

Yannick Jaffré

Anthropologue, ancien Maître de conférences à la Faculté de médecine du MALI
Directeur de recherche au [SHADYC-EHESS-CNRS](#), Marseille (France)

(1990)

“ÉDUCATION ET SANTÉ”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Yannick Jaffré

"ÉDUCATION ET SANTÉ".

Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Didier Fassin et Yannick JAFFRÉ, **SOCIÉTÉS, DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ**, pp. 50-66. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 pp, Collection Médecine tropicale.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur le 19 novembre 2008 de diffuser tous ses écrits dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : yannick.jaffre@univmed.fr

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5" x 11")

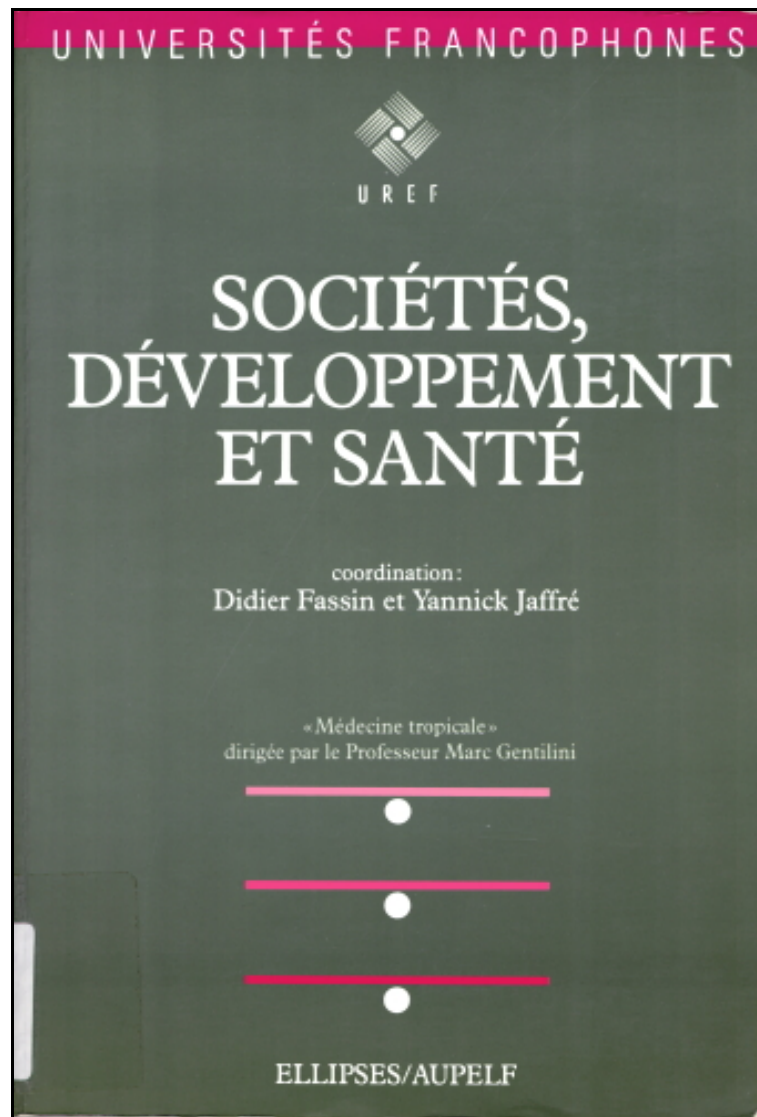
Édition numérique réalisée le 21 février 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Yannick Jaffré

Anthropologue, ancien Maître de conférences à la Faculté de médecine du MALI
Directeur de recherche au [SHADYC-EHESS-CNRS](#), Marseille (France)

“ÉDUCATION ET SANTÉ.”



Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Didier Fassin et Yannick JAFFRÉ, **SOCIÉTÉS, DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ**, pp. 50-66. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 pp, Collection Médecine tropicale.

Table des matières

Introduction

1. L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LA COMMUNICATION PERSUASIVE
 - 1.1. L'émetteur
 - 1.2. Le message
 - 1.3. Le récepteur

2. LES MODÈLES D'ARGUMENTATION UTILISÉS
 - 2.1. La contrainte
 - 2.2. La séduction
 - 2.3. La connaissance

3. LES ACTEURS EN PRÉSENCE DANS UNE SITUATION DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE
 - 3.1. D'une langue à l'autre
 - 3.2. D'un discours à l'autre
 - 3.3. De l'oral à l'écrit
 - 3.4. « Où est passé l'obstacle ? »

4. QUELQUES REPÈRES POUR L'ACTION
 - 4.1. L'information
 - 4.2. Les modifications de l'environnement
 - 4.3. La formation

BIBLIOGRAPHIE

Yannick Jaffré

"ÉDUCATION ET SANTÉ".

Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Didier Fassin et Yannick JAFFRÉ, **SOCIÉTÉS, DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ**, pp. 50-66. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 pp, Collection Médecine tropicale.

INTRODUCTION

Une traduction ne consiste pas simplement à faciliter la communication avec le monde d'une autre langue, mais elle est en soi un défrichage dans les questions posées en commun. Elle sert à la compréhension réciproque en un sens supérieur et chaque pas sur cette voie est une bénédiction pour les peuples.

Martin Heidegger

[Retour à la table des matières](#)

« Éducation pour la santé », « éducation sanitaire », « promotion de la santé »... sous ces diverses étiquettes, les actions de prévention et d'éducation sont présentées comme déterminantes pour la réussite de tout programme sanitaire. Malheureusement, victime de sa richesse et de la difficulté de rendre compte de la diversité des actions entreprises ou peut-être de son indigence théorique, cette pratique semble éprouver quelques difficultés à se définir.

Selon certains, « l'éducation sanitaire est l'action qui cherche à informer les populations en vue de leur faire comprendre l'intérêt et ensuite de leur donner le désir et ensuite les moyens de chercher à protéger, rétablir ou perfectionner leur propre santé et celle de leur collectivité » (Labusquière 1982), ou « l'éducation pour la santé se définit comme l'ensemble des moyens et actions permettant à chaque individu de prendre sa santé en main, à la fois individuellement et collectivement. Se prendre en main afin de protéger cette ressource non renouvelable entre toutes : la santé, partant la vie » (Plamandon 1976) ou encore, « l'éducation

sanitaire est donc définie comme l'ensemble des efforts destinés à modifier volontairement le comportement des individus d'une population en face de leur santé » (Isely 1985), et enfin : « éduquer, ce n'est pas seulement instruire ou informer. C'est faire adopter des attitudes nouvelles, c'est apporter le changement... comment quelqu'un apprend-il quelque chose ? Tout d'abord, l'individu doit se rendre compte d'un fait, par exemple l'eau est à l'origine de certaines maladies. Il y a chez lui une prise de conscience ou une sensibilisation. Puis son intérêt s'éveille si la question proposée peut l'aider à résoudre un problème qui le préoccupe. Ensuite, l'individu approuve la nouveauté... L'éducation pour la santé est un art, l'art de convaincre les gens » (Sillonville 1979).

