

Jacqueline BILLON

ESSAI DE THEORISATION DES MODELES EXPLICATIFS DE L'EDUCATION APPLIQUEE A LA SANTE

Résumé : Il s'agit d'une introduction aux principaux modèles et théories contemporaines de l'éducation appliquée à la santé. Nous analysons particulièrement ceux qui au cours des dernières décennies ont marqué la pratique sociale. Quatre grands modèles de l'éducation coexistent : les théories behavioristes, les théories constructivistes, les théories sociales de l'éducation et les théories psycho et socio-cognitives en interaction réciproque avec le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial de la santé.

Mots clés : Modèles et théories de l'éducation appliquée à la santé.

Cet article regroupe des modèles et des théories de l'éducation utilisées dans le champ de l'éducation appliquée à la santé. Il s'agit d'une part d'aider les praticiens à effectuer un repérage des différentes approches, modèles, théories et concepts utilisés dans le champ de l'éducation appliquée à la santé dans le but d'une utilisation dépassionnée des champs, des outils et des savoirs que les pratiques ont produits. Il peut d'autre part servir de support à des activités éducatives qui reposent nécessairement sur des hypothèses à propos des mécanismes d'apprentissage et du développement de l'individu. Il désigne enfin des pratiques et des objets de formation tout en laissant libres les situations : il n'impose pas une didactique de l'éducation appliquée à la santé. L'essai de théorisation des modèles de l'éducation appliquée aux modèles de la santé retenu ici est justifié par une réflexion générale sur le processus de référenciation c'est-à-dire le fait de s'étayer à un savoir antérieur, la façon dont « l'éducateur à la santé » fait référence à la conception de l'éducation appliquée à la santé pour choisir, conduire, analyser ou réguler sa pratique.

En éducation, le mot modèle est souvent utilisé pour désigner une formalisation généralisante. Cette acception du mot modèle est issue du structuralisme ; modèle signifie exhibition d'une structure, d'une chaîne d'éléments liés par relations stables et produisant une fonction, réalisant une transformation (Bonniol, Vial, 1997). On assimile donc le modèle avec la figuration schématique d'une classe de problèmes en utilisant un ensemble

de principes, d'axiomes, de postulats qui ne sont visibles que parce qu'ils uniformisent les discours et les pratiques qui en découlent. On entend généralement la théorie comme une référence externe sur laquelle on s'appuie, un ensemble d'idées, organisées, systématisées ou non, sur un sujet donné. Une théorie est donc une connaissance produite donnée sous la forme d'un petit nombre de concepts organisés en réseau (Bertrand, 1993).

Dans l'histoire de l'éducation appliquée à la santé, force est de constater l'indissociabilité des liens et la réciprocité des liens entre la santé et la maladie dans la construction des pratiques de l'éducation appliquée à la santé. D'une vision négative (la santé absence de maladie) à une vision positive (démarche de maintien ou d'amélioration de la santé), deux modèles différents de la santé ont concouru à la construction de l'éducation appliquée à la santé : le modèle médical, biomédical ou encore traditionnel et le modèle biopsychosocial, global ou holistique, social ou « compréhensif » (Durand, 1996). Mais on notera que paradoxalement les modèles explicatifs de l'éducation ne sont pas désignés pour eux-mêmes ; alors que toute pratique éducative appliquée à la santé repose sur des présupposés psychologiques et postule la malléabilité plus ou moins grande des êtres humains (Crahay, 1999). Autrement dit on ne peut s'engager dans une pratique d'éducation appliquée à la santé qu'en supposant que son propre comportement et ses propres processus de référenciation de l'éducation et de la santé affectent l'état psychologique d'autrui.

Ainsi, le praticien de l'éducation appliquée à la santé qui tend à favoriser les capacités de décider, d'interpréter et d'intégrer des connaissances, postule l'existence chez chaque individu d'aptitudes qui ne demandent qu'à éclore dans un contexte positif. Celui qui demande aux praticiens de l'éducation de modifier des types de comportements connus pour conduire à de mauvais état de santé de populations-cible suppose que tous — au moins, la grande majorité — sont virtuellement capables de ces apprentissages. Quant à celui qui assigne à l'éducation appliquée à la santé de construire des enfants et ou des adultes responsables, autonomes en développant leur libre arbitre, des compétences, des savoir-être et des savoirs-faire pour réaliser des choix pour une vie saine, adopte encore une vision plus positive de la nature humaine et de sa plasticité.

