



HAL
open science

La santé : de l'éducation à la pédagogie

Joël Clanet

► **To cite this version:**

Joël Clanet. La santé : de l'éducation à la pédagogie. Expressions, 2012, Journées régionales "société, santé, éducation". Approche interdisciplinaire des inégalités sociales de santé à La Réunion, 36, pp.75-88. hal-02388565

HAL Id: hal-02388565

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02388565>

Submitted on 2 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LA SANTE : DE L'EDUCATION A LA PEDAGOGIE

Joël CLANET

Université de la Réunion –IUFM-

Résumé. – La présente contribution questionne la terminologie utilisée pour penser l'éducation à la santé et/ou thérapeutique. Cette réflexion, ancrée dans le champ des sciences de l'éducation nous amènera à évoquer des notions qui permettront, (c'est le pari que nous faisons), une avancée tant dans les travaux de la recherche « sur » comme de la recherche « pour » l'éducation à la santé. Les finalités d'une « éducation à la santé » sont claires : transformer les comportements et ce faisant, les attitudes des malades, en vue d'une conduite « plus favorable à la santé ». Après avoir constaté qu'en matière d'éducation à la santé il est véritablement question de pédagogie de la santé en référence au cadre que nous retenons, nous en viendrons à montrer combien les éléments structurant la réflexion dans le domaine de l'éducation en général et le milieu scolaire en particulier sont également contributifs des réflexions qui traversent l'éducation à la santé. La conception holistique du malade s'impose jusqu'à envisager la prise en compte d'un « malade global dans son environnement socioculturel ». La place de la connaissance médicale dans la prise en charge du patient, si elle reste centrale, ne suffit pas à penser la transformation attendue du malade, transformation que vise l'éducation à la santé en matière de comportements comme de rapport à soi.

Mots-clés : - éducation à la santé – pédagogie – didactique – agentivité – engagement - .

Abstract. – The present contribution examines the terminology used to designate Health and/or Therapeutic Education. This reflection rooted in the field of Educational Science will enable us to recognize notions which will bring about (this is the challenge we are facing) progress both in the field of research « on » as well as « for » Health Education. The objectives of Health Education are clear : to bring about a change in behaviour and in this way, a change in patients' attitudes, inculcating a more positive outlook with regard to health. As it has been stated that Health Education is really a question of teaching with reference to the given framework, we will be able to show to what extent the elements encompassing reflection in the area of education in general and in the school context in particular, play an integral role in Health Education. The holistic concept of the patient cannot be disregarded and envisages taking the patient's socio-cultural environment into account. The importance of medical knowledge in taking care of the patient, even though it remains central, is not sufficient to engender the necessary changes in the patient's behaviour and relationship to the self, changes that Health Education sets out to achieve.

Key words : - Health Education – pedagogy- agency- commitment - .

1. De l'éducation à la pédagogie

L'éducation est un processus qui aboutit à la transformation d'autrui. « L'éducation est une conduite sociale universelle qui se manifeste par l'action d'une personne (ou d'un groupe) sur une personne (ou un autre groupe), en vue de sa (ou de leur) transformation » (Houssaye, 1993 : 13). La conscientisation par l'éducateur de son activité à visée transformative n'est pas systématique. A titre d'exemple, la transmission des normes et des codes sociaux s'effectue, en partie, sans qu'il y ait réflexion sur les fins et surtout, sur les moyens de cette transmission.

La distinction qui peut être faite entre éducation réfléchie et éducation non réfléchie, ouvre la voie de la pédagogie. La pédagogie est la réflexion sur l'action au service de l'action. Tout éducateur devient donc pédagogue dès lors qu'il met en réflexion son activité, dans ses rationalités comme dans ses moyens, dans ses fondements comme dans ses finalités. « La pédagogie est l'enveloppement mutuel et dialectique de la théorie et de la pratique éducatives par la

même personne, sur la même personne. Le praticien cherche à conjointre la théorie et la pratique à partir de sa propre action (...) tâche à la fois indispensable et impossible dans sa totalité » (Houssaye, 1993 : 13). La pédagogie est affaire de conjonction et non d'opposition entre un contenu de connaissance (forcément savant et acontextuel) et une pratique nourrie et contrainte par la contextualité du ici et maintenant.

