagé.

Un effort de préciser le but de l'éducation pour la santé est important en vue d'une sélection judicieuse des stratégies et méthodes informatives et éducatives. Dans ce qui suit, nous proposons un examen de quelques éléments qui peuvent nous guider dans cette sélection.

Pédagogie de changement et processus de communication

Quel que soit l'objectif de l'éducation pour la santé, sa réalisation concrète implique une ou plusieurs formes de communication. Cette communication est en général composée des éléments suivants: un récepteur, un émetteur, un message, un canal ou contexte et une technique. Chacun de ces éléments a des caractéristiques spécifiques qui favorisent ou freinent le processus de la communication et qui dans leur application présentent des problèmes pratiques pour l'éducation pour la santé.

a) Le récepteur: filtre l'information

L'information sur les problèmes de santé n'est jamais neutre, elle est filtrée, et interprétée selon les opinions, les attentes, les attitudes du récepteur qui est une personne bien portante ou malade, un groupe ou bien le grand public. Citons par exemple, l'idée que le cancer est incurable, que les maladies vénériennes sont honteuses. Les opinions du groupe social auquel l'individu appartient modifient également l'interprétation et l'utilisation de l'information sur la santé. Par exemple, l'opinion des groupes de jeunes fumeurs quant à l'effet nocif de la cigarette influe sur l'interprétation de ce message auprès de jeunes non-fumeurs. Enfin, l'information reçue en matière de santé est aussi conditionnée par l'importance que le problème revêt pour l'individu. Cela explique qu'en période de crise, l'information est plus facilement acceptée (en cas d'épidémie) ou rejetée (en cas de crainte du cancer) et qu'il y a des périodes dans la vie où l'individu recherche plus activement certains types d'information, notamment pendant la grossesse et les années de transition.

Le fait que le récepteur n'est pas un «récepteur vide», c'est-à-dire qu'il pense et réagit de sa façon propre suivant ses expériences, son milieu social, ses préoccupations, souligne l'importance de bien connaître les caractéristiques du groupe cible à qui l'action éducative s'adresse et de différencier l'information selon les données recueillies.

En pratique, peu de temps et de moyens sont investis dans cette étape préalable, mais essentielle au succès de l'action. Souvent, on manque de précisions sur des questions telles que: comment les gens considèrent-ils leur problème de santé et quelles sont leurs habitudes, coutumes en matière de santé? Où et chez qui s'informent-ils pour les questions de santé. Ce manque de recherche peut s'expliquer par une tendance à passer directement à l'action au lieu d'attendre les résultats d'une enquête ou bien par une conception trop rigide quant à la façon de conduire des recherches. Néanmoins, il existe toute une gamme de moyens pour recueillir des informations. L'application de ces moyens dépend surtout de la volonté de ne pas s'engager dans l'action éducative sur la base d'une con-

ception préjugée des opinions et des réactions des gens vis-à-vis de leurs problèmes de santé.

b) La source de l'information: qui exerce le plus d'influence?

L'éventail de ceux qui sont accrédités d'un certain pouvoir persuasif est étendu (personnel de santé, personnel enseignant, journalistes, amis), mais on possède peu de précisions sur leur influence réelle dans le domaine de la santé [19]. En général, on considère le médecin comme ayant un certain ascendant en vertu de ses connaissances et de sa position auréolée de prestige. Mais les données, bien qu'éparses, sur les difficultés de communication entre patient et médecin – comme l'utilisation d'un langage compliqué, l'insuffisance d'explications – ainsi que le problème de la disponibilité du médecin comme relais d'information sur la santé remet en cause le rôle du médecin comme véritable leader d'opinion dans cette matière. Il est connu que dans le ménage, c'est la femme qui contrôle l'information sur la santé et les habitudes alimentaires, hygiéniques et sanitaires. Dans des groupes de jeunes, ce sont souvent les jeunes eux-mêmes qui sanctionnent l'information et certaines pratiques sanitaires comme l'hygiène et le tabagisme [5].

Bien que nous manquions de précisions sur le rôle éducatif de plusieurs catégories de personnes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du domaine de la santé (par exemple: le personnel infirmier, le pharmacien, les travailleurs sociaux, les journalistes, les enseignants), c'est une bonne chose que la question des relais de l'éducation pour la santé se pose avec plus d'urgence. Il importe surtout de sortir des discours théoriques sur le rôle des relais potentiels et d'étudier plutôt leur position, leur aptitude et leur volonté de faire œuvre d'éducation dans leur situation et contexte spécifique [1].

