

En amont de l'information

Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux.



Les questions des comportements individuels ou collectifs des humains que nous sommes sont abondamment étudiées par les sciences humaines : pédagogie, psychologie expérimentale, sociologie, etc.

Dans le domaine de la santé, c'est tout le courant « d'éducation du patient » qui les aborde. Une information individuelle (en consultation) ou collective par des « campagnes éducatives » amène-t-elle à des changements de comportements ?

(1) Herzlich C.,
Médecine,
maladie et
société, Paris, La
Haye, Maloine/
Mouton, 318 p.,
1970.

(2) D'houtaut A.,
Field M.G., La
santé : approche
sociologique de
ses
représentations et
des fonctions
dans la société,
Nancy, Montréal,
Presses
universitaires de
nancy, Agence
d'Arc, 256 p.,
1989.



La plupart des auteurs estiment que les questions pertinentes se posent en amont de l'information. Un élément déterminant semble être les représentations sociales de la santé (de la maladie, de l'objet du changement souhaité), représentations par essence subjectives mais construites socialement dans le groupe d'appartenance des personnes concernées. Les premiers travaux (en français...) sont ceux de Claudine Herzlich¹ et Alphonse D'houtaut², repris abondamment depuis lors par beaucoup d'auteurs.

Pour faire bref, ce qui détermine mon comportement, c'est l'image mentale que j'ai construite (= ma représentation), la plupart du temps inconsciemment, à propos de l'un ou l'autre élément en lien avec ma santé. Un exemple caricatural est celui du poids. Anciennement, on était en bonne santé quand on était « bien portant », bien nourri, que l'on avait pu échapper à la disette... Cette image reste encore de nos jours très prégnante dans les classes sociales peu ou moyennement instruites. Cette image s'est renforcée en se protégeant de l'extérieur par les kilos supplémentaires, etc. C'est dire que

les messages « de santé », qu'ils soient individuels ou collectifs, et qui proposent une taille « mannequin » ne sont pas audibles pour une bonne partie des personnes. Car perdre du poids, c'est perdre une partie de son capital santé et devenir plus vulnérable envers l'extérieur...

Autre élément en amont de l'information, c'est la qualité de la relation qui a pu se construire entre les personnes concernées : le soignant qui délivre un message et le patient qui le reçoit. Si la relation est empathique, bienveillante, respectueuse, etc. les éléments du message ont des chances d'être entendus. Sinon, le soignant a perdu son temps, et, de plus, il se découragera pour la prochaine fois où il dira que c'est le patient qui n'est pas motivé à changer...

Troisième piste pour les maladies chroniques, c'est l'état psychologique du degré d'acceptation de la maladie par le patient, que ce soit individuel ou collectif. Tant qu'un diabétique est dans une phase de déni ou de révolte, qu'il n'a pas pu débiter un travail de deuil pour accepter sa nouvelle réalité de santé (= vivre avec le diabète et tenter d'éviter les complications, entre autres cardiovasculaires...), il lui est presque impossible de modifier sa manière de se nourrir ou de bouger, de fumer moins ou plus banalement, de prendre régulièrement ses médicaments...



Peu de soignants prennent en compte ces éléments en amont de l'information et alors, l'information - délivrée trop tôt et de manière aveugle - tombe trop souvent à côté de la plaque et reste sans effet...

Une piste plus réaliste est d'écouter d'abord les patients et de faire progressivement connaissance avec le monde subjectif du patient tel qu'il le perçoit, tel qu'il le vit et de proposer, de négocier un changement, aussi minime soit-il, mais ancré dans ce monde subjectif, en lien avec ses représentations mentales, dans un climat de confiance réciproque et à un moment où un travail d'acceptation a déjà pu débiter...

La littérature *Evidence Based Medicine* (EBM) accorde beaucoup d'importance aux compor-

Mots clefs : éducation à la santé, information.



tements adéquats des patients, mais n'indique pas des pistes pour les soignants. Les meilleurs taux de succès pour des changements de comportements restent inférieurs à 30 % à un an quand toutes les conditions idéales sont présentes...

Pour les messages collectifs, le débat est à peu près le même. Les messages sont cependant formatés pour une population moyenne où les extrêmes ne se retrouvent pas, entre autres les populations plus fragilisées. Pour les campagnes médiatiques, Question Santé a publié un excellent ouvrage sur la communication³.

Malheureusement, les firmes privées commerciales, qu'elles soient pharmaceutiques ou alimentaires ou productrices d'autres produits de consommation, connaissent fort bien ces enjeux et élaborent des stratégies bien plus efficaces que nos messages de santé. Exemples habituels : les couleurs retenues pour une information autour d'un produit sont les couleurs du produit, même si celui-ci n'est pas cité, ce n'est pas nécessaire qu'il le soit, nous ferons tous, à notre insu, le lien entre l'info et le produit, par les couleurs qui nous sont proposées...

Les questions de l'information de santé renvoient ainsi aux questions en amont qui ne

concernent pas l'information et même à des mesures qui ne sont pas dans le champ de l'information. Voyez la nouvelle loi sur le tabac en entreprise : l'interdiction pure et simple de fumer au 01 janvier 2006 sera bien plus efficace que n'importe quelle campagne médiatique de santé autour du tabac... Mais cela ne concernera que les personnes qui ont un emploi... Les sans emplois, fumeurs, se sentiront encore un peu plus marginalisés... A ce jour, il est communément admis de ne plus fumer dans les trains en Belgique. Cette mesure a un impact sur l'image du tabagisme et sur la maturation des fumeurs à se préparer un jour à modifier leur consommation... ●

(3) Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques, R. Bontemps, A. Cherbonnier, P. Mouchet, P. Trefois, *Question santé*, 2004.