L'éducation à la santé, telle qu'elle a été abordée lors de la journée régionale « Société, santé, éducation » en juin 2011 à l'Université de La Réunion¹, s'inscrit donc dans une dynamique pédagogique car elle réclame une réflexion du praticien-pédagogue afin de servir au mieux les ambitions qui sont les siennes (et pas seulement les siennes) d'amener le patient à des changements que réclame la « saine gestion » de sa pathologie.

La tâche des pédagogues, de ces praticiens-théoriciens, est de nourrir au mieux leur activité destinée à transformer autrui, à partir d'une réflexion aussi large que nécessaire. Cette réflexion se nourrit d'un certain nombre de certitudes et de connaissances avérées. L'objectif de la réflexion n'est pas la seule spéculation. Certes il s'agit de prévoir et d'anticiper, mais il faut surtout disposer d'éléments de décision et d'action car la confrontation à la situation réclame d'agir.

L'ambition et la tâche des chercheurs en sciences de l'éducation est différente, il s'agit de réfléchir à l'action, non pas pour agir mais pour mieux l'expliquer et la comprendre. Pour ce faire ils se réfèrent à des champs théoriques pluriels en multipliant si nécessaire les références dans le seul but de mieux connaître l'objet qu'ils étudient : le processus « éducatif ».

¹ Premières journées régionales « Société, santé, éducation ; Approche interdisciplinaire des inégalités sociales de santé à La Réunion ». Séminaire IUFM-Université & laboratoire LCF, Université de La Réunion, mardi 21 juin 2011, amphithéâtre Genevaux, Université, Saint-Denis.

Le pédagogue de la santé peut tirer profit à la fois des connaissances construites par la recherche en éducation, mais également des outils d'intelligibilité utilisés qui pourront lui permettre de nourrir sa propre réflexion dans une orientation davantage praxéologique.

2. De la pédagogie à la didactique

Un praticien réflexif de l'éducation à la santé est donc un pédagogue. La question est de savoir quelle place occupent les savoirs de référence en matière de santé. Cette dimension didactique par analogie avec l'éducation scolaire et ses références aux savoirs mathématiques, linguistiques, ... ne peut être occultée. Deux questions s'imposent :

- A propos des savoirs savants en matière de pathologie, doivent-ils être présentés et connus des malades ? Si oui, quels sont ceux à présenter ?
- Quel niveau de connaissance serait-il judicieux que les malades intègrent à propos de leur pathologie ?

L'objectif qui est d'adopter un certain nombre de comportements bénéfiques à la santé, réclame-t-il donc une(des) connaissance(s) et à quel degré, en matière de références médicales de la part des malades comme de la part des éducateurs ? Est-il envisageable de répondre par la négative ? Nous ne le pensons pas, mais doit-on structurer le processus éducatif à l'aune de la seule logique de la connaissance médicale ? Ce serait une erreur au regard de l'objectif à atteindre.

Ce questionnement quelque peu trivial ouvre sur la nécessité de réfléchir à une transposition didactique en matière d'éducation à la santé. A propos de connaissances de haut niveau, portées par les spécialistes de certaines pathologies (cardiaque, diabète, obésité, ...) que doit-on retenir qui puisse aider à l'objectif d'une transformation des comportements des malades ? Dans cette démarche éducative de santé, nous ne sommes pas dans une visée de transmission, ni au sens anthropologique du terme, ni en référence aux modalités d'action, mais davantage dans une réflexion qui consisterait à repérer ce qui, dans les connaissances actuelles à propos des pathologies concernées

est intéressant de porter à la connaissance des malades afin de leur ouvrir la possibilité d'un travail sur soi qui se nourrira également d'autres dimensions.

L'action didactique telle que la propose G. Sensevy (Sensevy, 2007 : 14), renvoie « à ce qui se passe lorsque quelqu'un enseigne quelque chose à quelqu'un d'autre » ; ce « quelque chose », ce contenu de connaissance concerne les conséquences en matière de vie quotidienne, de nourriture, d'activité, ... en relation avec une pathologie. Ces conseils pour mieux vivre peuvent remettre en cause bien des dimensions psychologiques et culturelles. Certaines des certitudes, des points d'appui sur lesquels les sujets se construisent peuvent être bousculés. Il est important d'avancer dans la connaissance à propos de la manière dont sont reçus, dans les différents contextes socio-culturels, les éléments de transformation.