Notre connaissance sur les relais – leur influence et crédibilité en matière de santé – bien qu'encore embryonnaire, nous indique déjà que ces personnes varient suivant le problème ou le sujet de santé; que ceux qui s'intéressent et se soucient des problèmes du groupe-cible ont plus d'influence que ceux qui ont du prestige et qui sont compétents mais qui leur témoignent peu d'intérêt; et qu'il existe des leaders d'opinion dans chaque groupe social mais qu'il faut les rechercher afin de mener à bien l'action éducative.

c) Le contenu de la communication ou le message: que dire et comment?

Quelques règles pratiques peuvent nous guider dans le choix de contenu et de la forme d'un message. Par exemple, il s'est avéré utile de faire concorder l'information sur les problèmes de santé avec les conceptions et les usages courants du groupe auquel on s'adresse. Il est également plus efficace de souligner dans le message les avantages directs des mesures de santé préconisées – moins de frais, moins de malaises, un plus bel aspect physique – que leurs avantages indirects telle

qu'une augmentation de l'espérance de vie [15]. Quant à la forme de la communication, l'information est plus accrochante lorsqu'elle est spécifique, personnalisée et implique un rapport émotionnel avec le public (par exemple: témoignages vivants ou description d'expériences vécues). Par contre, une information sur la santé qui porte sur des faits secs et qui est moralisante est à éviter. La communication est plus compréhensible quand elle est faite dans un langage simple et présentée sous une forme attrayante.

Est-ce qu'il faut répéter le message? Les avis sur cette question sont partagés. On constate qu'il ne suffit pas de répéter le message pour convaincre ceux qui ont déjà des opinions dans la matière. Aussi, faut-il être soucieux des réactions négatives du récepteur confronté fréquemment avec un message identique. L'apport de la répétition du message se présente surtout dans le contexte d'une campagne de masse où la répétition augmente les chances de contacter un plus grand nombre de personnes.

Dans la pratique de l'éducation pour la santé, quelques problèmes peuvent se poser quant au contenu de la communication. Il y a la divergence des informations provenant chacune de sources autorisées. Par exemple: deux médecins donnant un avis contradictoire concernant le même problème. Un autre problème est que ceux qui maîtrisent la technique de communication sont rarement compétents en matière de santé et que les experts de santé savent rarement comment présenter une information au public. Dès lors, une collaboration entre les experts du contenu de la santé et ceux de la technique de la communication est très souhaitable.

Enfin, cette collaboration permettrait de rechercher comment formuler le même message de façon à le rendre accessible et attrayant pour les divers sous-groupes de la population.

d) Contexte ouvert ou contexte fermé

L'information sur la santé s'adresse à des personnes qui se trouvent dans un certain contexte par exemple: l'hôpital, l'école, le foyer, une réunion. Dans un contexte comme l'école, l'hôpital, le lieu de travail, la personne ou le groupe est physiquement présent pendant un laps de temps déterminé. Cela permet des initiatives éducatives planifiées et d'une plus longue durée. Néanmoins, une accessibilité physique n'implique pas nécessairement une accessibilité psychologique. D'autre part, un contexte ouvert signifie qu'on ne peut atteindre la personne que pendant un bref laps de temps. Par exemple: pendant la consultation, pendant une séance d'information; de plus, sa présence est volontaire. Cette situation pose des problèmes pour l'information: comment atteindre les groupes à haut risque qui souvent sont difficilement accessibles? Comment maintenir un échange d'informations continu?

Une connaissance approfondie du groupe social et du réseau de communication dans lesquels se trouvent les

récepteurs de la communication est indiquée dans le cas d'un contexte ouvert. Il faut en particulier rechercher les canaux de communication existants et examiner leur apport à l'information sur la santé. En plus, il faut tâcher d'obtenir le support de ceux qui sont considérés dans ce contexte comme les leaders d'opinion pour le sujet de santé en question. L'utilisation des canaux d'information existants offre un avantage sur l'emploi de nouveaux systèmes d'information dans ce sens que chaque groupe social a une relation privilégiée avec certains médias et que par conséquent le message de santé sera supporté par ces médias, leur autorité, leur crédibilité, leur régularité.

e) Quelques techniques courantes d'éducation pour la santé: un bref aperçu

Les méthodes courantes d'éducation à la santé peuvent se répartir en deux grandes catégories suivant que la communication est unilatérale ou réciproque. Parmi les techniques de communication unilatérale nous retrouvons: les moyens d'information écrits (presse, brochures, affiches), les moyens d'information oraux (radio, discours), les moyens audio-visuels (la télévision, le cinéma, les diapos). Parmi les techniques de communication permettant un échange figurent les entretiens individuels et différentes formes de discussion en groupe.