La principale critique que nous pouvons adresser à l'ensemble de ces définitions proposant une « gestion du capital santé » est de supposer universelle l'expression d'un point de vue particulier : « ... tout à l'opposé des mouvements totaux et orientés vers des fins pratiques de l'existence quotidienne, elles (les pratiques hygiéniques) supposent une foi rationnelle dans les profits différés et souvent impalpables qu'elles promettent (...). Aussi comprend-on qu'elles trouvent les conditions de leur accomplissement dans les dispositions ascétiques des individus en ascension qui sont préparés à trouver leur satisfaction dans l'effort lui-même et à accepter comme argent comptant - c'est le sens même de toute leur existence - les satisfactions différées qui sont promises à leur sacrifice présent » (Bourdieu 1979 : 236).

Parmi d'autres définitions, nous pourrions encore citer l'invocation à la « trilogie » du « savoir » ce qui est bon, « vouloir » changer et « pouvoir » agir (Berthet 1973) où l'espérance tient lieu d'analyse ; une certaine utilisation de la planification par objectifs programmés où la stratégie se propose de résoudre les difficultés liées à la diversité des systèmes sociaux ; la « mobilisation sociale », le « marketing social », etc.

La lecture de ces diverses définitions ne surprendra aucunement ceux qui travaillent dans des programmes de santé dans des pays en voie de développement. De séminaires en projets, les mêmes idées de « sensibilisation », « autoresponsabilisation », etc., parfois différemment ordonnées, sont proposées comme repères pour l'action et utilisées pour essayer de décrire la complexité des rapports s'établissant entre les objectifs des soignants et les pratiques des populations.

Dans cet écart entre l'évidence d'un proverbe édictant (tant pour un éventuel patient que pour les finances de l'État) que « prévenir vaut mieux que guérir » et la difficulté à convaincre les populations d'agir pour « leur bien », sont venues se loger bien des théories. Selon un article déjà ancien (Simonds et Scott 1976), plus de vingt-cinq modèles se réclamant de domaines aussi divers que ceux de la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, l'économie, la géographie, les sciences de la communication, essaient de rendre compte des difficultés ou réussites rencontrées dans la pratique de l'éducation pour la santé.

Bien qu'il soit difficile, devant la luxuriance d'un tel paysage, de rendre compte de l'ensemble des travaux et de définir pour chacun d'eux les « concepts » utilisés, il semble possible d'en préciser les contours, d'en montrer les orientations, d'en dévoiler les implicites.

1. L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LA COMMUNICATION PERSUASIVE

[Retour à la table des matières](#)

Selon ce modèle, à l'instar de la publicité, à laquelle sous bien des formes elle s'apparente, et contrairement au « dialogue médecin-malade » à l'occasion duquel peut parfois s'établir lentement une relation de confiance, le praticien en éducation pour la santé ne peut bien souvent miser que sur l'instantanéité de la diffusion d'un message pour obtenir l'assentiment du public auquel il s'adresse. Cette « théorie » sur laquelle se fonde un grand nombre de campagnes d'éducation pour la santé peut être ainsi figurée :



Un message ou la répétition d'un thème doit non seulement susciter l'accord affectif ou intellectuel du public cible, mais de plus l'inciter à modifier ses attitu-

des définies comme « un ensemble de positions arrêtées sur un certain nombre de problèmes » (de Montmollin 1988) et ses comportements.

Suivant cette définition, l'évaluation de l'efficacité d'une campagne éducative consistera à comparer les « connaissances, attitudes et pratiques » (enquêtes « CAP ») des populations avant et après la diffusion du message, et afin d'accroître l'efficacité des diverses campagnes entreprises, il sera demandé aux diverses études de préciser qui sont les émetteurs et les récepteurs afin de définir la pertinence des messages et médias à utiliser.

1.1. L'émetteur

[Retour à la table des matières](#)

Son statut social, sa réputation ou ses actes garantiront son dire. Remarque qui bien que fort banale ne va malgré tout pas sans poser quelques questions à diverses actions de développement :

- Peut-on confier la responsabilité d'actions préventives à du personnel dont la crédibilité n'a pu être fondée aux yeux des populations sur des actes curatifs ?
- Quel sera le crédit accordé à la parole d'un enfant lorsqu'on lui demande, parfois, d'être l'éducateur de ses parents ?
- Qu'est-ce qui, dans un système social, légitime le droit de s'exprimer ou d'exercer une pratique ?

Par exemple, dans bien des cas, les populations préféreront choisir celui ou celle dont l'expérience de vie lui fut un enseignement plutôt qu'une personne n'ayant acquis qu'un savoir théorique ou scolaire. Dans le domaine de la santé, il suffit de songer à la préférence accordée à la fécondité des vieilles accoucheuses plutôt qu'aux connaissances livresques des jeunes matrones.

1.2. Le message

[Retour à la table des matières](#)

Très simplement, un message peut se définir par son canal (film, émissions radiophoniques, livres, affiches), par la manière dont sont présentés les conseils (textes courts, exposés explicatifs, démonstrations) et par leur contenu émotionnel (séduction, appel à la peur, etc.).

Un bon message ne se définira donc pas par rapport à des critères esthétiques, mais par son adéquation au public visé et sa pertinence quant aux objectifs définis. Une fois de plus, la banalité de telles remarques ne va pas sans être d'importance dans le domaine de la pratique de l'éducation pour la santé : combien de fois n'a-t-on pas vu distribuer des courbes de poids à des femmes analphabètes, diffuser des émissions radiophoniques là où n'existent pas de « transistors » ou sans savoir les heures d'écoute, faire des démonstrations nutritionnelles sans au préalable connaître les denrées disponibles.

Concernant les contenus émotionnels, « l'appel à la peur » reste encore un des thèmes les plus fréquemment choisis, bien que son utilisation soit délicate et pose de nombreux problèmes. « Depuis Esope, nous savons que la langue (c'est-à-dire l'information) peut-être la pire ou la meilleure des choses (...). Les études psychologiques montrent que beaucoup de femmes ne se palpent pas les seins, ne se soumettent pas à un examen gynécologique, de peur de découvrir qu'elles ont un cancer » (Tubiana 1980).

Il est dans bien des cas plus simple de dénier le danger (« cela ne peut m'arriver ») que de modifier ses habitudes. Nous trouvons ici une des limites du schéma émetteur-récepteur qui, s'il a parfois une valeur de type organisationnel reste peu heuristique quant aux réactions des récepteurs de messages. Celles-ci ne relèvent pas uniquement d'une démarche rationnelle mais sont soumises à divers mécanismes psychologiques : dénégation, filtrage des informations, etc. Pour cela, la tendance actuelle est plus de promouvoir des comportements sains par des messages positifs (« prenons la vie à pleins poumons », « pratiquons le sport de masse ») que de s'attaquer de manière négative à des pratiques nocives en matière de santé.