3. Le patient global

Un détour par l'histoire de l'éducation et de la pédagogie peut, nous semble-t-il, éclairer l'éducation à la santé telle qu'elle se construit aujourd'hui.

A la fin du XIX^{ème} siècle le courant de l'éducation nouvelle naissait, il connut un essor important aux alentours des années 1920, pour faire partie, aujourd'hui, du quotidien des éducateurs et des enseignants, sans pour autant s'extraire des clivages initiaux. Les principes fondateurs en étaient :

- La reconnaissance de l'individu en tant que sujet global dont il y a lieu de prendre en compte des dimensions largement ignorées jusqu'alors : son affectivité, ses ambitions, sa personnalité, ses référents socioculturels, ...
- L'appui sur le principe d'éducabilité, autrement dit sur la possibilité d'évolution et de transformation de tout un chacun.
- L'idée que la transformation d'un sujet s'effectue à partir de l'activité même de celui-ci. D'une certaine manière la forme transmissive n'est pas celle qu'il faille privilégier,

- L'éducation doit être pensée comme constructive, en associant le sujet éduqué et non comme correctrice ce qui était jusqu'alors la référence.

En matière d'éducation à la santé et à propos des maladies chroniques, la prise en compte de l'individu dans sa globalité, notamment socioculturelle s'impose. La pathologie n'est plus affaire individuelle. L'individu ne peut être pensé comme sujet épistémique porteur de symptômes identiques nécessitant des traitements identiques, mais plutôt comme un sujet inscrit dans une dynamique historico-culturelle. La communication du Dr Xavier Debusche illustre cet aspect lorsqu'il pose la question de savoir en quoi le diabète n'est pas, au delà d'une pathologie portée par un individu, une pathologie sociale voire sociétale.

Au delà du pari d'éducabilité, engager les sujets dans des activités en vue de les transformer est classiquement mis en œuvre.

Une des difficultés, inhérente à l'éducation à la santé, pourrait venir d'une perception par trop correctrice pour les malades de leurs comportements quotidiens. Certes la visée est transformative, mais une éducation constructive associe les malades en s'appuyant, entre autres stratégies sur la notion d'engagement, au sens psychosocial du terme (nous y reviendrons).

4. Personation versus socialisation

L'éducation lorsqu'elle concerne les enfants poursuit deux objectifs la socialisation et la personation (Racamier, 1979). La socialisation dite primaire permet de doter le sujet des codes sociaux et des normes sociales qui lui permettront de s'insérer harmonieusement dans la société; l'individu est largement conditionné par le milieu dans lequel il évolue. La personation phase ultime du développement de soi concerne « le processus d'acquisition et de maintien de la fonction généralement non consciente du self, par laquelle l'homme est capable de s'éprouver comme entité individuelle, différenciée unifiée, réelle et permanente,

comme une personne en soi. » (Millet, 1987 : 226-227)². Ces deux processus, socialisation et individuation / personnalisation / personnation se combinent dans une éducation « harmonieuse ».

Dans une éducation à la santé concernant des affections chroniques, la dynamique éducative à visée transformative, ne reprend qu'en partie les deux orientations.

En matière de socialisation il serait davantage question de socialisation secondaire (Berger & Luckmann, 1996) car cette forme de socialisation est conçue comme survenant après l'enfance (socialisation primaire)³ et amenant à adopter de nouveaux rôles, un nouveau langage, de nouveaux codes,... Cette socialisation secondaire n'est pas toujours en concordance avec la socialisation primaire et suppose parfois un véritable travail de reconversion identitaire.

Parmi les autres formes de socialisation actuellement repérées, la socialisation active concernera sans nul doute, pour le sujet atteint d'une maladie chronique, l'avènement d'un nouveau rapport à son milieu de vie. Le sujet sélectionne, capte et s'approprie des éléments socio culturels du milieu qu'il chercherait à intégrer. Dans cette notion de socialisation active il y a l'appropriation consciente et volontaire par l'individu qui n'est plus un sujet passif, mais l'acteur de sa transformation. La difficulté ici repose sur le fait que la socialisation active s'appuie sur une dynamique volontariste porteuse d'une dimension anticipatrice (Merton, 1949). La différence est notable pour les individus qui subissent un changement dans leur état physique comme psychologique qui les contraignent à modifier leurs rapports aux situations qu'ils sont amenés à vivre.