Il n'entre pas dans notre intention ici de décrire toutes les techniques qui peuvent être sélectionnées dans un programme d'éducation pour la santé, mais nous identifierons les principaux objectifs de quelques techniques et formulerons des considérations pratiques quant à leur application (tableau I).

La valeur éducative des techniques unilatérales et réciproques dépend essentiellement du choix judicieux de ces techniques en vue du problème éducatif. En général, les techniques unilatérales permettent d'éveiller l'intérêt des gens et de les sensibiliser à un problème de santé. Elles sont aussi d'importants moyens pour modifier l'approbation sociale envers les pratiques de santé; par exemple, la pratique du sport comme mode de vie, la protection et le droit du non-fumeur. Elles sont parfois capables d'inciter les gens à s'engager dans une action, mais cela dans des conditions précises, à savoir: il doit s'agir d'une information simple, compréhensible et offrant une solution effective pour un problème fortement ressenti par les gens. Tel était le cas par exemple dans les campagnes d'information sur la vaccination contre la paralysie infantile.

Comme l'éducation pour la santé ne se limite pas seulement à une sensibilisation du public – bien que ce stade dans le processus de changement soit important – elle doit aussi tâcher d'influencer les attitudes et les comportements. Les méthodes de communication réciproques sont mieux adaptées à cet effet, bien que l'expérience indique qu'il faut davantage utiliser les techniques unilatérales et réciproques simultanément.

Tableau I. – Liste de quelques techniques unilatérales et réciproques

Technique	Objectifs	Quelques considérations pratiques
Presse écrite, journaux, hebdomadaires	<ul style="list-style-type: none"> – informer un grand nombre de gens très rapidement sur un problème spécifique (une épidémie) – sensibiliser l'opinion publique à certaines situations (pollution de l'air, coût de la médecine) 	<ul style="list-style-type: none"> – atteindre ceux ci ont besoin de l'information (toute presse a son propre public) – adapter le langage aux croyances et au niveau du lecteur – la presse a des priorités autres que les articles sur la santé – qui assume la responsabilité pour les articles: l'expert ou le journaliste?
Brochures, affiches	<ul style="list-style-type: none"> – attirer l'attention d'un grand nombre de gens sur un seul fait (affiches) – renforcer les méthodes réciproques (brochures) 	<ul style="list-style-type: none"> – présentation et langage adaptés aux régions – un message efficace est difficile à réaliser – l'endroit de l'affichage est important ainsi que le besoin de changer de temps en temps – les brochures sont souvent limitées à des sous-groupes – en général, brochures et affiches sont populaires à cause de leur facilité de production et par le fait qu'elles constituent un effort visible de l'action – assez coûteux si une grande distribution est envisagée
Radio	<ul style="list-style-type: none"> – sensibiliser le public – réaliser une meilleure compréhension du problème et donner une information pratique à ceux qui sont intéressés 	<ul style="list-style-type: none"> – message plus vivant – touche un grand nombre de personnes même dans des régions quasi inaccessibles et dont le taux d'alphabétisme est peu élevé – peu coûteux – bon moyen d'information si l'émission est personnalisée et adaptée au niveau socio-culturel de l'audience

L'important est que toute technique soit inscrite dans une stratégie de changement.

Vers une stratégie de changement

Les techniques de communication précédentes sont les outils pratiques d'une pédagogie de changement, consciemment projetée pour rendre chacun mieux à même d'assumer ses responsabilités en matière de santé. Cette pédagogie ne consiste donc pas en de nombreuses influences fortuites auxquelles l'individu est exposé tout au long de sa vie mais repose sur une stratégie planifiée. Ici deux considérations sont possibles.