1.3. Le récepteur

[Retour à la table des matières](#)

Il est avant tout, dans ce schéma, la « cible visée par le message », celui dont on espère transformer les attitudes et les comportements afin de les rendre plus adéquats aux préceptes sanitaires.

Les populations n'étant pas homogènes, des « cibles » diverses seront identifiées :

- hommes/femmes,
- population urbaine/rurale,
- analphabètes/scolarisés, etc.

et des messages spécifiés en fonction de celles-ci.

Pratiquement, le plus souvent la mise en place d'une campagne d'éducation pour la santé suit ce déroulement :

- analyse des problèmes sanitaires et choix des priorités,
- définition des groupes cibles,
- élaboration des messages en fonction de ces populations spécifiques.

Le message peut être adressé au groupe, ou dans un premier temps à des relais. Selon les modèles de référence ou les domaines d'intervention, ces relais sont nommés « leaders », « guides d'opinion », « paysans pilotes »... mais l'hypothèse ici reste la même : la pénétration d'un message est accentuée par la proximité et l'influence sociale des diverses sources reprenant à leur compte le thème diffusé. Pratiquement, il s'agira d'obtenir le soutien de responsables religieux, politiques, sportifs pour des campagnes éducatives.

Il n'est pas ici possible de citer tous les aléas de cette conception, soulignons simplement qu'en fait cette vision de la transmission des messages peut se réduire à une théorie de l'argumentation où apparaissent les différentes figures de rhétorique visant à obtenir l'assentiment de l'auditoire : appel à des arguments intellec-

tuels par un raisonnement logique, éveil des motivations par allusion, appels aux faits, utilisation de l'autorité (Oléron 1983).

2. LES MODÈLES D'ARGUMENTATION UTILISES

[Retour à la table des matières](#)

Malgré l'impressionnante quantité de projets et de textes publiés en ce domaine, il nous semble possible de dégager quelques invariants. Le divers s'ordonne autour de quelques modèles simples valorisant la contrainte, la séduction ou la connaissance.

2.1. La contrainte

Il s'agit du modèle le plus simple utilisant la législation et la répression envers des particuliers ou des firmes commerciales :

- obligation des visites prénatales pour bénéficier des prestations familiales,
- vaccinations nécessaires pour l'inscription scolaire des enfants,
- répression de l'ivresse,
- interdiction des campagnes publicitaires pour certains produits nocifs, etc.

Sa mise en oeuvre révèle bien souvent les contradictions des États, hésitant par exemple entre la mise en oeuvre de campagnes sanitaires et les revenus conséquents procurés par les taxes prélevées notamment sur les alcools et les tabacs.

2.2. La séduction

[Retour à la table des matières](#)

Celle-ci peut être soit implicite, soit explicite. Dans le premier cas, ce modèle ne requiert de la part du récepteur du message qu'une implication intellectuelle et affective minimale. L'hypothèse en est que, stimulés par la vision ou l'audition répétitive d'un message (affiches, « spots » audiovisuels...), les individus adopteront les conduites proposées par celui-ci sans même que les thèmes proposés aient à franchir la barrière d'une réflexion consciente ou d'un choix volontaire.

Dans le second cas, il s'agira souvent de messages plus métaphoriques qu'argumentatifs. Utilisé très fréquemment dans le cadre commercial, comme par exemple dans la publicité de parfums aux appellations suggestives, ce modèle trouve son application dans le domaine de l'éducation pour la santé sous forme de la « méthode des contes », ou de l'utilisation du théâtre, des chansons, des bandes dessinées, des pagnes imprimés avec des slogans etc.

Bien que ces pratiques semblent diverses, l'hypothèse en reste la même : intéressés par l'intrigue, le jeu des comédiens, les suaves évocations & un mot ou l'élégance & un « boubou », les lecteurs ou les spectateurs assimileront sans difficultés les thèmes sanitaires inclus dans les divers récits. Si les divertissements populaires ont maintes fois fait la preuve de leur capacité à intéresser le public et par suite à transmettre de nouvelles connaissances, il importe malgré tout de souligner quelques difficultés liées à leur utilisation.

Us « littératures orales » (contes, proverbes, devinettes, chants, théâtre) obéissent à des règles sociales (interdits concernant les moments de récitation, de jeu ou les personnes autorisées à assister) et narratives (ordre de succession des événements dans le récit) que l'utilisateur doit connaître (Calame-Griaule 1980). Inventer des récits sans tenir compte de ces règles est bien souvent se condamner à être incompris de ceux à qui l'on souhaitait s'adresser.

De la même manière, la perception des images, qu'elles soient fixes ou mobiles est à étudier avant d'utiliser des affiches, des montages photographiques ou des films. La lecture d'une image n'est pas « naturelle », mais obéit à des règles cultu-

relles. La perception de la perspective ainsi que la lecture synthétique & une image de la gauche vers la droite sont liées à l'apprentissage et à la pratique de l'écriture. Un analphabète aura tendance à nommer séparément chaque élément de la représentation figurée et à en faire la synthèse à l'intérieur d'un récit culturellement acceptable. Les symboles utilisés (flèche, équivalence, stylisation du décors) sont souvent incompréhensibles pour un rural les découvrant pour la première fois. Les diverses figurations ne peuvent être comprises que si elles correspondent à l'univers matériel de celui à qui elles s'adressent (nomade, rural, urbain...) (Jahoda 1988).

2.3. La connaissance

[Retour à la table des matières](#)

Il s'agit là du modèle le plus courant d'actions en éducation pour la santé, postulant qu'après une première étape d'information, les populations concernées seront convaincues par le message délivré et donc adopteront des comportements conformes aux préceptes sanitaires. Cette conception, implicite aux actions dites de démonstration (montrer et démontrer rationnellement), qu'elles soient nutritionnelles ou d'hygiène, n'a dans sa forme la plus frustrante (long monologue d'un formateur devant des auditeurs silencieux) que bien peu prouvé son efficacité.

Cette méthode, comme celle, si fréquente, des actions de vulgarisation pour les adultes, repose généralement sur la conception manichéenne de la lutte de la vérité contre l'erreur. Face à la science, il n'y a rien de cohérent : des conceptions traditionnelles régies par d'obscurités croyances s'opposent à la technique identifiée à la nouveauté, à la modernité et au progrès.

Depuis une dizaine d'années, d'autres approches se désignant du nom de « pédagogie du microscope » essaient d'améliorer cette méthode. « Une fois les explications données, les médecins prélèveront sur les malades les plus atteints quelques fragments de peau (snip) que chacun, jeunes et vieux, peut observer au microscope. Il faut dire à nouveau ici toute l'importance de ce que nous avons appelé la « pédagogie du microscope ». Ce n'est que lorsque les gens ont réellement vu les petits vers s'ébattre sur la lame qu'ils acceptent vraiment les explications qu'on leur a données » (Belloncle 1979 : p. 26). Dans ce dispositif, le rôle de la démon-

tration ou du microscope sera double. Pédagogiquement, il sert à montrer le vecteur de la maladie. Linguistiquement, la vision de l'agent pathogène (réfèrent) doit permettre d'établir des équivalences entre le discours médical et celui des populations.

