



ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

>> GUIDE PRATIQUE
POUR LES PROJETS
DE SANTÉ

« IL N'Y A PAS DE FORME IDÉALE
POUR LA COMMUNICATION
D'UN SAVOIR SCIENTIFIQUE
TOUT SIMPLEMENT
PARCE QU'ELLE N'A PAS
UN PUBLIC UNIQUE. »

SUZANNE DE CHEVEIGNÉ
ET ELISÉO VÉRON



ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

>> GUIDE PRATIQUE POUR LES PROJETS DE SANTÉ

PAGE 06
1.
QUELQUES
CONCEPTS

PAGE 18
2.
COMMENT MONTER
UN PROJET EN ÉDUCATION
POUR LA SANTÉ ?
UN PEU DE
MÉTHODOLOGIE...

PAGE 48
3.
LES **TECHNIQUES
D'ANIMATION**
ET LES **OUTILS**
EN ÉDUCATION
POUR LA SANTÉ

PAGE 84
4.
EXEMPLES DE **MESSAGES**
À TRANSMETTRE
ET **RESSOURCES**
SUPPLÉMENTAIRES

PAGE 88
5.
**SUPPORTS DE SENSIBILISATION
ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ**
QUELQUES CLÉS POUR LEUR COMPRÉHENSION
ET LEUR ÉLABORATION

INTRODUCTION

➤ L'éducation pour la santé est, selon la déclaration d'Alma-Ata, l'un des huit axes prioritaires à mettre en œuvre dans un programme de soins de santé primaire.

L'éducation pour la santé s'inscrit par ailleurs comme une activité clé dans tout programme de promotion de la santé. La promotion de la santé, telle que définie par la charte d'Ottawa, est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, et d'améliorer celle-ci. L'intervention en promotion de la santé passe par le développement de cinq axes : élaboration de politiques publiques saines, création de milieux favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles et réorientation des services de santé. L'éducation pour la santé a pour objectif de donner les moyens à la population d'adopter des comportements plus favorables à leur santé, en lui apportant les savoirs, savoir-être et savoir-faire nécessaires, et s'insère ainsi dans l'axe d'acquisition d'aptitudes individuelles. Elle vise également à l'appropriation des problèmes de santé par la communauté, et encourage la participation communautaire, ce qui relève de l'axe de renforcement de l'action communautaire. L'appropriation des problèmes par la communauté est un facteur clé de la pérennisation des activités promotrices de santé.

Par exemple, pour optimiser les résultats de la mise en place d'un centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose, il est conseillé d'y associer une action d'information et de communication visant à faire connaître le centre et ses conditions d'accès (géographiques et financières) ainsi qu'une action d'éducation pour la santé portant sur les symptômes qui doivent inciter à consulter.

Ainsi, à Dehli (Inde), en 2000-2001, une campagne d'information-éducation-communication (IEC) sur la tuberculose a eu lieu, combinant divers moyens : utilisation des médias de masse (radio, télévision, journaux), diffusion de messages sur les bus, abribus, panneaux publicitaires... et communication interpersonnelle (réunion de groupe, théâtre de rue...). Cette campagne a été suivie d'une augmentation significative du nombre de patients se présentant d'eux-mêmes au centre (de 30,5 % avant la campagne, ils sont passés à 40 % après) et choisissant le centre DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse) comme premier recours¹.

Les campagnes de communication centrées sur les médias de masse ont aussi montré leur efficacité. Une campagne de masse

concernant la vaccination a eu lieu aux Philippines en 1990, axée sur la vaccination antirougeoleuse et faisant d'un jour de la semaine « le jour des vaccinations ». Plusieurs spots TV et radio ont été diffusés, ainsi que des encarts dans la presse écrite. Les personnels des centres de santé ont été très impliqués dans cette campagne. Des posters affichés dans les centres et des T-shirts portés par le personnel faisaient écho à la campagne et permettaient de renforcer les messages. Des questionnaires ont été proposés avant et après la campagne à des mamans d'enfants âgés de moins de 2 ans. Les connaissances des mères sur la vaccination se sont améliorées, la couverture vaccinale a augmenté, et le calendrier vaccinal a été davantage respecté².

Bien évidemment, les grandes campagnes de communication ne sont pas les seuls outils à disposition pour faire de l'éducation pour la santé. Des activités en groupe ou des entretiens individuels peuvent parfois être plus adaptés (selon l'objectif et les moyens à disposition). L'utilisation du théâtre peut aussi s'avérer bénéfique, comme l'a montré une étude réalisée en 2001 en Inde en milieu rural. Le théâtre Kalajatha y a été utilisé comme un moyen d'IEC sur le paludisme. Des artistes locaux ont participé au projet, en composant puis en jouant des chants et des scénettes. Le projet a bénéficié d'une large publicité et l'accord de la communauté a toujours été obtenu au préalable. Les représentations ont eu lieu le soir pour permettre à un maximum de personnes d'y assister. L'impact a été évalué deux mois après le programme, dans cinq villages en ayant bénéficié (sélectionnés au hasard), comparés à cinq autres villages

non bénéficiaires (sélectionnés au hasard également). Au sein de chaque village, des foyers ont été tirés au sort, et tous les membres du foyer présents au moment de l'enquête ont été interrogés (excepté les enfants de moins de 8 ans). Les connaissances des individus ayant bénéficié du programme Kalajatha sur le paludisme (en matière de symptômes, de traitements, du contrôle bioenvironnemental avec en particulier l'utilisation des poissons larvivores) étaient significativement supérieures à celles des individus du groupe contrôle. Par ailleurs, tous les individus ayant bénéficié du programme manifestaient leur intention de modifier leur comportement afin d'améliorer le contrôle du paludisme³.

L'objet de ce guide est de présenter quelques concepts clés en éducation pour la santé, et d'offrir une base commune en termes de vocabulaire, d'objectifs, de recommandations pratiques et de méthodes aux différents coordinateurs sur le terrain.

Ce chapitre est constitué de quatre parties :

- ➔ présentation des principaux concepts en éducation pour la santé ;
- ➔ méthodologie pour monter un projet en éducation pour la santé et recommandations pratiques ;
- ➔ principaux outils utilisés en éducation pour la santé : fiches théoriques et exemples pratiques ;
- ➔ exemples de messages à transmettre et ressources supplémentaires.

1. Sharma N., Tanjea D.K., Pagare D., Saha R., Vashist R.P., Ingle G.K., « The impact of an IEC campaign on tuberculosis awareness and health seeking behaviour in Dehli, India », *Int J Tuberc Lung Dis.*, novembre 2005 ;9(11) :1259-65.
2. Zimicki S., Hornik R.C., Verzosa C.C. et al., « Improving vaccination coverage in urban areas through a health communication campaign : the 1990 Philippine experience ». *Bulletin of the WHO.* 1994, 72,(3) : 409-422.
3. Ghosh S.K., Patil R.R., Tiwari S., Dash A.P., « A community-based health education programme for bio-environmental control of malaria through folk theatre (Kalajatha) in rural India », *Malaria Journal*, 2006, 5 :123.