². Une distinction entre individuation, personnalisation et personnation est à faire. L'individuation aboutit à une séparation, différenciation du sujet (très jeune), la personnalisation concerne le personnage relationnel et social alors que la personne concerne davantage l'être, l'intime. L. Millet propose cette formule lapidaire : « ... la personne réussit ou non sa vie, le personnage, la personnalité permettant de réussir sa vie ... » (Millet, 1987 : 228).

³. Ceci comporte des exceptions, par exemple celle des diabétiques chroniques ayant été diagnostiqués dès leur plus jeune âge.

L'éducation à la santé dans sa dimension de personnalisation concerne cette évolution/transformation du sujet dans son identité propre. Nous ne l'abordons pas dans la seule dimension ontologique mais davantage à propos d'un « sujet actif en situation ». Pour ce faire nous proposons le modèle d'A. Bandura, modèle de l'agentivité (Bandura, 2003).

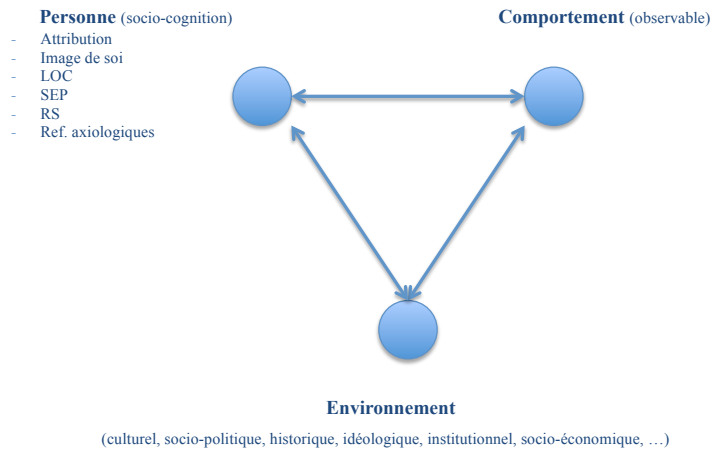


Schéma n° 1 : Le modèle triadique de l'agentivité d'A. Bandura

L'objectif, en matière d'éducation à la santé, est d'amener un sujet atteint de maladie chronique à changer de comportement. Changer de comportement entraîne des modifications quant aux conceptions des sujets ainsi que dans leurs rapports aux situations. La dynamique interactive entre les trois pôles oblige à penser tout changement de comportement comme un bouleversement dans les relations existantes entre les éléments regroupés dans les trois pôles (ces relations au nombre potentiellement très important ouvre sur la complexité).

L'activité humaine s'inscrit dans un système de relations entre façon de faire, situation et manière d'envisager les choses. Pour un malade chronique qui doit, par exemple, modifier son alimentation, il

envisagera ces changements alimentaires tant à partir de ses habitudes largement ancrées dans une culture teintée d'un certain localisme, qu'au regard de ses conceptions et de sa manière de voir, de se voir autrement dit, de « son sentiment de soi ».

La réflexion pédagogique réclame donc la prise en compte d'un sujet dans sa globalité, car les changements visés, changements que réclame la préservation d'une santé la meilleure possible, concernent l'ensemble des dimensions fondatrices de ses activités.

5. La nécessaire prise en compte du rapport à soi

La pathologie chronique et sa prise de conscience par le patient s'accompagnent au niveau psychique de l'activation de mécanismes de défense qui tendent à préserver son soi, à « protéger son soi » (Braconnier, 2010). L'éducation à la santé se doit bien entendu de ne pas nier cette posture défensive mais au delà d'envisager un rapport à soi différent. La manière de se penser, d'envisager son existence, son rapport aux autres, ... doivent intégrer la nouvelle donne, rien ne saurait être comme avant.

Ce vaste domaine du rapport à soi que l'on positionne au sein de la sphère sociocognitive de la personne, dans le modèle d'A. Bandura (Bandura, 2003) est souvent appelé « estime de soi ». L'estime de soi peut être considérée comme composite, dans le schéma n° 1 nous avons précisé certains de ses aspects : sentiment de contrôle (LOC : Locus Of Control)⁴, forme d'attribution (externe ou interne)⁵ qui nous amène à expliquer ce qui nous arrive, SEP (Sentiment d'Efficacité Personnel), RS (Représentations Sociales).