Bien que sur le plan de l'animation, ces méthodes représentent un progrès par rapport aux « causeries classiques », leur mise en oeuvre ne va pas sans poser problème. Leur stricte utilisation est limitée par les pathologies. S'il est possible de montrer une micro-filaire, comment montrer un hématozoaire ? Cette méthode prend place dans le cadre beaucoup plus vaste de celui de l'utilisation du visible comme garant du discours : si le discours populaire s'organise le plus souvent autour de descriptions symptomatiques, cette méthode pédagogique se voit confier la tâche de rendre crédible une autre organisation conceptuelle, un autre paradigme (Kuhn 1970) articulé autour d'une cause « montrée », support de la démarche étiologique biomédicale. Pour cela, si l'agent pathogène est invisible même au microscope, il sera représenté sous forme de dessin ou de figurine sur un tableau de feutre. En fait, il ne s'agit pas de voir pour croire, mais d'adhérer à un discours médical qui seul garantit la véracité de ce qui est figuré.

Plusieurs remarques peuvent être ici formulées. Les premières relèvent de la linguistique. Cette tentative du pédagogue vise en fait par l'utilisation des aides visuelles à éviter la dimension du langage humain où chaque unité culturelle, chaque signifié, n'a de valeur que par rapport et différence avec un autre signifié. En utilisant le visuel, ces équipes espèrent confronter directement le terme avec son réfèrent, l'objet, oubliant que même si cette perception peut produire une émotion ou un étonnement, cela n'est pas suffisant pour modifier un champ sémantique : « Lorsque je dis : *qu'est-ce que c'est...* le champ des stimuli se présente à moi comme signifiant d'un signifié que je possédais avant cet événement perceptif » (Ecco 1972 : 72). Un mot, ou un objet, n'ont pas de valeur en soi, mais par rapport à ceux dont ils se distinguent ou auxquels ils s'assimilent par un trait culturellement pertinent. « Le moustique est le vecteur du paludisme. Pour éviter le paludisme, protégeons-nous du moustique. Ces propositions paraissent simples. Mais une nouvelle information ne trouve pas l'appui attendu dans le dispositif cognitif. Il n'y a pas dans la mémoire d'autres propositions logiquement dérivables de ces informations. Ce sont donc des propositions disponibles dans la mémoire du sujet qui seront suscitées et qui serviront au traitement de la nouvelle information. Ain-

si peut-on s'expliquer l'attrait observé par les médecins auprès de leurs patients vis-à-vis de la quinine, si l'on sait qu'un certain nombre de médicaments traditionnels ont un goût amer. L'hétérogénéité de l'information est réduite et réinterprétée selon la logique interprétative habituelle de la maladie » (Bonnet 1987).

Les secondes remarques sont plus anthropologiques. Le vraisemblable ne se confond pas avec le rationnel. « La distinction entre un monde naturel et un monde surnaturel, ou entre un « ici-bas » et un « au-delà » est répandue, elle n'est pas universelle. Or, c'est cette distinction entre deux modes d'existence qui entraîne une distinction entre deux façon d'appréhender ce qui est : perception et savoir d'un côté, croyance de l'autre ». (Pouillon 1979 : 44). De plus, la définition de la vérité comme système logico-déductif n'est pas universelle, mais elle est aussi culturelle. « La véracité des énoncés traditionnels est fonction de positions d'énonciations fondées sur un rapport causal entre un certain domaine de réalité et le discours qui le vise. Cette hypothèse fait de la vérité une qualité non des discours ni de leur rapport au monde, mais du rapport entre la personne de l'énonciateur et le monde. Il n'est donc pas étonnant qu'avant même de préférer un énoncé quelconque, certaines personnes puissent être considérées comme porteuses de vérité plus que d'autres. C'est là une manière de voir assez étrange pour notre univers intellectuel fondé sur l'idée que la vérité consiste en une correspondance entre ce qui est dit et ce qui est » (Boyer 1986).

Ces remarques n'ont pas pour but « ironiser sur les déboires des pédagogues, mais de montrer les limites d'un certain nombre de méthodes et de souligner la complexité des transferts de connaissances entre équipes soignantes et populations. C'est dans le cadre de cette question de transmission de messages techniques, qu'il est le plus souvent fait appel au sociologue ou à l'anthropologue : « nous voulons bien communiquer avec les populations, mais des obstacles culturels (conception de la maladie, tabous, etc.) s'y opposent ; aidez-nous à faire passer notre message ».

Cette demande émanant le plus souvent des équipes médicales ne peut être ainsi acceptée par le chercheur en sciences humaines. En effet, deux illusions souvent complémentaires sous-tendent cette demande : le milieu villageois ou urbain à qui s'adressent les éducateurs est considéré comme un lieu vide (« les gens ne comprennent pas, ils n'ont pas de savoir ») ; et ce même milieu est considéré comme trop plein (des conceptions « traditionnelles » s'opposent à l'introduc-

tion de connaissances modernes et rationnelles, et le rôle du formateur sera alors de remplacer le faux par le vrai, les croyances par la science).

En fait, porter l'interrogation sur la manière dont les populations réagissent aux messages qui leurs sont adressés revient à complexifier cette conception de l'acte de communication. Les récepteurs en chaque lieu et instant, sélectionnent, choisissent, relient les divers messages qui leurs sont adressés : « on dit », « bruits qui courent », « radio trottoir », toutes ces rumeurs qui sont des manières de s'approprier les nouvelles informations, parce qu'émisses de mille bouches, mais d'aucune en particulier, seront bien difficiles à démentir. Chacun pourra y justifier son opinion, ses craintes et y légitimer ses conduites. Celles-ci ne seront bien évidemment pas uniquement liées à une démarche rationnelle mais soumises aussi à des stratégies sociales déterminées en grande partie par la position et les rapports entretenus entre un individu et son groupe d'appartenance.

L'innovation volontaire est génératrice d'inquiétude et de déséquilibre, et pour cela, ne peut souvent être le fait que d'un groupe social possédant une certaine cohérence (conseil des hommes jeunes dans un village, « classe des fonctionnaires », « promotionnaires » de formation, etc.).

« Introduire la dimension culturelle n'est pas non plus suffisant. Celle-ci ne peut se limiter à une technique de persuasion au même titre que la recherche publicitaire

Autrement dit, la prise en compte des valeurs, des besoins et de l'inconscient collectif, c'est-à-dire de tout ce qui compose les modèles culturels et symboliques d'une société, est une condition nécessaire mais non suffisante à la réussite d'un projet. Ces modèles s'inscrivent eux-mêmes dans des rapports de pouvoir et des enjeux économiques dont la prise en compte conditionne la résolution ou non du problème de la participation » (Desjeux 1985).

Ce savoir sans sujet, résultat de liens entre les diverses stratégies des acteurs sociaux et leurs interprétations des messages reçus, démontre à l'évidence, que même liés dans le présent d'un dialogue ou d'une formation, les interlocuteurs n'en fondent pas moins leurs paroles dans le sédiment de leurs langues, histoires, économies et modèles de référence.