1A

PAGE 08

**RETOUR
SUR LES
CONCEPTS
DE SANTÉ**

1B

PAGE 09

**QU'EST-CE
QUE
L'ÉDUCATION
POUR
LA SANTÉ ?**

- 10 Quizz : quel type d'éducateur êtes-vous ?
- 11 Encadré : savoir - savoir-être - savoir-faire
- 12 Encadré : les compétences psychosociales

1C

PAGE 13

**QUELLES
SONT LES
DIFFÉRENTES
DÉCLINAISONS
DE L'ÉDUCATION
POUR
LA SANTÉ ?**

- 13 L'éducation sanitaire
- 14 L'information-éducation-communication (IEC)
- 14 La communication pour un changement de comportement / Behaviour Change Communication (CCC/ BCC)

1D

PAGE 15

**QUELLES
LIMITES
ET QUELLES
QUESTIONS
ÉTHIQUES
EN ÉDUCATION
POUR LA
SANTÉ ?**

- 17 Bibliographie et autres sources d'information



**QUELQUES
CONCEPTS :
DÉFINITIONS
& QUESTIONS
EN EPS**

1A

RETOUR SUR LES CONCEPTS DE SANTÉ

➤ **Les définitions, les objectifs, les déclinaisons de l'éducation pour la santé sont multiples, et celles présentées ici sont loin d'être exhaustives.** L'objectif de cette première partie est de fournir des bases communes en termes de vocabulaire, d'objectifs et de principaux concepts en éducation pour la santé.

L'évolution des concepts en éducation pour la santé est liée à l'évolution des concepts en matière de santé. En effet, toute pratique visant l'amélioration ou le maintien de la santé suppose de se baser sur une définition de la santé et découle en bonne partie de la définition choisie.

De nombreuses définitions de la santé existent :

→ **modèle biomédical** : la santé peut être définie par l'absence de maladie et d'infirmités. « La santé c'est la vie dans le silence des organes. » (Leriche) ;

→ **modèle biopsychosocial** : la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social (OMS) ;

→ **modèle dynamique**, avec capacité d'adaptation permanente à son environnement :

– « La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales). Ce qui exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme, qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation. » (Charte d'Ottawa.)

– « État physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. » (René Dubos.)

1B

QU'EST-CE QUE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ?

➤ L'OMS définit l'éducation pour la santé comme **l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé.**

L'éducation pour la santé ne se résume pas à une information pour la santé. Elle va plus loin, en cherchant à donner aux individus à la fois les **savoirs**, les **savoir-être** et les **savoir-faire** nécessaires pour pouvoir, s'ils le souhaitent, changer de comportements ou renforcer des comportements favorables à leur santé et à celle de la communauté.

La santé n'est pas considérée ici comme un état de bien-être à atteindre, mais comme **une ressource de la vie quotidienne⁴**, et c'est à l'individu de faire ses arbitrages, de trouver son équilibre et de déterminer ce qui est bon pour lui. L'éducation pour la santé

visé alors à permettre à chacun de pouvoir faire des choix responsables en matière de comportements ayant une influence sur sa santé et sur celle de la communauté. L'implication de l'individu vise aussi à promouvoir une **démarche participative en santé.**

Plusieurs approches coexistent en éducation pour la santé, certaines s'opposent sur certains points et d'autres se complètent. On pourra retenir trois principales approches⁵ : → **l'approche injonctive ou persuasive**, qui a pour objectif la modification systématique des comportements des individus et des groupes ;

4. Cf. charte d'Ottawa : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. »

5. Bury J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988.

→ les approches **informative** et **responsabilisante**, qui recherchent la prise de conscience par les individus de ce qui est bon pour eux ;

→ l'approche **participative**, qui vise l'implication, la participation des individus et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé.

Selon les objectifs du projet et le positionnement de l'équipe, l'une ou l'autre approche pourra se justifier et être retenue. Voici quelques pistes de réflexion pour le choix de l'approche :

→ Le thème traité présente-t-il un enjeu de santé purement individuel ou un enjeu de santé publique ? En effet, choisira-t-on la même approche si on veut conseiller à quelqu'un de ne pas fumer pour préserver sa propre santé, ou si on veut conseiller à quelqu'un de ne pas fumer pour préserver la santé de ses enfants et leur éviter des problèmes respiratoires (infections, asthme) ? Quelle approche choisir lorsqu'on fait une campagne de vaccination, et que la non-vaccination comporte non seulement le risque individuel de tomber malade, mais également le risque de transmettre la maladie aux autres ? Lorsqu'un risque pour autrui existe, cela justifie-t-il une approche injonctive, ou bien faut-il privilégier une approche responsabilisante, informative, participative ? Il n'y pas de réponse certaine à cette question, mais il est important de réfléchir à ces aspects dans le choix et la justification de son approche.

→ À qui s'adresse-t-on ? S'adresse-t-on à des personnes malades ou non malades ? En effet, choisira-t-on la même approche pour éduquer des non-malades aux principes nutritionnels limitant le risque de diabète ou pour éduquer des patients diabétiques aux principes nutritionnels qui leur sont recommandés du fait de leur état (par exemple les règles à suivre pour éviter une hypoglycémie liée au traitement) ? Une personne non malade, chez qui la modification d'un comportement n'aura pas d'effet immédiat visible sur sa santé, est-elle réceptive aux mêmes approches qu'une personne malade, chez qui la modification d'un

comportement peut avoir des impacts rapides importants ? Et qu'en est-il d'une personne atteinte d'une maladie mais qui ne se sent pas malade, et pour qui le traitement ou les changements de comportements conseillés sont à visée préventive, mais n'auront pas d'impact immédiat sur leur santé, ce qui peut être le cas pour un certain nombre de maladies chroniques, du moins au début. Par exemple, une personne diabétique qui ne présente pas de complications et qui se sent en bonne santé, à qui pourtant on prescrira un traitement et à qui on donnera des conseils hygiéno-diététiques : quelle approche choisir pour que le message soit le mieux reçu, accepté et intégré ?

→ Dispose-t-on d'éléments ayant mis en évidence qu'une approche présentait de meilleurs résultats qu'une autre au sein de la population ciblée ? Si on a des arguments tangibles (venant d'études antérieures) montrant que la population que l'on cible est plus sensible à un type d'approche, ou n'est pas réceptive à un autre type d'approche, il est important de les prendre en compte. De manière générale, il est également très important de s'interroger sur ses propres intentions éducatives avant de mettre en place une action d'éducation pour la santé.

QUIZZ : QUEL TYPE D'ÉDUCATEUR ÊTES-VOUS ?