L'EDUCATION APPLIQUEE A LA SANTE DANS LE MODELE BIOMEDICAL DE LA SANTE

La santé absence de maladie

Dans le modèle biomédical, la santé est d'abord l'absence de maladie. La réponse est essentiellement curative parce que centrée sur la maladie, diagnostiquée par des médecins dans un système de soins autonome qui n'aborderait l'aspect éducatif que de manière ponctuelle. Le sujet est le malade, le patient. Sa prise en charge est construite à partir d'une étiologie principalement organique où la causalité linéaire se vérifie (ou cherche à se vérifier), issue d'une conception selon laquelle la médecine est une science basée sur le modèle positiviste.

L'expérience répétée et la quantification des données vont amener le médecin à établir des lois de portée générale permettant le diagnostic. La connaissance de la maladie ne peut être trouvée que dans l'analyse de faits réels qui doivent faire l'objet d'une description la plus neutre, la plus objective et la plus concrète possible. Dès lors il est possible de qualifier de « vrais » ou de « faux » les indicateurs et leur quantification est aisée. Le médecin doit s'abstraire complètement de sa subjectivité. Le diagnostic n'est légitime que s'il décrit un fait en vertu du concept d'objectivité.

Au nom de cette objectivité, la médecine a conçu l'éducation appliquée à la santé comme l'évitement de toute forme de risque évalué selon des modèles probabilistes. La logique reste hétéronomique : les mesures épidémiologiques fondent les contenus et il s'agit de transmettre « aux profanes » des savoirs légitimés par le pouvoir scientifique relayé par des instances sociales laissant peu d'espace éducatif à l'initiative du sujet (J. Aubret, 2000). L'approche est dite « prescriptive » c'est-à-dire que tout ce passe comme si « *les individus vont se soumettre en acceptant les demandes qui leurs sont adressées en se « compliant » aux changements attendus souvent en termes de modifications des comportements ou d'habitude de vie* » (Rimouski, 1998).

Les modèles béhavioriste et constructiviste de l'éducation

Ainsi, l'éducation appliquée à la santé s'est construite autour de la logique de la médecine : on ne prévient que les risques et les maladies. L'éducation est peu prioritaire et tout se passe comme si il suffit d'informer — souvent sous forme d'injonctions ou d'interdits — qu'un comportement nuit à la santé pour modifier tant les comportements que les modes de vie. Par ailleurs, force est de constater que les modèles éducatifs utilisés considèrent un lien de causalité entre l'information et le changement d'attitude. Ainsi, les stratégies éducatives se fondent sur l'hypothèse suivante : les personnes qui reçoivent une information réagissent de façon rationnelle en adoptant les comportements et les modes de vie connus pour préserver de la

maladie. Mais chacun sait que la connaissance seule a peu de chance d'entraîner des changements de pratiques...

Dans cette perspective, deux modèles théoriques contemporains de l'éducation ont été essentiellement utilisés : le modèle béhavioriste et le modèle constructiviste. Leur objectif est de prévenir les problèmes de santé définis par les rapports de santé publique, en modifiant des types de comportements connus pour conduire à de mauvais états de santé. On rappellera que les théories béhavioristes accordent de l'importance au rôle de l'environnement sur le comportement (Watson, 1878-1938 in Richelle 1966) et proposent une méthode pédagogique dont l'objectif premier est la prédiction des comportements et leur contrôle par renforcements de plusieurs types, immédiats, positifs, négatifs ou relationnels (Skinner, 1904-1990 in Richelle 1978).