D'abord, plusieurs études ont indiqué qu'une stratégie de changement consiste en plusieurs étapes et que dans chaque étape certaines méthodes d'information et d'éducation aboutissaient à de meilleurs résultats que d'autres. Ainsi les analyses de changement de pratiques contraceptives, d'adoption de nouvelles techni-

ques agricoles et de modification des habitudes alimentaires suggèrent d'employer une campagne d'information pour la «conscientisation» du public, et de mobiliser le réseau de communication existant ainsi que les relais pour susciter une disposition favorable au changement auprès du groupe-cible. Le changement du comportement nécessitera non seulement le renforcement des actions éducatives précédentes mais aussi la réalisation simultanée des conditions sociales et structurelles favorables au comportement nouveau. Ces conditions varieront selon le problème envisagé mais sont à rechercher au niveau de l'organisation de soins, de la législation, ou d'autres mesures sociales qui conditionnent le comportement individuel et collectif [7].

Ensuite, l'éducation pour la santé comme pédagogie de changement n'est pas une stratégie isolée. En effet, il est de plus en plus reconnu que la solution efficace des problèmes de santé repose sur la présence d'une

Suite tableau I

Technique	Objectifs	Quelques considérations pratiques
Film (courts et longs métrages)	<ul style="list-style-type: none"> – susciter de l'intérêt – conscientiser le public au début d'une réunion 	<ul style="list-style-type: none"> – le coût de la production est élevé – très vite dépassé (l'information change) – application par préférence dans des groupes spécifiques qui se trouvent dans un contexte fermé (écoles, cliniques, centres de santé)
Télévision	<ul style="list-style-type: none"> – susciter une prise de conscience et sensibiliser – changer les attitudes et modifier les mentalités 	<ul style="list-style-type: none"> – assez coûteux et nécessité d'une équipe qualifiée – le temps de l'émission est un point très critique – éviter les émissions moralisantes – identifier ceux qui n'ont pas de télévision
Dias	<ul style="list-style-type: none"> – influencer les connaissances si les personnes sont intéressées 	<ul style="list-style-type: none"> – susceptibles d'adaptations – coût peu élevé – programmation demande une certaine compétence – pour un public limité; sert souvent de base à une discussion
Entretien individuel	<ul style="list-style-type: none"> – changer les connaissances, attitudes et comportements si l'entretien est continu et s'il y a une relation entre les deux personnes – explorer les conditions influençant le comportement (moyen diagnostic) 	<ul style="list-style-type: none"> – peut être adapté, n'est pas toujours optimal parce que implique habilité et temps – coûteux si on compte les heures – la formation des personnes chargées de l'entretien individuel est un élément critique ainsi que leur disponibilité pour faire œuvre d'éducation
Méthodes de groupe	<ul style="list-style-type: none"> – modifier les attitudes, parfois le comportement – créer une motivation par le support social 	<ul style="list-style-type: none"> – est un moyen très efficace si la technique est bien appliquée. Souvent, plusieurs sessions sont nécessaires; le moyen est donc assez coûteux – limitative dans l'application à certains problèmes de santé

approche intégrée. Des exemples sont à retrouver dans le domaine des accidents de la route, de la carie dentaire, de l'infarctus du myocarde et d'autres problèmes de santé [3]. Prenons les accidents de la route: la stratégie consiste entre autres en mesures éducatives (information et éducation du conducteur concernant l'effet de l'alcool, de la fatigue), en mesures touchant l'environnement (amélioration de la construction des routes et des voitures) et en mesures relatives aux soins de santé (un réseau opérationnel de services d'urgence).

En conclusion, si l'on veut que l'éducation pour la santé contribue efficacement à la solution des problèmes de santé actuels, il importe qu'elle soit envisagée non comme panacée, ni comme dernier recours, mais comme une stratégie de changement avec sa propre finalité et ses propres exigences méthodologiques, une stratégie qui s'inscrit dans les services et programmes de santé [13].

Résumé

Etant donné l'intérêt croissant pour l'éducation pour la santé ces dernières années, le présent texte se propose de cerner de plus près quelques aspects de cette pédagogie dans le domaine de la santé.

Tout d'abord, l'objet de l'action éducative est étroitement lié au rôle que joue le comportement humain (la façon de vivre et de réagir aux problèmes de santé) sur le niveau de la santé. Ainsi, l'éducation pour la santé peut se situer sur le terrain de la promotion de la santé, de la prévention et de l'utilisation des soins de santé. En ce qui concerne la stratégie de l'éducation pour la santé, elle repose sur l'idée que le comportement vis-à-vis de la santé se prête à une modification par le biais des approches informatives et éducatives. Il s'agit donc d'une pédagogie de changement dans le domaine de la santé qui vise au sens large une éducation permanente de la population, ou bien au sens plus restreint la modification des comportements spécifiques ou des facteurs sous-jacents.