⁴. Le Locus of Control concerne la perception *vs* non-perception d'un lien entre une caractéristique de l'acteur et un renforcement (anticipation ou attente *a priori*).

⁵. L'explication des évènements peut s'envisager à partir de **causes externes** (ou situationnelles) qui renvoient aux caractéristiques permanentes ou temporaires de la situation où l'action a lieu ou de **causes internes** (ou dispositionnelles) caractéristiques permanentes ou temporaires de l'acteur (explication *a posteriori*).

Nous avons ajouté, car c'est important à propos de la santé et donc de la vie et de la mort,... les référents axiologiques de la personne, c'est à dire son système de valeur, ses ancrages philosophiques et ses croyances.

Nous empruntons à la présentation de J-P. Famose et J. Bertsch (Famose & Bertsch, 2009), la distinction entre estime de soi intrapersonnelle et interpersonnelle. La première est le résultat d'un rapport entre perceptions de soi réelles (ce que le sujet pense être) et perceptions de soi idéales (ce que le sujet voudrait être) dans les domaines importants. S'agissant de la santé, la perception de soi idéale dans ce qui est important pour le sujet atteint d'une pathologie chronique est largement nourrie, si ce n'est perturbée, par ce qui devrait être pour la médecine. Dans l'exemple du diabète la perception de soi idéale à propos de la prise d'aliments ou de l'exercice physique est largement perturbée par les prescriptions des médecins pouvant être perçues comme des conseils, des attentes ou des exigences. Cette tension entre soi idéal et soi réel peut être lue par le malade comme une remise en cause de son espace de liberté ce qui peut être un obstacle sévère à tout changement de sa part.

L'estime de soi dans sa dimension interpersonnelle est le résultat de la perception de la personne quant à l'évaluation d'elle-même effectuée par les personnes importantes de son entourage. Gageons que le médecin qui diagnostique et accompagne est une personne importante de l'entourage du malade et l'évaluation qu'il renvoie à ce dernier peut être perçue comme négative et influencer grandement son estime de soi.

Estime de soi interpersonnelle négative, attribution externe, faible sentiment de contrôlabilité sont souvent liés à un fort déclassement socio-économique : nous avons là un lien entre les pôles « personne » et « environnement » du modèle, qui préfigurent des comportements particuliers réclamant des stratégies éducatives elles-mêmes particulières.

6. La recherche en sciences de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé en milieu multiculturel et plurilingue peut être considérée comme un objet de recherches à développer. Comme pour bien des travaux qui concernent le vaste champ de l'éducation, la notion d'efficacité s'impose chaque jour davantage. La distinction entre recherche « sur » à visée heuristique a longtemps été distinguée si ce n'est opposée aux recherches « pour » dont les objectifs étaient largement opératoires. Il y a lieu de combiner ces deux orientations. L'objet même des travaux en éducation à la santé réclame une opérationnalité des conclusions afin que, suite à une prise en charge lourde au sein d'une institution hospitalière par exemple, une stabilisation, si ce n'est une amélioration, de l'état des malades en situation de pathologie chronique puisse être sereinement envisagée. Toutefois, la dimension processuelle des phénomènes en jeu et la multiplicité des explications potentielles réclament des travaux tendant à mieux décrire, expliquer et comprendre les processus. Ces recherches « sur » devraient accompagner systématiquement des recherches « pour » au sein de protocoles de travaux qui ne peuvent que s'envisager dans la diachronie.

L'objet d'étude est complexe, nous l'avons déjà évoqué. Cette complexité ne peut qu'être modélisée et en cela des travaux portant une dynamique d'invalidation de modèle doivent se mettre en place. Ils ne sauraient suffire : la mise à l'épreuve de configurations particulières de dispositifs éducatifs précisant à la fois les caractéristiques des différents acteurs ainsi celle des situations, des formes d'action et des outils utilisés doit viser une forme d'invalidation majorante appréciée à l'aune des résultats obtenus auprès des malades.