Dans le champ de l'éducation appliquée à la santé, les théories béhavioristes de l'éducation appliquée à la santé ont fondé des pratiques éducatives sur l'hypothèse suivante : une bonne connaissance de la maladie est suffisante pour bénéficier d'une bonne santé, sans référence expérimentale au sujet qui doit apprendre à modifier ses comportements reconnus pour conduire à de mauvais états de santé. La pratique éducative consiste alors à organiser les circonstances pour qu'interviennent un maximum de renforcements, l'activité sollicitée étant aussitôt renforcée par le constat : le sujet bénéficie d'une santé meilleure par le contrôle de ses attitudes et de ses comportements. Des informations sont transmises, construites à partir de discours basés sur des injonctions comportementales et la vulgarisation des connaissances biomédicales qui imposent au sujet de modifier (souvent par la peur) ses comportements pour bénéficier d'une meilleure santé.

Autrement dit, la pratique éducative s'inscrit dans trois conditions optimales d'apprentissages :

- focalisation de l'attention de l'apprenant sur une maladie très précisément ciblée.
- obligation de fournir une réponse comportementale modifiée pour une vie saine.
- connaissance immédiate de la maladie et des risques encourus.

Dans cette perspective, les renforcements sont trop souvent négatifs ou trop éloignés ou de type relationnels et trop peu souvent positifs. L'apprenant doit se résoudre à modifier son comportement pour se soustraire à des situations aversives : être coupable de sa mauvaise santé, ne pas présenter suffisamment de volonté, ne pas savoir utiliser dans le contexte de sa vie propre les connaissances scientifiques de la médecine et de la santé

publique. Ou encore, l'apprenant n'a pas de bénéfice immédiat, être en meilleure santé ou en bonne santé est souvent un long processus.

Skinner lui-même se montre réticent aux renforcements relationnels parce que le caractère discriminatoire et d'instabilité de ses renforcements induisent souvent le détournement de la curiosité intellectuelle vers des fins relationnelles. La solution serait à rechercher dans des renforcements positifs intrinsèques et plus particulièrement dans une gestion avisée de ce qui est bon pour soi.

Dans la perspective constructiviste, les connaissances se construisent au travers des interactions du sujet avec l'objet selon des mécanismes que l'on retrouve de façon analogue dans le développement des actions et dans celui des opérations et des représentations. Piaget (1975) distingue trois types d'assimilation : l'assimilation reproductive correspondant à la répétition simple d'une action ou d'une démarche de pensée et assure sa fixation. Par assimilation cognitive, le sujet reconnaît par discrimination, les objets pouvant être assimilés à un schème particulier. Et enfin l'assimilation reproductrice, l'individu essaye d'étendre l'application d'un schème à un maximum d'objets. Mais parfois les schèmes se heurtent à une réalité imprévue c'est alors que le sujet constate l'inadéquation d'un schème d'assimilation et une accommodation doit se produire. Autrement dit, pour qu'il y ait équilibre dynamique entre l'assimilation et l'accommodation dans l'activité cognitive, l'assimilation assure la cohérence de la pensée et l'accommodation l'adéquation au réel.

Dans ce sens, dans le champ de l'éducation appliquée à la santé, d'autres pratiques éducatives se sont fondées sur l'hypothèse suivante : les personnes qui reçoivent une information réagissent de façon rationnelle en adoptant les comportements et les modes de vie qui sont reconnus pour préserver de la maladie. Cette approche part du principe que le sujet possède un bon sens en matière de santé ; sans nécessairement définir ni le comportement normal ou pathologique au sens de Canguilhem (1996), ni la culture préalable du sujet au sens de Bachelard (1940).

Tout se passe comme si les informations données par les praticiens de l'éducation comblaient les lacunes de l'équilibre précédent, que le sujet apprenant intégrait ces nouvelles connaissances dans une structure assurant l'équilibre précédent (son bon sens) pour créer une ouverture vers de nouveaux possibles. Sachant que les mécanismes de construction de la connaissance en matière de santé se développent selon un processus global d'autorégulation et d'adaptation à l'environnement (Piaget, 1979) et que d'autre part le sujet n'est jamais vierge de toute connaissance, le sujet apprenant arrive avec des connaissances, (Bachelard, 1940) il s'agirait donc

non pas d'acquérir une culture de comportements définis sains de santé, mais bien de changer les attitudes du sujet en matière de santé, par des renforcements immédiats notamment tout en renversant les obstacles déjà amoncelés par la vie quotidienne (Bachelard, 1940).