La réalisation concrète de l'éducation pour la santé implique l'étude des éléments essentiels de la communication: le récepteur, la source de l'information, le message, le contexte et les techniques. Les caractéristiques de ces éléments favorisant ou freinant la communication ou bien pouvant poser un problème quant à l'application de l'éducation pour la santé, sont examinées dans le texte.

Enfin, l'éducation pour la santé en tant que pédagogie de change-

ment repose, non sur les nombreuses influences fortuites auxquelles l'individu est exposé au long de sa vie, mais sur une stratégie planifiée. Cette stratégie consiste en plusieurs étapes nécessitant un choix judicieux de méthodes éducatives à chaque étape. Faisant partie d'une approche intégrée, elle s'inscrit avec d'autres méthodes de santé publique dans les services et programmes de santé.

Summary

An educational approach to change

There is currently a widespread interest in health education and a need to better understand the bases of the educational approach to health problems. This paper examines therefore some concepts and methods underlying health education work.

It is important that health education objectives are closely related to the effects of human behaviour (what people do for their health) on health outcomes. One can, for example, identify health behaviours which are consequential to health promotion, disease prevention and health care utilization. They provide a focus for educational interventions. Secondly, the strategy of health education is based on the assumption that health practices (or their underlying factors) are subject to change through educational and information methods. This health education is essentially a process of change through education and may involve a more general process of educating the public for health, or a more specific attempt at modifying particular health practices.

Applying health education to health problems requires an understanding of the communication process and its components. A number of characteristics which may facilitate or hinder communication are discussed.

Finally, health education is more than a services of unstructured influences on people's behaviour. It is a planned strategy involving several stages of change. Also, to be fully effective, health education interventions should be integrated in health programmes and services together with other public health measures.

Bibliographie

[1] Pour un exemple de cette recherche, voir: Aïch, E., Le conseil dans la pratique pharmaceutique: quelle est sa portée? Rev. Intern. Educ. Santé, 4, 1974.

- [2] Belloc, N., Relationship of health practices and mortality. *Prev. Med.*, 2, 67–81, 1973.
- [3] Breslow, L., Research in a strategy for health improvement. *Int. J. Hlth Serv.*, 3, 1, 7–16, 1973.
- [4] Cassee, E. T., Naar de dokter. Boomboeken, p. 65, 1973.
- [5] Christolm, J., An anti-smoking experiment. *Int. J. Hlth Educ.*, 1, 1964.
- [6] Francis, V. et al., Gaps in doctor-patient communication. *New. Engl. J. Med.*, 10, 280, 535–540, 1969.
- [7] Havelock, R. G., Planning for innovation. Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, 1971.
- [8] Hochbaum, G. M., Modern theories of communication. *Children*, p. 13–19, 1960.
- [9] Kasl, S. V. et Cobb, S., Health behaviour, illness behaviour and sick role behavior. *Arch. Environm. Hlth*, 12, 246–266, 1966.
- [10] Knowles, J., The responsibility of the individual. *Daedalus*, p. 57–80, Winter 1977.
- [11] Lalonde, M., Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Gouvernement du Canada, Ottawa, p. 11–12, avril 1974.
- [12] Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire. Rapport d'un Comité d'experts. Sér. rapp. techn., No 409, p. 8, 1969.
- [13] Organisation Mondiale de la Santé. Comité régional pour l'Europe. Copenhague. Working Group on the place of health education in health administration. Manchester, 1976.
- [14] Rapport général de la Commission de la santé et de l'assurance-maladie. Commissariat du Plan, Paris, mars 1976, p. 711.
- [15] Seghal, B. C., Health behaviour: how much influence does knowledge have? *Int. J. Hlth Educ.*, 2, 1967.
- [16] Simonds, S. K., Emerging challenges in health education. *Int. J. Hlth Educ.*, supplm. to vol. 19, 4, p. 6, 1976.
- [17] Van Parijs, L., Education à la santé. *Orientation*, 2, 94–95, 1975.
- [18] Van Parijs, L., Comportements, facteurs socio-culturels et niveaux d'intervention de l'éducation sanitaire dans la lutte contre les M.T.S. *Cah. med.-soc.*, 12, 53–63, 1975.
- [19] Van Parijs, L., Idem (17) p. 145–152.
- [20] Young, M., What people know, believe and to about health. *Hlth Educ. Monogr.*, 23, 1967.