Le modèle E ----- > R, homogène avec celui de la psychologie behavioriste « stimulus - réponse », que l'on trouve implicitement à l'origine des méthodes de

« stratégie » (« mobilisation sociale », « marketing social »), où le bon message devrait entraîner un bon comportement s'avère insuffisant pour rendre compte des liens complexes s'établissant entre l'émetteur et le récepteur lors de la transmission d'un savoir dans une situation interculturelle et ceci pour au moins deux raisons :

- Un stimulus (ici un message) ne peut être compris d'une seule façon, mais sera interprété en fonction du savoir, de l'expérience, de la mémoire et des divers réseaux d'appartenance sociale du récepteur.
- Le concept de comportement est insuffisant pour rendre compte des multiples déterminations des pratiques sociales. Si ce terme est utilisable pour dénombrer des actes, il ne permet aucunement de les expliquer et son emploi conduit souvent les développeurs sanitaires à confondre les effets d'une situation avec ses causes : comment par exemple, dans les pratiques du corps distinguer celles qui relèvent de l'hygiène, de l'esthétique ou du religieux ? et dans l'alimentation, ce qui relève du goût, des contraintes économiques, de la « distinction sociale »(Bourdieu 1979).

Mieux comprendre ces questions nécessite de circonscrire une autre problématique et de mieux définir les acteurs en présence dans une situation de développement.

3. LES ACTEURS EN PRÉSENCE DANS UNE SITUATION DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

[Retour à la table des matières](#)

Nous pouvons ainsi les représenter :

| PERSONNEL DE SANTÉ | POPULATIONS |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Formé en exprimant leurs compétences en langue française. | S'exprimant dans les langues techniques nationales. |
| Savoir fondé sur et par le discours médical, de représentations sociales. | Savoir fondé sur l'expérience, l'observation et un ensemble |
| Utilise l'écrit pour articuler et mémoriser son savoir. | Appartient à une société où mine un système oral. |

Bien que nous ayons pour des commodités d'exposé simplifié à l'extrême ce schéma, nous pouvons malgré tout préciser les rapports s'établissant entre les systèmes de références des populations et des personnels de santé.

3.1. D'une langue à l'autre

Concernant la traduction, l'idée la plus couramment admise est que chaque langue se contentant de désigner les mêmes objets par des termes différents, changer de langue consisterait simplement à trouver des mots équivalents pour désigner une réalité identique sous tous les cieux et les climats.

Pratiquement, les divers techniciens (qu'ils soient expatriés ou nationaux) utilisent des « interprètes » pour traduire leurs messages aux populations. Le plus souvent, cette activité est considérée comme secondaire, mais quelle distorsion subira une phase de la vie quotidienne lorsqu'elle « passe », par exemple, du bam-

bara au français. Traduisons : « ma tante a acheté une chaise ». « Tante » en français est trop imprécis par rapport au bambara qui spécifiera s'il s'agit d'une tante maternelle, paternelle, jeune ou âgée. A l'inverse, « chaise » en français est trop précis par rapport au bambara :

| FRANÇAIS | BAMBARA |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| tante | <i>Bakoroba</i> tante maternelle (<i>bacinin</i>) tante paternelle (<i>tenemuso</i>) |
| fauteuil chaise tabouret | <i>muso</i>) |

Nous aurions pu prendre bien des exemples dans d'autres domaines « élevage, le temps, les sentiments, etc...).

Remarquons simplement que les groupes humains discriminent différemment les systèmes écologiques, sociaux et culturels auxquels ils appartiennent en fonction de leurs activités et préoccupations : les éleveurs peul auront plus de termes pour parler du bétail, les pêcheurs bozo pour parler du poisson, etc.. Partout l'homme a dû nommer son environnement, sa famille, son corps et ses douleurs, mais il l'a fait à chaque fois de manières différentes : une langue est un instrument de communication selon lequel l'expérience humaine s'analyse différemment.

3.2. *D'un discours à l'autre*

[Retour à la table des matières](#)

Le médecin ayant acquis sa formation et ordonné son savoir le plus souvent en langue française ou anglaise, il aura lors du colloque avec le malade, ou lors de campagnes sanitaires, à lier sa démarche diagnostique ou éducative à une activité de traduction. À l'intérieur de sa consultation il devra effectuer deux opérations. La première consiste à traduire les mots du malade dans la langue servant de sup-

port à son savoir, la seconde à les transformer en signes cliniques évoquant des étiologies précises en vue d'un traitement. À ce niveau, que le patient dise paludisme pour une fièvre, ou hépatite pour tout ictère, n'a rien de surprenant. Le malade n'est pas forcément médecin et cela se passe dans toutes les consultations du monde. Ces divergences existant entre les définitions scientifiques des maladies et leurs représentations populaires ont été souvent décrites par les anthropologues, mais il reste à comprendre d'un point de vue opérationnel en quoi cela est important.

Si dans les pays du nord, que cela soit bon ou mauvais, les divers examens cliniques et paracliniques permettent pratiquement de se passer de la parole du malade, celle-ci est au contraire essentielle dans les pays en voie de développement où l'anamnèse est souvent le seul élément du diagnostic dans la consultation.

De multiples incertitudes dans la traduction de termes comme ceux désignant la fièvre, les types de douleurs, les lieux anatomiques, les âges de l'enfant sont souvent préjudiciables à l'établissement d'un bon diagnostic.

De même, des interdits de langage, ou l'obligation d'utiliser euphémismes et périphrases pour désigner certaines maladies, personnes disparues, etc. peuvent empêcher le soignant de bien comprendre la demande du malade. En milieu bambara, le terme *gankedimi*, souvent traduit par « règles douloureuses » est en fait utilisé par les femmes pour évoquer, sans prononcer le mot, la crainte d'une stérilité. Pour le médecin ou l'infirmier, traduire hâtivement et prescrire un antispasmodique quelconque sera méconnaître la nature de la demande de la consultante.

Risquons une hypothèse : la formation scientifique étant reçue en langue française, la démarche thérapeutique et notamment la mise en œuvre de diagnostics différentiels par la recherche des signes associés, semble être perturbée par le partage entre le soignant et le malade des mêmes signifiants culturels se présentant alors avec la force d'une évidence.

Dans ses activités d'information sanitaire ou de dialogue avec les populations, les difficultés du personnel soignant peuvent être regroupées sous quatre rubriques :

a) La nomination de la maladie

Les nosologies populaires et médicales s'ordonnant différemment, l'éducateur sanitaire devra le plus souvent construire ses messages et conduire ses formations à partir d'une semblable reconnaissance des symptômes plutôt que sur une illusoire homogénéité des termes linguistiques. Il devra ainsi plutôt parler d'une toux résistante que d'une tuberculose, d'un cou tendu au lieu d'une méningite, etc.