Cette notion de conception préalable (Giordan et de Vecchi 1994 ; Larochelle et Desautels, 1992) est sans doute une clé de l'éducation pour la santé ; car, la connaissance seule a peu de chance d'entraîner des changements de pratiques et que les perceptions subjectives, les représentations sociales, les motivations, les attitudes doivent être aussi prises en compte. Il s'agit de considérer un sujet construisant de nouvelles compétences à partir de ses savoirs par l'examen critique de ses connaissances actuelles et de ses expériences qui évoluent dans sa perception de la réalité, en donnant au sujet la possibilité d'interpréter et d'intégrer de nouvelles connaissances dans le contexte de sa vie propre, sachant que ces informations nouvelles peuvent créer une dissonance cognitive, en créant de nouvelles tensions qui rompent ou déplacent l'équilibre jusque là réalisé.

Pour qu'un changement de conceptions se réalise, le sujet doit confronter des informations nouvelles au savoir antérieur. L'approche gonséthienne précise notre réflexion : « lorsque le sujet reconnaît le rôle actif d'une connaissance sur la situation, il sait. Une connaissance ainsi identifiée est un savoir, c'est une connaissance utile, utilisable dans ce sens où elle permet au sujet d'agir sur sa représentation. » (Gonseth, 1936). La démarche pédagogique va alors avoir pour objectif de créer de nouvelles consonances cognitives et conatives à partir des connaissances, des motivations, des pratiques et des représentations de la santé dans l'histoire de vie du sujet. Même si chaque individu est doué de la fonction symbolique, il possède un certain savoir sur la santé et n'abandonne pas aisément ses représentations du réel (Chappaz, 1993).

Apprendre des comportements connus pour préserver la santé n'est donc pas le seul résultat d'empreintes d'actions de prévention, mais implique un acte d'éducation permettant la transformation des structures mentales (Lecomte, 1993) et affectives du sujet. Il serait en effet, utopique de penser qu'une explication fournie est suffisante pour éliminer des comportements connus pour conduire à de mauvais état de santé ; cela supposerait un accord spontané entre la structure mentale d'un apprenant et celle de l'éducateur, chose relativement rare, en tout cas jamais immédiate. Les facultés d'apprentissage sont conçues comme des capacités d'action effective ou symbolique liées à l'existence de schèmes mentaux issus de l'action (Lecomte, 1993). Ces derniers naissent de la répétition de conduites, particuliè-

rement celles qui consistent à se représenter des réalités (ou des abstractions), à les reconstruire et à les combiner en pensée.

L'éducation appliquée à la santé a donc conçu un sujet monadique, désocialisé sensé réagir de façon rationnelle en adoptant des comportements ou des modes de vie qui sont reconnus pour préserver de la maladie. C'est ainsi que l'éducation appliquée à la santé a rapidement rencontré des problèmes insurmontables car il s'avéra presque impossible de traduire les acquis de la médecine dans les acquis de l'éducation parce que l'éducation n'est pas la science des objets mais la science du sujet. Les modèles constructivistes et béhavioristes restent trop réducteurs — parce que linéaires pour rendre compte de l'étiologie multifactorielle de l'éducation appliquée à la santé — pour considérer l'interaction entre le sujet, l'éducation et la santé.

L'EDUCATION APPLIQUEE A LA SANTE DANS LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL DE LA SANTE

La santé positive

Dans le modèle biopsychosocial interactionniste, au sens de Waztlawick (1975), la santé ne peut pas être observée comme objet indépendant du sujet percevant mais résulterait de facteurs complexes organiques, psychologiques et sociaux qui demandent une approche pluridisciplinaire dans un système ouvert, de l'éducation, de la prévention, ou de la réadaptation. L'approche est centrée sur la personne, on entre dans la recherche de la multicausalité ou la construction de réseaux de relations entre phénomènes pour comprendre la santé et/ou maladie dans l'histoire de vie du sujet.