La référence au modèle triadique d'A. Bandura que nous avons présentée permet d'apprécier combien la seule prise en charge des comportements des malades, comportements dictés par l'exigence médicale, ne saurait suffire. Pour atteindre l'objectif de transformation des sujets, la prise en compte des dimensions sociocognitives et contextuelles est obligatoire. Cela n'enlève en rien la possibilité d'envisager des stratégies d'action référées à des champs scientifiques différents. Deux orientations peuvent être évoquées :

- la pédagogie skinérienne référée au modèle Stimulus -> Réponse et surtout aux renforcements positifs accompagnant la production du comportement attendu a fait ses preuves. Malheureusement et contrairement à son concepteur B. Skinner la pédagogie skinérienne n'est pas toute la pédagogie, elle n'a pas un caractère universel, ce qui n'enlève en rien les avancées qu'elle peut permettre pour qui poursuit l'ambition d'éduquer des malades ;

- le concept d'engagement, en psychologie sociale, qui désigne l'ensemble des conséquences d'un acte sur le comportement et les attitudes⁶. Des travaux tels que ceux de K. Lewin (Lewin, 1948), L. Festinger (Festinger, 1957) et plus récemment de Beauvois et Joule (Beauvois & Joule, 1987, 1998) peuvent inspirer les praticiens de « l'éducation à la santé ».

L'éducation à la santé comme toute éducation est un processus dont la pluralité des composants et l'inscription temporelle sont des constituants majeurs. Cette multiplicité des facteurs alliée à la dynamique temporelle amène à concevoir un objet complexe qui ne saurait, sous peine de dénaturation, se résumer au seul comportement des malades chroniques. Faire de cette dimension médicalement affirmée et assurée un élément incontournable est certes nécessaire, mais en faire un point fixe à partir duquel les travaux se projetteraient serait à notre sens une erreur. La prise en compte des données médicales en matière de comportements sanitaire *ad hoc* est nécessaire mais ne saurait être suffisant dans les investigations à mener en matière d'éducation à la santé.

⁶. La notion d'engagement est notamment associée aux travaux de Kiesler (1971) et, pour les plus récents ceux de Joule et Beauvois (1987, 1998). L'engagement peut être considéré comme une forme radicale de dissonance cognitive. Le processus d'engagement peut se poursuivre dans un engrenage (*escalation of commitment*) souvent mis en évidence dans le cadre des recherches sur la prise de décision dans les organisations. L'engagement d'un individu dans une conduite particulière réclame qu'il ait le sentiment de totale liberté de ses actes.

Bibliographie

- BANDURA Albert (2003), *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, De Boeck.
- BERGER Peter & LUCKMANN Thomas (1996), *La construction sociale de la réalité*. Paris, Armand Colin.
- BRACONNIER Alain (2010), *Protéger son soi pour vivre pleinement*. Paris, Odile Jacob.
- FAMOSE Jean-Pierre & BERTSCH Jean (2009), *L'estime de soi : une controverse éducative*. Paris, PUF.
- FESTINGER Leon (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston IL, Row Peterson.
- HOUSSAYE Jean (dir) (1993), *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris, ESF.
- JOULE Robert-Vincent & BEAUVOIS Jean-Léon (1987), *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble, PUG.
- JOULE Robert-Vincent & BEAUVOIS Jean-Léon (1998), *La Soumission librement consentie : Comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?* Paris, PUF.
- KIESLER Charles (1971), *The psychology of commitment : Experiments linking behavior to belief*. New York, Academic Press.
- LEWIN Kurt (1948), *Resolving social conflicts*. New York, Harper.
- MERTON R. K. (1997), *Eléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris, A. Colin.
- MILLET Louis (1985), *Projet éducatif et trouble de la personation, Où va la pédagogie du projet*, Marc Bru et Louis Not (dir), Toulouse, Editions Universitaires du Sud,
- RACAMIER P C (1979), *Sur la personation, De la psychanalyse en psychiatrie*, Racamier P. C. , Paris, Payot.

SENSEVY Gérard (2007), Des catégories pour décrire et comprendre l'action didactique, *Agir ensemble. L'action didactique conjointe du professeur et des élèves*, SENSEVY Gérard & MERCIER Alain (dir), Rennes, Presses Universitaires de Rennes Collection Paideia.