Pour avancer dans votre réflexion, le quizz suivant peut vous aider :

Pour vous, l'éducation pour la santé c'est :

a. aider la population à respecter les prescriptions et les conseils des médecins
b. transmettre des connaissances sur la santé et les maladies
c. apprendre aux gens à gérer les risques qu'ils prennent
d. aider les gens à prendre part aux décisions politiques qui concernent la santé publique

a. présenter des modèles de comportements sains
b. expliquer comment fonctionne le corps humain et les conséquences positives ou négatives des différents comportements
c. aider les enfants, les jeunes et les adultes à concilier leurs désirs et leurs besoins
d. permettre à chacun d'accéder aux sources d'informations concernant sa santé et celle de la collectivité

a. dire aux gens ce qu'ils doivent faire pour rester en bonne santé
b. mettre à la disposition du grand public des informations scientifiquement validées sur les causes, les conséquences et les traitements des maladies
c. faire prendre conscience aux gens de leurs responsabilités individuelles et collectives dans le domaine de la santé
d. permettre à la population de s'approprier les connaissances et les compétences utiles pour promouvoir la santé

a. mettre en garde les enfants, les jeunes et les adultes contre les risques qu'ils prennent en adoptant tel ou tel comportement nuisible à leur santé
b. inciter les gens à faire des choix favorables à la santé en leur expliquant le fonctionnement et les besoins de l'organisme
c. permettre aux gens de faire des choix éclairés dans le domaine de la santé en développant leur sens critique vis-à-vis des informations qu'ils reçoivent
d. construire avec les gens des réponses adaptées à leurs besoins et à leurs attentes dans le domaine de la santé

Résultats :

→ si vous avez une majorité de a votre approche est plutôt **injonctive** ;
→ si vous avez une majorité de b votre approche est plutôt **informative** ;
→ si vous avez une majorité de c votre approche est plutôt **responsabilisante** ;
→ si vous avez une majorité de d votre approche est plutôt **participative**.

ATTENTION

il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Nos approches en éducation pour la santé sont souvent plurielles, liées à nos représentations et au contexte de l'action.

Ce test, réalisé par B. Sandrin-Berthon et J.-P. Deschamps en 2000, a pour but de clarifier vos représentations de l'éducation pour la santé. Vous pourrez également l'utiliser avant de commencer un programme pour clarifier les représentations de chacun des intervenants.

SAVOIR - SAVOIR-ÊTRE - SAVOIR-FAIRE

Savoir – savoir-être – savoir-faire
Connaissances – attitudes – pratiques
Knowledge – Attitude – Practice

Savoir (ou connaissances) :
connaissances ou ensemble des informations assimilées par l'individu.
Exemple : connaissance des modes de transmission du VIH.

Savoir-être (ou attitudes) :
« manières habituelles et plutôt stables par lesquelles les individus **perçoivent, éprouvent et jugent**, pour eux-mêmes ou pour d'autres, des actions, des idées, et leur environnement social et physique.

Les attitudes régissent la perception et l'action. Elles ont des **composantes affectives, cognitives et comportementales**. Les attitudes sont en grande partie **socialement déterminées**. Changer les attitudes qui sont des barrières à des modes de vie plus sains ou à une politique plus saine est un des objectifs majeurs des interventions en éducation pour la santé et en promotion de la santé. » (Commission européenne, Rusch E.)
Le savoir-être dépend en partie du savoir et du savoir-faire sans en découler directement : le savoir-être est également déterminé par de multiples facteurs environnementaux, culturels, identitaires, etc.
Le travail sur le savoir-être passe aussi par le développement **des compétences psychosociales** (cf. encadré sur ce sujet à droite).
Exemple : savoir refuser un rapport non protégé.

Savoir-faire (ou pratiques) :
les pratiques ou **capacités à agir**, à réaliser une tâche. Elles peuvent être dissociées du savoir : on peut savoir faire sans savoir pourquoi cela fonctionne (savoir-faire empirique) ; on peut également savoir sans savoir faire (savoir en théorie comment effectuer une tâche mais ne jamais l'avoir effectué en pratique et en être incapable). De ce fait, lorsque l'on veut transmettre un savoir-faire, il est souvent primordial d'**associer une démonstration pratique** (apprentissage par l'expérience).
Exemple : savoir utiliser un préservatif masculin, savoir utiliser un préservatif féminin.

N.B. : En français, le terme « savoir-faire » s'apparente à la maîtrise d'une technique, ce qui va être un préalable à l'adoption

d'un comportement (il faut savoir utiliser un préservatif pour avoir des rapports protégés), alors qu'en anglais le terme « practice » s'apparente au comportement effectivement pratiqué, qui est lui-même la résultante des connaissances et du savoir-être d'un individu (il utilise un préservatif parce qu'il en connaît les bénéfices et sait négocier un rapport protégé).

LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

L'OMS et l'**Unicef** recommandent de développer les compétences psychosociales suivantes pour aider à l'adoption de comportements favorables à la santé :

- savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions ;
- savoir communiquer avec les autres, être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir une pensée critique, avoir une pensée créative ;
- se connaître soi-même, éprouver de l'empathie ;
- savoir gérer le stress, savoir gérer ses émotions.

Le développement des compétences psychosociales est particulièrement clé **s'agissant des enfants et des jeunes**, puisque c'est une période de développement et de construction du savoir-être. Il est alors intéressant de **développer des partenariats avec l'Éducation nationale** pour développer de tels programmes auprès des enfants et des jeunes. Chez les adultes, il s'agira d'**aider à modifier des savoir-être existants plutôt que de les développer**.

1 C

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES DÉCLINAISONS DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ?

➤ L'éducation pour la santé se construit sur quatre éléments : une cible ; un matériel (audiovisuel, affiche, brochure, médiation...) ; un espace-temps pour leur rencontre (réunion, causerie, séance de théâtre, journaux télévisés, salle d'attente...) ; un émetteur (l'énonciateur du message : un agent de santé, une institution, un pair...).

Autrement dit, l'éducation pour la santé se réfère à un espace-temps qui met en présence un émetteur, un matériel et des cibles. Il faut y ajouter toute l'épaisseur de la relation qui les unit. L'éducation pour la santé est donc **la rencontre** entre différents éléments et **l'action mutuelle et conjointe** de ces éléments. Cette précision est importante, car nous verrons que lorsque l'un des éléments n'est pas maîtrisé (mauvais matériel ou message inapproprié, population mal ciblée, mauvais moment pour la diffusion, émetteur inadapté), il met en péril les trois autres : quelle est l'efficacité d'un très bon spot TV dans des zones où il n'y

a qu'un téléviseur par village ? Quel crédit vont accorder des femmes à un jeune homme (même issu de la même culture) animant une sensibilisation à l'allaitement maternel ?

L'éducation sanitaire

Le ton est essentiellement informatif, normatif et injonctif : on diffuse des messages sanitaires vers la population et on suppose que cela entraînera un changement de comportement. La communication se fait à sens unique et on n'y associe pas de démarche participative.