La santé est donc un processus où il convient d'observer les cofonctionnements entre systèmes c'est-à-dire tenter de comprendre la santé au départ de patterns de données plutôt que de recueillir les données pour évaluer un modèle théorique préconçu ou des hypothèses à priori issu de la médecine curative. Le sujet observé n'est pas réduit à des variables mais le contexte écologique dans lequel évolue la personne est étudié. Il s'agit également de comprendre le jeu de référence et la signification sociale attribuée par le sujet au monde qui l'entoure. Cette compréhension holiste de la personne permet la reconnaissance de la nécessité d'une cogestion de la préservation de la ressource humaine et laisse une place au développement de savoir-faire susceptible de contribuer à une approche globale du sujet.

Ainsi, à l'heure actuelle, le lieu de référence de la santé n'est pas seulement l'absence de maladie mais la santé positive qui intègre la promotion, la prévention de la maladie et le maintien ou l'amélioration de la santé en

ouvrant la place à une double logique (Deccache, 1996). Dans ce sens, la santé est un processus (Kickbusch, 1996) mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités psychologiques et physiques du sujet pour lequel un autre processus — l'éducation — doit pouvoir favoriser l'appropriation de compétences fondées sur la compréhension des problèmes écologiques, sociaux et culturels.

Dans ce sens, l'éducation appliquée à la santé s'inscrit dans une approche dite appropriative c'est à dire « un processus par lequel une personne, un groupe ou une collectivité prend conscience de sa diversité de ses représentations, de ses enjeux, de ses ressources et contraintes pour les traduire en prise de décisions pour son devenir. » (Rimouski, 1998). L'objectif de l'éducation appliquée à la santé est alors de développer de « nouvelles » stratégies plus appropriées à la résolution globale des problèmes de notre planète. Elle doit comprendre des contenus sur les relations multiculturelles, les impacts positifs ou négatifs du développement économique, sur l'écologie et sur les principes de démocratie. Elle doit comprendre également des stratégies éducatives coopératives qui mise sur le travail d'équipe et sur la coopération avec les milieux touchés par les problèmes de santé à résoudre. Elle participe à l'éducation à la citoyenneté.

Les théories sociales de l'éducation

Si l'éducation concoure à la promotion de la santé, selon les principes de la Charte d'Ottawa de 1986, en dépassant les modes de vie sains pour viser le bien-être, l'éducation appliquée à la santé ciblerait alors non seulement les mécanismes adaptatifs et préventifs naturels de l'individu, (Pissaro, 1982) ; mais aussi la mise en œuvre de stratégies pédagogiques de la conscientisation et de la libération avec le regain de la pensée de Paolo Freire (1987).

En effet, les théories sociales définissent l'objectif de l'éducation comme la transformation importante de la société et de la culture, dans une perspective d'une plus grande justice sociale. Dans cette perspective, les pédagogies participent à une recomposition des actes fondamentaux de l'éducation dans les principes d'apprentissages de base où il s'agit d'établir une synergie des actes humains fondamentaux là où on apprend à dire, à juger et à partager et à transformer l'expérience quotidienne.

Les théories sociales reposent sur le principe que l'éducation doit permettre de résoudre les problèmes sociaux, culturels et environnementaux. Les modèles éducationnels contemporains anglo-saxons du champ de l'éducation appliquée à la santé, sans les nommer directement, entrent dans cette logique à partir notamment du modèle éducationnel radical. Le modèle

radical d'éducation à la santé selon Tones, Green et Manderschied (1996) prône un changement social et politique pour favoriser la santé des individus et faire en sorte que les bons choix en terme de santé soient l'option la plus facile pour le sujet. Il s'agit donc de faire prendre conscience à l'apprenant de l'origine environnementale de certains problèmes de santé. Cette prise de conscience peut se développer à partir de stratégies pédagogiques de la libération.