La définition de la maladie

Si la médecine considère la maladie comme un dysfonctionnement physique affectant un sujet, elle sera en milieu « traditionnel » souvent interprétée comme étant le signe d'un désordre social. Considérée comme une infortune, elle prend place dans un dispositif interprétatif qui va relier en un même enchaînement causal des événements que les logiques scientifiques distinguent. Ainsi, l'origine d'une maladie pourra-t-elle être cherchée dans le vol d'un fruit offert à un fétiche, dans le manque de respect envers un aîné, etc. Ce type d'interprétation induira des traitements fort éloignés de ceux du domaine biomédical, mais aussi de longs itinéraires de soins aggravant les pathologies et des conduites préventives spécifiques.

c) Définition de la prévention

Entre le « traditionnel » et le « moderne », l'objectif reste le même, éviter la maladie, mais les causalités mises en œuvre pour l'expliquer étant différentes, les pratiques seront dissemblables. Là où l'épidémiologie parle de « maîtriser des facteurs de risque », les conceptions populaires diront « se mettre sous la protection de » ou « confier un enfant à celui qui a pour tâche de réconcilier avec les ancêtres », etc. D'un interlocuteur à l'autre, le concept n'est pas le même et bien que souvent les deux systèmes se superposent sous forme syncrétique, la non prise en compte de l'univers culturel des populations conduit parfois les programmes de développement à de grandes difficultés : utilisation réduite des structures sanitaires, faible acceptabilité des vaccinations, etc.

d) Des représentations différentes de la maladie

Le plus simple est de prendre un exemple et de confronter simplement, à propos d'un problème de santé publique, les diarrhées, le discours médical et celui d'une population (ici des hommes et des femmes songhay de la région de Tombouctou en République du Mali). Si le médecin distingue des étiologies virales, bactériennes ou parasitaires, les villageois, nomment ainsi les pathologies :

gundeko : « *Quand* on mange trop de pain ou de riz ou quand on marche dans la fraîcheur ou dans l'humidité, cela peut donner la constipation. Cela peut entraîner toutes sortes d'autres maladies, notamment des maladies de la bouche. Si la mère s'aperçoit que son enfant ne va pas à la selle, ou si son ventre est ballonné ou sale à l'intérieur, elle nettoie l'intérieur du ventre en purgeant son enfant avec une outre ».

hinki : « Sa cause, c'est la chaleur qui est dans le ventre. Cette chaleur peut devenir une maladie si elle rencontre de mauvais aliments, ou bien si la personne marche trop longtemps sur le sable chaud. »

tuuri dindi : « C'est une maladie qui attrape l'enfant lorsqu'il va avec sa mère en brousse. L'arbre prend l'enfant, alors les selles deviennent vertes. C'est une maladie qui attrape toujours l'enfant hors du village dans des endroits non fréquentés là où vivent les diables ».

Comment permettre une rencontre entre ces deux discours ? Les attitudes populaires envers la maladie n'ont souvent été jugées qu'en fonction de leur efficacité thérapeutique. Ce point de vue, pertinent dans certains domaines comme celui des recherches pharmacologiques, est bien insuffisant pour ce qui concerne les problèmes de communication, où améliorer le dialogue médecins/malades nécessite de rendre compte des logiques réglant les attitudes des uns et des autres. L'appréhension d'une même douleur ou dysfonctionnement du corps donne lieu de part et d'autre, à diverses interprétations. Là où le médecin utilise comme références des sciences telles que la biologie ou la physiologie, les populations, pour penser leur corps disposent de l'observation de cadavres d'animaux, de sensations coenesthésiques et de différents récits étiologiques.

Dans nos exemples, il apparaît qu'une attention particulière est portée au visible (apparence des selles), au sensible (digestion), aux distinctions de l'espace géographique (opposition entre le village/culture et la brousse/nature) auxquels il faudrait ajouter l'inquiétude concernant le « mauvais oeil » ou le « sort jeté » toujours présente dans les petites sociétés d'interconnaissances, qu'elles soient « exotiques » ou européennes (Favret Saada 1977).

Ces classifications populaires, fort éloignées de celles du discours médical, serviront de support pour l'utilisation des divers recours thérapeutiques et les traitements. Une maladie « causée » par le trop chaud sera soignée par un remède « froid » (sable de la berge, eau et plantes, etc...), les maladies de brousse (espace des diables) seront en un premier temps souvent interprétées par un devin, etc.

Élaborer une information, rédiger un livret de formation, animer un cours ou une discussion implique que l'éducateur connaisse les terminologies utilisées par les populations pour parler de leur corps ou de leurs douleurs, et les règles régissant les principales pratiques sociales (alimentation, hygiène, travail, etc...) ayant une influence sur la santé.

Ainsi, en bambara, le terme de *kono* est habituellement traduit par accès pernicieux palustre, or il désigne aussi le tétanos néonatal et les convulsions de l'enfant.

| BAMBARA | FRANÇAIS |
|-------------|-----------------------------------------------------|
| <i>kono</i> | Accès pernicieux Tétanos néonatal Convulsions |

Diffuser en langue nationale, comme cela est courant, le message : « Pour éviter le *kono* à vos enfants, donnez leur de la chloroquine », est s'exposer à bien des risques d'incompréhension.

Les champs sémantiques entre le français et les langues africaines n'étant pas isomorphes, la première étape d'une campagne d'éducation pour la santé est une enquête de, type ethnolinguistique dont le but sera de décrire dans quel univers de

sens prennent place les différentes informations sanitaires que diffusent les développeurs.

3.3. De l'oral à l'écrit

[Retour à la table des matières](#)

Sans aborder l'importante question des rapports entre les systèmes de représentation et les supports oraux ou graphiques qui les expriment ou les déterminent (Lévi Strauss 1962, Goody, 1979 et 1986) il est important de souligner la différence entre l'univers de prédominance orale des sociétés rurales africaines et le monde de l'écrit où évoluent les techniciens de la santé.

Le monde de l'oralité est un monde de la proximité. Une communication ne peut s'y établir qu'en la présence des interlocuteurs, chacun réagissant aux propos de l'autre en utilisant diverses stratégies discursives (allusions, implicite, préterition, etc.) en fonction de ses buts et de son statut social. Les propos d'un griot ne seront pas ceux d'un « homme libre », les paroles échangées entre deux personnes d'une même classe d'âge ne seront pas les mêmes qu'entre un aimé et un cadet, etc.

À l'inverse, le livre s'inscrit dans une durée illimitée (chacun est loisible de lire quand il veut), une identité singulière (lecture solitaire et silencieuse), un espace vaste et une production anonyme. Il n'est pas une parole appliquée à une situation précise, et la véracité de son contenu n'est garanti par aucun interlocuteur présent. À l'inverse de nos sociétés où l'écrit fait loi, peut-être faut-il ici chercher cette défiance que les populations ont parfois envers les textes d'éducation pour la santé qui leur sont proposés. Peut-on faire confiance à des messages anonymes ?