L'information-éducation-communication (IEC)

L'information-éducation-communication (IEC) est un **processus** s'adressant aux individus, aux communautés et aux sociétés, et visant à **développer des stratégies de communication pour promouvoir les comportements favorables à la santé.**

Le matériel IEC (IEC materials)

Le **matériel IEC** regroupe tous les **outils et techniques de communication et d'animation** utilisés pour promouvoir et accompagner un changement de comportement. La communication peut être verbale (orale ou écrite) ou non (gestuelle...). Plusieurs formes de communication sont possibles :

- la communication interpersonnelle : entretien individuel. On pourra s'aider de techniques de communication (ex : counselling) et d'outils (ex : classeur-imagier, jeu de cartes...);
- la communication de groupe. On pourra s'aider de techniques d'animation (ex : focus group, jeux de rôle...) et d'outils (ex : conte, vidéo, jeu, théâtre);
- la communication de masse : en utilisant les médias de masse (télévision, radio, journaux) pour la diffusion des messages.

La communication pour un changement de comportement Behaviour Change Communication (CCC/BCC)⁶

L'IEC et la CCC/BCC ne sont pas des concepts opposés, bien au contraire : L'IEC vise à un changement de comportement par des actions d'information, d'éducation et de communication menées à un niveau

individuel ou de groupe, ou même à l'échelle d'une société (en utilisant des médias de masse). Elle vise à faire adopter aux populations des comportements favorables à leur santé, en les informant et en les incitant à faire des choix individuels, mais elle ne s'attaque pas aux autres facteurs limitant les changements de comportements. En effet, de nombreuses études ont montré que le **processus de changement de comportement ne résultait pas seulement de l'accès à l'information et de la possibilité de faire des choix individuels. D'autres facteurs environnementaux jouent un rôle important**, tels que des facteurs géographiques, économiques, culturels, etc.

La CCC/BCC reprend donc les objectifs de l'IEC mais **élargit son champ d'action : elle vise également à agir sur l'environnement et à créer un milieu favorable au changement de comportements et au maintien de ces nouveaux comportements**, entre autres en sensibilisant les responsables politiques pour le développement de politiques publiques saines et en œuvrant pour la réorganisation des services de santé (promotion des services de prévention et de l'accès aux soins). La CCC/BCC s'inscrit dans une approche plus globale visant à agir sur tous les déterminants des changements de comportements et elle trouve sa place dans une **démarche intégrée de promotion de la santé.**

En conclusion, l'IEC est comprise dans la CCC/BCC. Le développement de la CCC/BCC reflète un **changement d'échelle dans les stratégies développées** puisque désormais, en accord logique avec les principes de la charte d'Ottawa, on s'intéresse aussi à l'environnement et on ne se limite pas aux déterminants individuels des comportements.

10

QUELLES LIMITES ET QUELLES QUESTIONS ÉTHIQUES EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ?

➤ La santé d'un individu ne dépend pas que de ses choix individuels mais de nombreux autres facteurs, tels que l'environnement, les conditions de vie, les facteurs biologiques, etc. **Il est donc judicieux d'intégrer l'éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé** (cf. concept de la CCC/BCC).

Ainsi, quand on met en œuvre un programme d'éducation pour la santé visant à un changement de comportement, **il ne suffit pas d'agir au niveau individuel** : il faut aussi prendre en compte tous les obstacles potentiels, qu'ils soient environnementaux, financiers, sociaux, culturels, et les lever pour rendre possible un changement de comportement.

Par exemple, l'accessibilité financière au préservatif est un préalable à son utilisation. Il ne serait donc pas très utile d'encourager l'utilisation des préservatifs sans s'assurer de l'accès réel de la population à ces derniers. De même, apprendre aux enfants à se laver les mains à l'école n'a de sens

que s'ils ont effectivement des lavabos et du savon à disposition.

D'autre part, si l'éducation pour la santé vise à donner les moyens aux individus d'adopter des comportements favorables à leur santé, il ne faut pas oublier que la décision leur revient. Cela peut s'avérer frustrant pour les éducateurs et parfois aller à l'encontre de leurs principes. L'éducation pour la santé a des limites (on ne décide pas pour l'autre) mais cela n'empêche pas que, dans certaines situations, le relais soit pris par d'autres types d'actions (politiques, juridiques, etc.).

6. À partir de Seck A., « Module de formation en communication pour le changement de comportement », CCISD, 2003.

→ Comment concilier l'éducation pour la santé et le respect des libertés et des choix individuels ? Quelle posture adopter quand les enjeux dépassent la santé individuelle et concernent la santé d'autrui (par exemple, la santé de l'enfant mise en danger par les choix des parents) ou la santé de la collectivité (par exemple, risque d'épidémie augmenté en cas de refus de la vaccination) ? Y a-t-il des situations où les choix individuels ne doivent plus être respectés ? Si oui, est-ce encore du ressort de l'éducation pour la santé ? N'est-ce pas plutôt du ressort du politique et du juridique ? N'est-il pas souhaitable que l'éducation pour la santé garde un caractère de neutralité et ne juge pas les gens auxquels elle s'adresse ? Il est important de connaître les limites du champ de l'éducation pour la santé et de savoir faire la part des choses entre ce qui relève de l'éducation pour la santé et ce qui relève de la justice, de la légalité, du politique.

→ L'éducation pour la santé peut parfois être perçue comme la tentative d'imposer un savoir biomédical par rapport un autre (un savoir traditionnel par exemple). Est-il légitime de vouloir imposer un savoir ? Est-ce la fonction de l'éducation pour la santé ? En effet, n'est-il pas préférable d'élargir le questionnement plutôt que de fournir des réponses, d'aider à construire plutôt que d'inculquer, de guider plutôt que de prescrire, en considérant l'éducation pour la santé comme une rencontre entre plusieurs savoirs, et non comme un savoir normatif à transmettre ?

→ Peut-on utiliser n'importe quel moyen d'action pourvu que l'on atteigne l'objectif de santé recherché ? Peut-on, par exemple, manipuler par la peur (en jouant sur les peurs conscientes et inconscientes), stigmatiser, dévaloriser ou condamner des personnes ayant telle ou telle pratique ? Il est fondamental de s'interroger sur les moyens utilisés pour transmettre les messages,

sur leur légitimité et leurs effets pervers potentiels.

→ L'éducation pour la santé ne risque-t-elle pas dans certains cas d'accroître les inégalités, en donnant une information que certains pourront mettre en pratique et d'autre pas, faute de moyens financiers ? Par exemple, quand on conseille aux gens de manger cinq fruits et légumes par jour (campagne française de l'Inpes), ne risque-t-on pas d'aggraver les inégalités en ayant d'un côté des gens ayant les moyens financiers de modifier leurs habitudes nutritionnelles et d'un autre des personnes n'en ayant pas les moyens ?