« L'empowering éducation » (Shor, 1992) traduit par Yves Bertrand (1996) par « Pédagogie de la libération » soutient que la croissance individuelle est un processus actif, coopératif et social. Il s'agit d'une pédagogie critique et démocratique axée sur la personne et le changement social. A partir du questionnement du sujet, sa participation active est visée, dans la mesure où il existe une interaction entre le sujet et la société dans laquelle il vit. On favorise le développement de sentiment positif chez l'apprenant en prenant en compte la dimension affective et cognitive du sujet. Il s'agit d'un enseignement où l'apprenant peut s'exprimer librement, faire connaître ses intentions et agir en conséquence.

Il s'agit donc de développer « the high self-esteem » (l'image de soi), « being in charge of » (sentiment d'être responsable de sa propre vie et de sa propre destinée) qui renvoie à la notion « de locus of control », la capacité d'être sûr de soi, « the self-efficacy believe » (se fixer et réaliser des objectifs) ; c'est-à-dire « *qu'il faut donner à l'enfant les outils (le moteur, la force, l'énergie) qui lui permettent de vouloir et savoir faire ses propres choix, et pouvoir les mettre en oeuvre afin de se réaliser pleinement. En un mot il s'agit d'aider l'enfant à devenir un acteur à tout point de vue autonome...* » (Manderschied, 1996). Dans ce sens, l'empowerment model ne réduit pas le soi au seul concept de soi cognitif, mais il intègre les dimensions socioculturelles de la santé telles : les représentations de la santé, les représentations de soi, les valeurs, les sentiments et les affects liés au soi, les appartenances et les projets que le sujet se fixe comme idéaux.

Ce modèle d'empowerment a donc pour objectif de développer les compétences qui aident à la réalisation de l'autonomie du sujet et suppose des démarches éducatives susceptibles de favoriser la transformation de soi du sujet afin de modifier de façon plus durable les composants des « savoir-faire » et « des savoir-être » en santé. On suppose donc que les composantes du savoir en santé relèvent autant de la construction du sens commun des choses, des connaissances, des systèmes de valeurs, des normes que du registre des éprouvés psychiques attachés à des potentiels d'actions.

Les théories sociocognitives et psychocognitives

Dans cette perspective, les théories sociocognitives et psychocognitives permettent de comprendre les comportements de santé, soit dans le biais des stratégies d'ajustements (de type cognitif, émotionnel, somatique ou comportementale, Bruchon-Schweitzer, 1994) ; utilisées par le sujet pour faire face à des événements perçus aversifs ; soit dans la conceptualisation du soi (Reuchlin, 1990) ou de la transformation du soi (Barbier, Galatanu, 1998).

Ainsi, rappelons que les théories psycho et sociocognitives modifient les hypothèses relatives au conditionnement de l'individu en remplaçant non seulement le conditionnement, mais aussi la prédiction des comportements de santé reconnus sains par une compréhension des traitements cognitifs et conatifs dans les apprentissages et des caractéristiques de sujet social.

Les théories psychocognitives et sociocognitives de l'éducation ont en commun de s'intéresser aux origines sociales de la pensée, aux processus d'apprentissage, aux traitements cognitifs de l'information et aux caractéristiques de l'apprenant. Le mot social est utilisé alors pour définir la pensée et l'action fondamentalement sociales et le mot cognitif est utilisé parce que les processus de la pensée influencent la motivation, les émotions et l'action. Les théories psychocognitives se préoccupent du développement des processus cognitifs de l'apprenant tels le raisonnement, l'analyse, la résolution de problèmes, les représentations, les conceptions préalables, les images mentales.

Les théories socio-cognitives s'intéressent à la construction des connaissances à partir d'une interaction entre les facteurs culturels et sociaux. Certaines théories se fondent sur l'étude des interactions sociales de coopération dans les apprentissages (Bandura 1980, Doise et Mugny 1981, Bruner 1991). Dans ce sens, les comportements de santé s'inscrivent dans un environnement dans lequel se renforcent des compétences acquises.