L'autre différence est que si le rythme, la voix, le souffle sont des procédés de l'oralité (Zunthor 1983), l'écriture possède comme trait spécifique de segmenter le flux oral en mots distincts et en permettant de présenter ceux-ci sur l'espace plat de la feuille, d'établir des listes, des graphiques et des tableaux, ordonnant les actes en fonction de variables logiques ou temporelles. Distinguer des mots permet de les analyser, un par un, de les comparer à d'autres et d'élaborer ainsi une pensée

conceptuelle autonome des situations particulières de profération des énoncés (Gruzinski 1988).

3.4. « Où est passé l'obstacle ? »

[Retour à la table des matières](#)

Ainsi que nous l'avons observé, même très rapidement, le domaine de l'éducation pour la santé ne peut être limité à un problème de communication. Si les modèles les plus courants en ce domaine énoncent que les obstacles à surmonter pour mener à bien une action sont l'incompréhension des populations, ou la résistance de leurs systèmes culturels, la lecture de notre très simple tableau permet de comprendre que les difficultés ne peuvent être le fait d'un seul des interlocuteurs, mais de leur mise en relation, de la confrontation de deux systèmes de référence distincts.

L'espérance de modifier des « comportements » par de « bons messages » dissimule en fait la croyance que le discours scientifique médical puisse régir les pratiques des populations sans tenir compte de la prise de la personne dans les réseaux de son désir, de son environnement objectif et des règles du jeu social de son milieu. A contrario, fort caractéristique est, à cet égard, la position du personnel soignant, qui, bien que possédant les connaissances théoriques nécessaires pour adopter des « comportements sains » continue de vivre comme l'ensemble de son groupe social d'appartenance. Le communicateur déplore ce fait, disant que l'émetteur n'est pas « congruent » avec son message, mais ne faudrait-il pas plus simplement constater que la validité d'une constatation scientifique ne lui confère en rien le pouvoir de modifier simplement les habitudes d'un individu ou d'une population (si certains infirmiers ne protègent pas leur eau de boisson, bien des médecins boivent et fument...). Ne serait-il pas alors plus légitime de repenser la question de l'éducation pour la santé à partir des déterminants sociaux et psychologiques des différentes conduites ayant une influence sur la santé plutôt que d'espérer une bien illusoire rationalisation des comportements ?

Par exemple, les pratiques alimentaires sont bien plus régies par des normes sociales (différence des âges, des sexes, interdits et habitudes alimentaires) que par des préoccupations strictement nutritionnelles (Rabain 1979 et cf. chapitre

d'Annie Hubert). L'hygiène autant par un ensemble de valeurs esthétiques d'organisation de l'espace, d'infrastructure et d'habitudes gestuelles que par des considérations sanitaires (Bourdieu 1979 et cf. chapitre d'Arlette Poloni). Et que dire du commerce sexuel et des relations amoureuses si éloignés d'un comportement rationnel ?

4. QUELQUES REPÈRES POUR L'ACTION

[Retour à la table des matières](#)

L'éducation pour la santé se situant dans une logique de l'action, il semblerait malhonnête de se contenter uniquement d'une lecture critique de ceux qui, souvent courageusement, ont essayé d'améliorer la situation sanitaire des populations les plus défavorisées. Critiquer est facile, faire est difficile, et l'on est souvent frappé par l'écart existant entre le raffinement des discours sur la maladie et le peu d'action entreprises pour modifier la situation des malades. Si les études théoriques n'envisagent le plus souvent les pratiques thérapeutiques des populations qu'à partir de la question de la maladie définie comme un événement dépendant étroitement des catégories symboliques d'une société donnée et liée aux notions de malheur et d'infortune sociale. Le praticien est confronté à la complexité des déterminations économiques, géographiques, administratives.

Très pragmatiquement, nous distinguerons trois domaines d'actions.

4.1. L'information

Plutôt qu'une « sensibilisation », elle consiste à faire exister socialement (« sickness » et « illness ») une pathologie objectivée (« disease ») par des enquêtes épidémiologiques. A l'intérieur de ce cadre très général existent diverses situations :

- La pathologie objectivée peut ne pas être ressentie. Ceci est souvent le cas des malnutritions, lorsque la majorité des enfants est affectée par une maladie celle-ci définit la norme et non pas son écart.
- La pathologie peut être ressentie mais interprétée hors de son contexte sanitaire, elle ne peut bénéficier d'une prise en charge thérapeutique ou d'une action préventive.
- Une pathologie objectivée peut être ressentie mais exprimée auprès de recours sanitaires inadéquats à sa résolution.

Selon les situations, les informations ne s'adresseront pas aux mêmes personnes (population dans les deux premiers cas, « tradipraticiens » et/ou personnel soignant dans le troisième, etc.) et n'auront ni la même forme, ni le même contenu. Informer signifie principalement ici travailler à modifier des représentations sociales existant antérieurement et/ou parallèlement au discours médical.

Il s'agit donc de connaître ces savoirs populaires, et d'étudier comment ils s'articulent pour former des champs sémantiques stables (par exemple, alimentation, oralité et manières de table ; prévention, protection et maîtrise du destin etc.) et quels sont les rapports entre représentation et comportement.

Pratiquement, plutôt que d'opérations ponctuelles de « sensibilisation » ou de « mobilisation sociale », il s'agira de trouver les actions susceptibles de permettre un dialogue entre développeurs et développés. L'alphabétisation, si elle s'accompagne d'enquêtes ethnolinguistiques et de formations des agents de santé dans les langues nationales, est certainement le lieu où pourraient se réconcilier savoirs modernes et pratiques sociales.

4.2. Les modifications de l'environnement

[Retour à la table des matières](#)

Les comportements ayant un effet sur la santé ne sont souvent pas des comportements à finalité sanitaire (Benoit 1986) et l'espérance de modifier ceux-ci en travaillant sur ce qui leur donnerait sens (les représentations sociales) provient

peut-être de l'illusion de découvrir sous chaque acte la trace d'une rationalité explicative.

Les actes quotidiens sont le plus souvent effectués hors de toute intention hygiéniste et liés à l'état des infrastructures sanitaires (existence de points d'eau potable, d'un habitat moderne etc.) et à l'organisation du système social global (pratiques de différenciation sociale ayant un effet sur la santé, régimes alimentaires, pratique d'activités sportives et image du corps, spécifique selon les milieux d'appartenance etc.) (Bourdieu 1979).

Pour cela une grande partie des actions d'éducation pour la santé doit consister à promouvoir des améliorations des conditions de vie des populations les plus défavorisées : comment parler d'hygiène de l'eau, là où n'existent que des marigots ? de soins, sans qu'existe un système régulier d'approvisionnement en médicament ?

Ne pas tenir compte de l'ensemble des déterminations socio-économiques reviendrait à « faire retomber la faute de la maladie sur la victime et à décharger la collectivité d'une responsabilité qu'elle ne pouvait pas assumer (...). Tant que le dogme de la responsabilité individuelle dans le choix d'un mode de vie ne sera pas remis en question, ces actions n'influenceront en rien les comportements (...). Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour reconnaître que ceux qui sont le plus désavantagés sur le plan sanitaire, cumulent les conditions de vie les plus inégalitaires, les revenus les plus faibles, le niveau culturellement le moins élevé, les conditions de logement, de transport les plus pénibles (...). Ne pas s'interroger sur ces corrélations c'est faire d'emblée un choix politique » (Martin, Cohen-Solal et Vilain 1982).