QUELQUES PRINCIPES ÉTHIQUES

Autonomie des personnes

→ **respecter les choix individuels, même s'il s'agit de comportements potentiellement néfastes pour la santé : il ne s'agit pas de vouloir imposer une norme ;**
→ **ne pas culpabiliser.**

Bienfaisance

(être sûr que l'intervention que l'on va mener va « faire du bien »)

→ **utiliser des connaissances scientifiquement validées (ne pas diffuser des messages non validés) ;**
→ **s'assurer de la non-malfaisance.**

Non-malfaisance

(être sûr que l'intervention que l'on va mener ne va pas nuire)

→ **toujours s'interroger sur les moyens employés, quelles que soient les finalités ; « la fin ne justifie pas les moyens » ;**

→ **s'assurer que l'intervention ne présentera pas de conséquences nuisibles dans d'autres domaines que**

celui de la santé (ex : désorganisation sociale, familiale, culturelle...).

Équité et justice sociale

l'éducation pour la santé ne doit pas aggraver les inégalités sociales de santé ni en créer de nouvelles.
Il faut donc adapter les messages pour qu'ils soient accessibles à tous et que les comportements préconisés le soient aussi (accessibilité financière, etc.).

Évaluer

régulièrement l'action pour pouvoir faire des ajustements.

POUR ALLER PLUS LOIN :

Quand on veut changer des comportements, cela suppose d'agir sur les déterminants du changement et donc d'avoir au préalable identifié ces déterminants. Plusieurs modèles théoriques de changement de comportements existent, qui décrivent chacun les processus et les déterminants (leviers et freins) du changement. Pour en savoir plus sur les modèles théoriques de changement de comportements, consulter :
– le guide Behaviour Change : a summary of four major theories, Family Health International disponible sur Internet à l'adresse : <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ei26vbslpsidmahxc332vwo3g233xsqw22er3vofqvrjvubwyzclvjcbdgexyzl3msu4mn6xv5j/BCCSummaryFourMajorTheories.pdf>
– G. Godin, « le changement des comportements de santé », in Fischer G.N., Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris, 2002, pages 375-88

Bibliographie et autres sources d'information

- Broussouloux S. et Houzelle-Maechal N., *Éducation à la santé en milieu scolaire, Choisir, élaborer et développer un projet*, éditions Inpes, 2006 (disponible en ligne : www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf)
- Bury J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988
- Expertise Collective INSERM, *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, éditions INSERM, 2001
- Glossaire utilitaire en éducation pour la santé, DRASS Bourgogne : http://www.bourgogne.jeunesse-sports.gouv.fr/download/sport_sante/glossaire_sreps.pdf
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Population Reports, January 2008 « Communication for better health » : <http://www.infoforhealth.org/pr/j56/j56.pdf>
- Module d'éducation pour la santé en santé infantile destiné aux agents de santé, par l'association pour la médecine et la recherche en Afrique : http://wikieducator.org/Lesson_6:_Health_Education%2C_Promotion_%26_Counseling
- OMS, *L'éducation pour la santé, manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire*, 1990
- Seck A, *Module de formation en communication pour le changement de comportement*, CCISD, 2003
- Site Internet du comité départemental d'éducation pour la santé des Yvelines : http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/education_pour_la_sante.php

2A

PAGE 22

LE DIAGNOSTIC

- 23 1/Comment recueillir l'information pour établir un diagnostic ?
- 24 La recherche documentaire
- 24 L'observation
- 24 L'entretien individuel
- 24 Le focus group
- 28 L'enquête CAP
- 29 2/Comment établir les priorités ?
- 29 3/Définir la population cible

2B

PAGE 31

LA PROGRAMMATION

- 31 1/Se fixer des objectifs et des résultats attendus
- 33 2/Définir des indicateurs pour les objectifs et les résultats
- 34 3/Définir une stratégie BCC
- 35 Encadré : rôles et places de l'énonciateur/émetteur
- 36 L'éducation par des professionnels de santé
- 37 L'éducation par les relais communautaires
- 38 L'éducation par les pairs
- 39 Les médias
- 40 L'éducation en milieu scolaire
- 40 4/Tester les outils

2C

PAGE 44

LA MISE EN ŒUVRE

2D

PAGE 45

L'ÉVALUATION

- 45 1/Évaluation des processus
- 45 2/Évaluation des résultats
- 46 L'enquête CAP
- 46 Les tests « vrai/faux »
- 46 Les grilles d'observation



MONTER UN
PROJET EN EPS :
UN PEU DE
MÉTHODOLOGIE...

COMMENT MONTER UN PROJET EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ? UN PEU DE MÉTHODOLOGIE...

➤ De nombreux programmes à Médecins du Monde présentent un volet d'éducation pour la santé. La planification du projet est alors à juste titre réalisée pour l'ensemble du programme et non pas pour chaque volet séparément. Comme les autres volets, le volet éducation pour la santé concourt à la réalisation de l'objectif spécifique du programme et ne doit en aucun cas être construit séparément.

Cependant, **certaines étapes de la planification sont particulièrement importantes ou bien se déclinent de manière spécifique dans le cadre d'un projet d'éducation pour la santé.**

Nous reprendrons donc le cadre général de la planification⁷, sans revenir en détail sur les différentes étapes du diagnostic, de la programmation, de la mise en œuvre et de l'évaluation, mais en spécifiant les points clés ou les déclinaisons particulières pour les projets d'éducation pour la santé.

POINT CLÉ

L'IMPLICATION DES BÉNÉFICIAIRES TOUT AU LONG DE LA DÉMARCHÉ

Elle est primordiale, et ce dès la phase de diagnostic pour les projets d'éducation pour la santé. La participation des individus, du groupe ou de la communauté à l'identification des problèmes favorisera leur engagement dans la recherche de solutions et dans l'adoption de nouveaux comportements.

L'IMPLICATION DES BÉNÉFICIAIRES

L'intérêt principal de la participation des bénéficiaires est de constituer un outil d'éducation pour la santé qui va **faire sens dans la culture locale**. Il faut associer les bénéficiaires, quand cela est possible, au recueil d'informations pour l'élaboration des messages, la formulation des recommandations et des messages, puis à leur mise en œuvre. Faire participer les bénéficiaires permet de reconnaître explicitement leur pouvoir d'influencer le déroulement et les résultats de l'intervention.

On instaure ici un mécanisme qui va permettre un **échange d'informations** et éventuellement des négociations **sur ce qui peut se dire et se faire**.

La population représentée va pouvoir y puiser un certain nombre d'informations qui peuvent être utiles en fonction de leurs intérêts particuliers. Dans ces ateliers, on peut alors observer des ajustements et des négociations mutuelles, permettant d'accroître la crédibilité des messages aux yeux des populations et obligeant en quelque sorte les professionnels à tenir compte d'un certain nombre d'idées émises. Du côté des populations, cela permet de rompre avec l'image négative de l'éducation pour la santé souvent ressentie comme une forme d'imposition de savoir ou de contrôle.