Rappelons que l'approche par le développement des compétences sociales est décrite dans la charte d'Ottawa de 1986 où on peut lire : « *La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. Il est crucial d'apprendre aux gens à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel, et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire de organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et dans les institutions elles-mêmes.* » Ce modèle a pour défaut

MODELES EXPLICATIFS DE L'EDUCATION APPLIQUEE A LA SANTE

non seulement d'être séquentiel et non cumulatif mais aussi d'avoir été essentiellement utilisé dans le champ de la psychologie sociale et non de manière spécifique dans le champ de la santé (Godin, 1994).

Selon nous, l'intérêt des théories socio et psycho-cognitives de l'éducation appliquée à la santé est de permettre de construire une démarche pédagogique et didactique à partir des caractéristiques psychologiques et sociales du sujet ; même s'il est bien difficile pour l'instant de savoir comment ces processus psychologiques et didactiques interagissent entre eux pour transformer les comportements et les attitudes du sujet en matière de santé.

Ainsi, l'éducation appliquée à la santé s'est construite au sens de Pisaro (1982) à partir de la promotion de la santé. Elle s'est développée à partir de deux postulats selon lesquels la santé est absence de maladie ou la santé est positive. Cette taxonomie a légitimé des référentiels de la prévention opposés et des pratiques éducatives différenciées qui peuvent se résumer dans le tableau suivant :

LA PROMOTION DE LA SANTE (Charte d'Ottawa de 1986)	
SANTE : ABSENCE DE MALADIE	SANTE POSITIVE : SANTE PROCESSUS
MODELE BIOMEDICAL	MODELE BIOPSYCHOSOCIAL
SYSTEME DE SOINS AUTONOME GERE PAR DES MEDECINS	APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE
REPONSE CURATIVE	REPONSE GLOBALE
PREVENTION	EDUCATION
PREVENIR LES RISQUES	MAINTIEN DE LA SANTE AMELIORER LA SANTE
« EDUCATION A LA SANTE »	
APPROCHE PRESCRIPTIVE	APPROCHE APPROPRIATIVE
MODELE EDUCATIF CONSTRUCTI- VISTE	
MODELE EDUCATIF BEHAVIORISTE (peur)	MODELES EDUCATIFS PSYCHO ET SOCIOCOGNITIFS (prise en compte de la culture, de l'environ- nement, de l'histoire du sujet, des représenta- tions, croyances, systèmes de valeur)
	MODELES SOCIAUX ET ECOSOCIAUX DE L'EDUCATION

Ainsi, tous les travaux récents sur l'éducation pour la santé aboutissent au même résultat, à savoir qu'un sujet humain ne doit pas empiler des connaissances dans son cerveau en matière de comportements ou de mode de vie qui sont reconnus pour préserver de la maladie ; mais plutôt apprendre à articuler les connaissances avec son univers affectif, émotionnel et sensoriel. Il s'agit de « dresser un portrait exhaustif » des connaissances antérieures construites non seulement à partir des perceptions et des représentations sociales du sujet en matière de santé, mais aussi à partir de la construction du soi du sujet afin d'élaborer des procédures d'acquisition qui permettent de faire évoluer ces connaissances et ces représentations initiales en les articulant non seulement aux connaissances à acquérir, mais aussi au développement de compétences telles un haut niveau de l'estime de soi, sentiment de contrôle, sentiment de valeur personnelle et d'appartenance à un groupe social.

Pour cela, la santé ne peut plus se décliner autour de l'absence de maladie, sauf si elle est considérée comme un indice révélateur du soi dans la transformation du sujet. C'est ainsi qu'aujourd'hui notre position consiste en ce qu'une relation dialectique s'instaure entre deux approches. Le moment biopsychosocial produit la connaissance de la vie courante, des perçus et imperçus au sens de Cyrulnik (1996), le soi, les affects et les émotions, les représentations subjectives des sujets qui permettent de comprendre comment se structure la santé de l'auteur au sens d'Ardoino (1993) ; le moment biomédical met en place les structures objectives de la demande sociale en matière de santé dans un espace social donné.