4.3. La formation

[Retour à la table des matières](#)

Si le regard a souvent porté sur les attitudes des populations envers la médecine « moderne », les comportements des différents personnels soignants envers les malades n'ont malheureusement été que peu décrits (Hours 1985). Pourtant, promouvoir la santé des populations, consiste tout autant et peut-être plus à améliorer

l'accueil qui leur est fait dans les structures sanitaires, qu'à leur adresser des messages parfois moralisateurs et/ou culpabilisants. La formation ne peut, bien évidemment ici, tout résoudre : disposer de médicaments et de moyens logistiques est nécessaire. Malgré tout, le peu disponible pourrait être mieux utilisé : la consultation ou le temps d'attente employé à informer, les contacts divers des populations avec le système de santé servir aux vaccinations. Tout ceci est une affaire de formation.

Elle n'a, le plus souvent, été pensée que dans son aspect pédagogique, distinguant comme dans les diverses publications de l'OMS : « le savoir », « le savoir faire » et « le savoir être », ou les « objectifs généraux et spécifiques », « les compétences », etc. Bien que ces diverses propositions soient pertinentes pour ordonner l'acte éducatif, elles ne dispensent nullement le formateur de s'interroger sur les autres dimensions de sa pratique.

Sur le plan social, maîtriser un contenu de savoir ne signifie pas obligatoirement pouvoir concrètement l'utiliser. Comme nous le soulignons dans la première partie, des problèmes allant des stratégies individuelles des personnels à leur inclusion dans un ensemble de pratiques socialement valorisées par leur milieu professionnel ou d'accueil peuvent être plus déterminants et contraignants qu'une formation ponctuellement suivie (pouvoir des aînés opposé à certaines innovations, crainte de se « marginaliser » etc.).

Sur le plan psychologique, la personne ne peut être confondue avec un sujet de pur savoir. Différentes procédures (dénégation, déni implicite, rationalisation après coup, etc.) permettent à chacun d'articuler savoir et croyance et déterminent, à l'insu de leur auteur, bien des actes thérapeutiques supposés n'obéir qu'à une démarche rationnelle.

Sur le plan cognitif, accéder à de nouvelles informations ne signifie pas obligatoirement qu'elles prennent sens à l'intérieur d'un discours cohérent permettant une démarche scientifique générant sur le même mode d'autres connaissances aptes à résoudre les divers problèmes rencontrés.

Il faut ici encore souligner l'importance de la dimension linguistique pour résoudre l'ensemble de ces questions : conceptualiser un nouveau savoir, ne peut se faire sans avoir recours à sa langue maternelle et à l'ensemble des représentations

qu'elle articule, de même que la maîtrise et l'acceptabilité d'une pratique ne peuvent s'évaluer qu'en l'appliquant à une situation réelle.

* * *

Plutôt que d'espérer trouver le bon message susceptible d'inférer un bon comportement, c'est en réconciliant les savoirs techniques et les identités sociales, en permettant aux soignants ; de mieux comprendre les formes de l'expression de la demande des malades, et aux malades de mieux comprendre la logique du discours médical, que l'anthropologue pourrait jouer un rôle fondamental dans les équipes de santé. Encore faudrait-il qu'il ne se trompe pas d'objet, l'opposition n'était pas entre tradition et modernité, mais entre la logique des développeurs (nationaux et/ou expatriés) et les pratiques sociales mises en oeuvre par les populations pour vivre une difficile quotidienneté.

BIBLIOGRAPHIE

BELLONCLE G.

1979 *La formation des jeunes ruraux, élément du développement du Sahel*, CESA0, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

BENOIT J.

1986 Intervention au colloque de Dourdan, 21-22 Mars 1985, Comité Français d'Éducation pour la santé, Paris.

BERTHET E.

1973 *Information et éducation pour la santé*, Presses Universitaires de France, Paris.

BONNET D.

1986 *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, ORSTOM, Ouagadougou.

BOURDIEU P.

1979 *La distinction : critique sociale du jugement*, Minuit, Paris.

BOYER P.

1986 « Tradition et vérité », *L'Homme*, 97-98.

CALAME-GRIAULE G.

1980 « Ethnologie et Sciences du langage », *Les Sciences du langage en France au XXe siècle*, B. Pottier ed., S.E.L.A.F., Paris.

CLERON P.

1983 *L'argumentation*, Presses Universitaires de France, Paris.

DESJEUX D.

1985 *L'eau, quels enjeux pour les sociétés rurales*, L'Harmattan, Paris.

ECCO U.

1972 *La structure absente*, Mercure de France, Paris.

FAVRET-SAADA J.

1977 *Les mois, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*, NRF, Gallimard, Paris.

GOODY J.

1979 *La raison graphique*, Minuit, Paris.

1986 *La logique de l'écriture*, Armand Colin, Paris.

GRUNZINSKI S.

1988 *La colonisation de l'imaginaire*, NRF, Gallimard, Paris.

HOURS B.

1985 *L'État sorcier. Santé Publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris.

ISELY RAYMOND B.

1985 « L'éducation sanitaire et la participation populaire », *Hygiène, Vol. IV.*

JAHODA G.

1988 « Les études comparatives sur la perception de l'espace », *Apprentissage et Culture*, Bureau et de Saivre, Karthala, Paris.

KUHN T.

1970 *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.

LABUSQUIER R.

1982 *Infirmiers, 2* - Abidjan.

LEVI-STRAUSS C.

1962 *La pensée sauvage*, Plon, Paris.

MARTIN J., COHEN S., VILAIN C.

1982 « L'éducation pour la santé en France : éléments de la nouvelle dynamique sociale », *Aspect politique d'une éducation sanitaire communautaire*, Comité Français d'Éducation pour la Santé, août 1982.

DE MONTMOLLIN G.

1988 « Le changement d'attitude », in *Psychologie Sociale*, S. Moscovici ed., Presses Universitaires de France, Paris.

PLAMANDON M.

1976 « Pour une pédagogie renouvelée en éducation sanitaire », IXe Conférence d'EPS à Ottawa du 2 Août au 3 Septembre.

POUILLON J.

1979 « Remarques sur le verbe "croire" », *La fonction symbolique*, M. Izard et P. Smith eds, NRF, Gallimard, Paris.

RABAIN J.

1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Payot, Paris.

SILLVONVILLE F.

1979 *Manuel pratique pour infirmiers et éducateurs africains*, NEA, Dakar.

SIMONDS & SCOTT

1976 « Emerging Challenges in Health Education », *International Journal of Health Education*, 19.

ZUMTHOR P.

1983 *Introduction à la poésie orale*, Seuil, Paris.

Fin du texte