Toutefois, si la participation de la population joue un rôle déterminant, cette situation est souvent difficile et sa complexité sous-estimée. La question de la motivation paraît essentielle pour comprendre le comportement des populations. S'interroger sur le sens que revêt une action dans les représentations des populations permet à la fois d'avoir une explication et une compréhension des conduites.

Aussi, dans la construction d'un projet, il paraît nécessaire de comprendre quel est l'intérêt des populations à participer à des actions ? Dans quelle mesure les populations perçoivent-elles cet intérêt ? Comment des populations cibles, qui sont les plus vulnérables, peuvent-elles s'impliquer dans un projet ?

7. Les documents relatifs à la méthodologie de planification de projets sont disponibles sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net.

LE DIAGNOSTIC

➤ Établir un diagnostic est nécessaire pour avoir **un état des lieux de l'existant** (comportements pratiqués, niveau des connaissances, représentations sociales et croyances motivant les comportements, facteurs environnementaux influençant ces comportements, etc.) et pouvoir ensuite établir des objectifs de changements de comportements réalistes en levant les obstacles identifiés lors de la phase de diagnostic.

Établir un diagnostic est nécessaire :

→ **à un niveau micro** : au niveau individuel et du groupe, quels sont **les savoirs, les représentations, les pratiques** ? quelles sont les interactions qui régissent l'organisation du groupe, quels sont les moyens traditionnels de communication ? qui sont les personnes influentes ?

→ **à un niveau macro** : au niveau de la société, quelles sont **les lois, les institutions, les associations, les structures** qui influent sur le problème étudié ? Dans quel sens et avec quelle force influent-elles sur le problème : représentent-elles des obstacles supplémentaires à contourner ou à lever, constituent-elles des appuis potentiels, disposent-elles d'un pouvoir décisionnel ? Quel rôle l'environnement culturel et religieux joue-t-il dans le problème étudié, et dans quelle mesure est-il à prendre en considération ?

POINT CLÉ

ÉTUDIER LES COMPORTEMENTS ET LEURS DÉTERMINANTS

Étudier les comportements et leurs déterminants à la fois au niveau micro (facteurs individuels et de groupe) et au niveau macro (facteurs environnementaux, politiques) est nécessaire quand on prévoit une action d'éducation pour la santé. Même si les actions d'éducation pour la santé ne joueront que sur les déterminants micro, il faut avoir identifié les déterminants macro pour pouvoir travailler dessus via d'autres actions ou des partenariats.

D'autre part, établir un état des lieux comprenant un historique des actions d'éducation pour la santé déjà entreprises est également un préalable nécessaire. On recherchera les différentes actions réalisées par d'autres associations, centres

de santé, institutions, ministères. On étudiera comment le thème a déjà été abordé (quels messages, quels outils, quel impact si on a des données d'évaluation), si des messages contradictoires ont été transmis à la population par différents organismes, laissant une impression de confusion générale et rendant très difficile le fait de regagner la confiance du public par la suite, par exemple, deux messages contradictoires sur la vaccination contre l'hépatite B, l'un conseillant vivement la vaccination et la considérant sans risques et l'autre la déconseillant du fait des risques graves potentiels. Pour regagner la confiance de la population dans la vaccination, il sera nécessaire que le message émane de la source considérée par la population comme la plus fiable possible – cette source pouvant être pour certains le ministre de la Santé, pour d'autres le scientifique le plus reconnu dans le domaine, etc. On regardera également si certains thèmes ont été associés (par exemple, associe-t-on une action d'éducation pour la santé portant sur le VIH à une autre concernant la santé reproductive ou bien sont-elles toujours dissociées ?). Cet état des lieux permettra de **capitaliser** ce qui a déjà été fait, et d'éviter de reproduire certaines erreurs.

1 / COMMENT RECUEILLIR L'INFORMATION POUR ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC⁸ ?

Décrire des comportements, des connaissances, des représentations suppose une **étude approfondie du contexte**. On peut

utiliser des données écrites déjà existantes ou des **données quantitatives**, mais il est primordial d'adopter aussi une **approche qualitative**, qui permettra d'étudier plus finement les représentations, les croyances, les stigmatisations en jeu dans les comportements de santé. L'approche qualitative peut se faire par l'étude de la documentation déjà existante, qu'il conviendra de compléter par de l'observation, par la réalisation d'enquêtes sur le terrain (enquêtes Connaissances-Attitudes-Pratiques – CAP ou Knowledge-Attitude-Practice – KAP) et par des entretiens, qui permettent une exploration plus approfondie en autorisant une expression plus complète et plus libre que les enquêtes CAP, mais qui ne peuvent se réaliser que sur un nombre restreint d'individus.

POINT CLÉ

MULTIPLIER LES MÉTHODES DE RECHERCHE

Si possible, on préférera alimenter le diagnostic par les résultats de plusieurs méthodes de recherche d'information. Combiner une recherche documentaire, des observations, des entretiens, des focus groups et une enquête CAP est l'idéal, puisque chaque méthode se complète. Cependant, en raison de contraintes de temps et de moyens, il n'est souvent pas envisageable de multiplier les méthodes de recherche, et ce d'autant plus si le projet d'éducation pour la santé n'est qu'un volet parmi d'autres. On pourra alors allier une recherche documentaire (qui représente un gain de temps et peut permettre d'éviter de reproduire une recherche déjà réalisée par d'autres) et une ou plusieurs autres méthodes en fonction du type d'information recherchée, et en fonction des contraintes de temps et de ressources humaines disponibles.

8. À partir de « L'éducation pour la santé, manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire », OMS, 1990 ; et « Interagency manual on reproductive health in refugee situations : information, education and communication programmes », publication OMS.

La recherche documentaire

Rechercher l'information à partir des rapports d'activité des organisations, institutions, associations : des statistiques de santé, des documents administratifs, des articles, des livres, des enquêtes menées auprès de la population concernée (enquêtes épidémiologiques, CAP, sociologiques)... Cela permet d'avoir une **bonne connaissance du contexte**, de repérer les éventuels besoins d'informations complémentaires et d'envisager les meilleures méthodes pour les recueillir. Cela peut sembler fastidieux à réaliser mais représente en fait un véritable gain de temps en permettant de **mieux cerner le contexte et les besoins**.

L'observation

Elle permet de **décrire** des comportements, et certains de ses déterminants : interactions sociales, environnement... Elle ne permet pas d'approfondir les représentations. Le choix du lieu et l'horaire d'observation dépend du problème que l'on souhaite étudier. On peut observer l'environnement, les individus et les groupes. Dans tous les cas, pour éviter de porter des jugements trop rapides il est nécessaire de :
→ **décrire** avec attention et exactitude ;
→ **croiser** les observations.
Dans les projets de réduction des risques, l'observation est particulièrement utile et intéressante.