Jacqueline BILLON
Laboratoire GEREOR
Université Charles de Gaulle — Lille 3

Références bibliographiques

- Ardoino J. (1993) « L'approche multiréférentielle » — *Pratiques en Formation* 25-26.
- Aubret J (2000) « Ressources Humaines dans l'éducation à la santé » — *Spirale* 25.
- Bachelard A. (1940) *La philosophie du non, Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique*. Paris : PUF.
- Bandura A. (1976) *Social learning theory*. New jersey : Prentice Hall.

MODELES EXPLICATIFS DE L'EDUCATION APPLIQUEE A LA SANTE

- Bandura A. (1980) *L'apprentissage social*. Liège : Mardaga.
- Barbier J.-M. & Galatanu O. (1998) *Actions, affects, transformation du soi*, Paris : PUF.
- Bertrand Y. (1993) *Les théories contemporaines de l'éducation*. Lyon, : Chroniques sociales
- Bonniol J.-J. & Vial M. (1997) *Les modèles de l'évaluation*. Bruxelles : De Boeck.
- Bonniol J.-J. & Vial M (1997) *Les modèles de l'évaluation*. Bruxelles : De Boeck.
- Bruchon-Schweitzer M.-L. & Dantzer G. (1994) *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : PUF.
- Bruner J. (1991) *Car la culture donne forme à l'esprit. De la révolution cognitive à la psychologie culturelle*. Paris : Ed Eshel.
- Canguillem G. (1996) *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF. (6^{ème} éd.).
- CFES (1998) par Ferron C. (1998) « L'éducation pour la santé en France : quel lien entre recherche, formation et pratiques ? » — *Biennale de l'éducation et de la formation*. Paris, La Sorbonne, CNAM (131-132).
- Crahay M. (1999) *Psychologie de l'éducation*. Paris : PUF.
- Cyrulnik B. (1996) *L'ensorcellement du monde*. Paris : Edition Odile Jacob.
- Deccache A. (1996) « Education pour la santé, éducation du patient » — *in : L'éducation à la santé en médecine générale*, Université d'été Château de Mialaret du 4 juillet au 7 juillet 1996, Editions CFES octobre 1997 (51-62).
- Doise W. & Mugny J.-M. (1981) *Le développement social de l'intelligence*. Paris : Interédition.
- Durand, D. (1996) « La santé, Usages et enjeux d'une définition » — *Revue Prévenir*, Marseille Prévenir CVM.
- Freire, P. (1987) *A pedagogy for liberation : dialogues on transforming education*. Westport : Greenwood, Bergin et Garvey.
- Giordan, A. & de Vecchi, G. (1994) *Les origines du savoir*. Neuchatel, Delachaux et Niestlé.
- Kickbusch I. (1996) « Cinquante années d'évolution des concepts de santé à l'OMS : d'une définition à sa résolution » — *Prévenir, la santé, usages et enjeux d'une définition* 30 (43-54).
- Larochelle M. & Desautels J. (1992) *Autour de l'idée de sciences*. Québec : Les presses universitaires de Laval ; Bruxelles : De Boeck
- Lecomte J. (1993) « Les mécanismes de l'apprentissage » — *Sciences humaines* 12 (11-16).

J. BILLON

- Piaget J. (1979) *Théorie du langage, théorie de l'apprentissage*. Paris : Le Seuil.
- Pissaro B. & Gremy F. (1982) « Proposition pour une politique de prévention » — *Rapport au ministre de la santé, Volume 2*. Paris : La Documentation Française
- Richelle M. (1966) *Watson : Le conditionnement opérant*. Neuchatel : Delachaux et Niestlé.
- Richelle M. (1978) *Skinner ou le péril béhavioriste*. Bruxelles : Mardaga.
- Sandrin-Berthon B. (1996) *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF.
- Shor I (1992) *Culture Wars*. Boston : Routledge and Keagan Paul.
- Tones B.-K, Green J. & Mandercheid J.C. (1996) « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école » — *Revue Française de Pédagogie* 114 (121-144).
- Tones B.-K. & Tilford S. (1994) *Health Education, effectiveness, efficacy and equity*. London : Chapman and Hall.
- Watzlawick P., Weakland. & Fisch, R. (1975) *Changements*. Paris : Le Seuil.