POUR APPROFONDIR,

consulter le guide *Collecte de données, méthodologies qualitatives* (Magali Bouchon) disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net, voir également le blog DSC : <http://mdm-scd.org/>

L'entretien individuel

avec un bénéficiaire potentiel du projet, avec une personne influente, avec une personne relais

Un entretien individuel peut permettre d'obtenir des **informations très précises** et d'appréhender avec plus de finesse **les connaissances, la perception, les représentations, les peurs des individus, ainsi que les obstacles qu'ils rencontrent**. Il nécessite d'instaurer un climat de confiance et de confidentialité, pour que la personne se sente libre d'exprimer son point de vue. Un entretien avec une personne influente permet d'identifier les obstacles sur lesquels il faudra travailler, de sensibiliser les personnes influentes et de favoriser leur appui au projet.

POINT CLÉ

MULTIPLIER LES SOURCES

Le risque de biais est très important lorsqu'on recherche de l'information à partir d'entretiens individuels. Une expérience individuelle n'est bien évidemment pas généralisable. Il est donc important de multiplier autant que possible les entretiens et de recouper les informations obtenues, afin de pouvoir distinguer les tendances générales des cas particuliers.

POUR APPROFONDIR,

consulter le guide *Collecte de données, méthodologies qualitatives* (Magali Bouchon) disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net, voir également le blog DSC : <http://mdm-scd.org/>

Le focus group

Les focus groups permettent d'identifier plusieurs points de vue et de mieux appréhender **les**

connaissances et les représentations du groupe, ainsi que **le fonctionnement** au sein même **du groupe**. De plus, ils favorisent **l'appropriation du projet** par la communauté. Ils constituent une technique de recherche qualitative. La fiche pratique ci-dessous présente des conseils pour l'organisation et le déroulement d'un focus group, sachant qu'un focus group s'inscrit en général dans un processus de recherche qualitative en comportant de multiples focus groups (sur le même thème mais avec des groupes différents) et aboutissant à une analyse globale de l'ensemble des focus groups réalisés, qui sera restituée à la communauté dont sont issus les différents groupes.

FICHE PRATIQUE : LES GRANDS PRINCIPES DU FOCUS GROUP

le focus group est une technique de recherche qualitative

Un groupe de quelle taille ?

De 6 à 12 personnes. En pratique de plus petits groupes (au minimum 4 personnes) peuvent bien fonctionner aussi. Il est par ailleurs conseillé de se laisser une marge lors du recrutement, car il arrive souvent que des personnes souhaitent se joindre au groupe à la dernière minute.

Quelles ressources humaines et matérielles ?

- **deux personnes** : un modérateur et un observateur ;
- **un enregistreur audio** si possible (vivement conseillé) ;
- **le guide d'entretien** (préparé à l'avance) ;
- **une collation / un repas.**

Quelle préparation ?

Préparer un **guide d'entretien** : Il suffit de 5 à 6 questions pertinentes. Pour les sélectionner, commencer

par lister toutes les questions qui présentent un intérêt (pour être sûr de ne pas en oublier) et choisir ensuite les plus pertinentes. Formuler les questions de manière ouverte et neutre, pour éviter d'induire une réponse. **Exemple de guide d'entretien** : consulter le guide *Collecte de données, méthodologies qualitatives* (Magali Bouchon) disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net, voir également le blog DSC : <http://mdm-scd.org/>

Comment recruter les participants ?

→ proposer à **6 jusqu'à 12 personnes** de participer, en les prévenant au moins un ou deux jours à l'avance. Cependant, dans certaines circonstances, les personnes peuvent préférer que le focus group ait lieu d'emblée et il est alors possible de profiter de l'opportunité, à condition d'avoir déjà préparé le guide d'entretien bien sûr ;
→ veiller à ce que les participants se retrouvent autour d'un ou de plusieurs critères d'**homogénéité** (ex : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle) en fonction du sujet traité et afin de permettre des échanges libres et interactifs. Les participants donnent de leur temps et il est conseillé de les **défrayer** pour cela : boisson et repas offerts sur place par exemple, voire remboursement du titre de transport. En revanche, Médecins du Monde **n'indemnise pas** les participants des focus groups. Une indemnisation risquerait de freiner la libre expression des participants : certaines personnes pourraient en effet se sentir obligées de donner des réponses « pour faire plaisir » ou « pour remercier », et non leurs vraies réponses ;
→ penser à prévenir certaines personnes de la tenue du focus group si nécessaire. (**Exemple** : prévenir le chef du village).

Quel lieu choisir et comment organiser l'espace ?

→ **choisir un lieu neutre** : ne pas se réunir dans les locaux du planning familial si on veut questionner les gens sur leur recours au centre de planning familial ;
→ **laisser les participants s'installer comme ils le souhaitent**, afin de favoriser les échanges interactifs (s'ils ne se positionnent pas d'emblée, on peut proposer de former un cercle) ;
→ **éviter les posters**, surtout les posters d'éducation pour la santé, afin d'éviter d'orienter les réponses des participants (par exemple, ne pas laisser un poster faisant la promotion de l'allaitement si on veut interroger les mères sur le sujet ou un poster faisant la promotion du préservatif si on veut parler des IST) ;
→ préférer un **endroit calme**, avec peu de distractions, de dérangements.

Quelle durée ?

Prévoir une heure et demie (deux heures maximum). Cette durée concerne la tenue du focus group proprement dit, mais ne tient pas compte du temps de préparation ni du temps d'analyse.

Quel déroulement ?

Rôle du modérateur :

1. Introduire la session :

→ **se présenter** et présenter la personne qui prendra des notes ;
→ demander aux **participants de se présenter** (éventuellement, chacun peut avoir son nom inscrit sur un carton posé devant lui, pour pouvoir faciliter les échanges directs, en fonction du contexte : public lettré ou non...) ;
→ **expliquer qu'il y aura une prise de notes ou un enregistrement audio** afin de pouvoir se souvenir des

commentaires importants à la fin de la session. En demander l'autorisation auprès du groupe et le rassurer sur la confidentialité ;
→ **exposer les objectifs** et le mode de fonctionnement (discussion libre et non cours sous forme de questions-réponses).

2. Suivre un guide d'entretien préparé à l'avance (liste de questions adaptées aux objectifs attendus du focus group) :

→ commencer par des **questions ouvertes** simples pour introduire la discussion et mettre les participants à l'aise ;
→ poursuivre avec des **questions ouvertes plus approfondies** pour enrichir le débat et encourager des commentaires libres ;
→ **relancer** pour approfondir les réponses ;
→ **reformuler** pour être sûr d'avoir bien compris ;
→ **respecter** des temps de **silence** (temps de réflexion, temps aboutissant à une prise de parole chez quelqu'un qui ne s'exprimerait peut-être pas sinon) ;
→ **éviter** les questions **directives** (« Ne croyez-vous pas que... ? ») et les questions à **choix forcé** (« Voulez-vous la solution A ou la solution B ? ») ;
→ **éviter** les questions **fermées** (sauf si on recherche une réponse sous forme de « oui » ou « non ») ;
→ **encourager la participation** de chacun (s'adresser aux personnes plus réservées en les appelant par leur nom et en leur demandant leur point de vue) ;
→ **rappeler qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse** ;
→ ne pas répondre à une question lorsqu'un participant vous interpelle et vous demande votre point de vue, mais la retourner au groupe « Et vous,

qu'en pensez-vous ? ». Toutefois, se rendre disponible une fois le focus group terminé pour y répondre ;
→ **prendre quelques notes** : mots clés, propos particulièrement pertinents, questions de relance (même si ce n'est pas le rôle premier du modérateur).

3. Terminer par une synthèse avec le groupe et si un consensus a émergé pendant la discussion conclure dessus.

4. Remercier les participants

Rôle de l'observateur :

Prendre des notes : les échanges verbaux et non verbaux. L'enregistrement audio permet de se concentrer sur la communication non verbale, et de véritablement **observer** les réactions des participants.

Quels avantages ?

Le focus group est :

→ **peu coûteux** ;
→ **rapide** ;
→ **interactif** ;
→ **producteur d'informations riches** (il permet d'étudier des thèmes en profondeur) ;
→ **souple et flexible** (il permet d'aborder des questions non prévues au départ, lorsque de nouvelles questions d'intérêt émergent au cours de la discussion).

Quels inconvénients ?

→ **le biais** introduit par les **réactions du modérateur** (biais de **désirabilité sociale**) : les participants voudront plaire à l'animateur et donner les réponses qu'ils pensent que celui-ci attend. L'animateur doit donc veiller à **rester le plus neutre possible** et être conscient de l'impact de ses commentaires, gestes, mimiques, etc., et le lieu doit être le plus neutre possible ;

→ la méthode de recherche est qualitative, les sujets sont à la fois peu nombreux et non sélectionnés au hasard. **Les résultats ne sont donc pas généralisables** (contrairement aux études quantitatives avec échantillonnage) ;
→ **selon les cultures, il peut être très difficile pour certains groupes de population de prendre la parole en public** (exemple : les jeunes ou les femmes). Il faut alors trouver d'autres moyens de recueillir leur point de vue ou convaincre des responsables communautaires de l'intérêt de leur participation à une réunion de groupe. Constituer un petit groupe de personnes ayant un point commun (âge, sexe, expérience) peut permettre de faciliter le dialogue ;
→ **l'expression** des problèmes rencontrés par des **populations stigmatisées** est souvent **difficile**, de même que l'expression des problèmes liés à des comportements « non avouables » ou stigmatisés. Pour faciliter l'expression de ces problèmes, penser à constituer des **groupes homogènes** ;
→ **tout le monde n'osera pas forcément** dire ce qu'il pense en groupe. Des **entretiens individuels** peuvent permettre de compléter l'information.

POUR APPROFONDIR, CONSULTER :

– le guide *Collecte de données, méthodologies qualitatives* (Magali Bouchon) disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net, voir également le blog DSC : <http://mdm-scd.org/>
– Susan Dawson et Lenore Manderson ; 1993 ; Le manuel des groupes focaux, méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales N°1, PNUD/ Banque Mondiale/OMS
– *A Guide to Developing Materials on HIV/ AIDS and STIs*, FHI publication

L'enquête CAP / KAP

Une enquête CAP (Connaissances-Attitudes-Pratiques) ou KAP (Knowledge-Attitude-Practice) ou encore KAPB (Knowledge-Attitude-Practice-Belief) s'intéresse aux connaissances, attitudes et pratiques (ou savoirs, savoir-être et savoir-faire) et aux croyances d'une population.

L'ENQUÊTE CAP

En recueillant des informations auprès des populations sur la base d'un questionnaire CAP, les membres d'une mission MdM saisissent le niveau de connaissance, les attitudes courantes et les pratiques en vigueur dans leur espace d'intervention, ce qui leur permet de :

→ construire un **diagnostic** qualitatif qui pourra servir de référence (baseline) aux **évaluations** futures (évaluations d'impact notamment) ;

→ saisir les **représentations** d'une communauté (concernant différents sujets ayant trait à la santé), approfondir des **problématiques** particulières, ou encore cibler une catégorie minoritaire, spécifique;

→ repérer des obstacles au changement de comportement. **L'obstacle au changement peut être un manque de connaissance** : méconnaissance des bénéfices en matière de santé qu'un changement de comportement entraînerait, ou méconnaissance du problème et de sa gravité. Par exemple, méconnaissance des modes de transmission du VIH. Il peut également **relever de représentations culturelles, religieuses ou sociales** fortes liées au changement en question (par exemple utiliser un préservatif signifierait qu'on

n'est pas quelqu'un de respectable ou bien qu'on n'a pas confiance dans le partenaire) ou encore d'un **manque de savoir-faire** (par exemple ne pas savoir comment utiliser un préservatif) ;

→ penser des méthodes d'intervention et planifier des activités **adaptées** au contexte socioculturel local ;

→ faciliter la compréhension mutuelle des différents acteurs mobilisés autour des initiatives de MdM (bénéficiaires, agents nationaux et expatriés), notamment lorsque l'**interculturalité** entre en compte.

Les avantages d'une enquête CAP :

→ elle peut se faire auprès d'un **grand nombre d'individus** ;
→ il s'agit d'une méthodologie d'enquête quantitative pour une **récolte d'informations qualitatives** ;
→ si l'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population, **les résultats sont généralisables**.

Les inconvénients d'une enquête CAP :

Elle ne permet pas une approche aussi approfondie que les entretiens. En effet, pour faciliter le traitement des données, les questions sont en général fermées. Il est cependant utile d'y proposer quelques questions ouvertes pour approfondir certains points.

POUR APPROFONDIR,

consulter le guide *Collecte de données, méthodologies qualitatives* (Magali Bouchon) disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net, voir également le blog DSC : <http://mdm-scd.org/>

Si vous souhaitez réaliser une enquête CAP, nous vous conseillons d'utiliser comme base les questionnaires CAP du S2AP en les adaptant en fonction du contexte.

2 / COMMENT ÉTABLIR DES PRIORITÉS ?⁹⁻¹⁰

En général, pour les différentes missions de MdM, les projets d'éducation pour la santé s'intègrent à une thématique déjà retenue comme prioritaire, sur la base de plusieurs critères :

- **gravité** ;
- **fréquence et étendue** du problème ;
- **conséquences** (psychosociales, socio-économiques).

Le volet éducation pour la santé doit contribuer à la réalisation de l'objectif spécifique du programme et un premier **critère de priorisation** est donc de retenir les projets d'éducation pour la santé en fonction de leur degré de contribution à la réalisation de cet objectif spécifique. On ne multipliera pas les thèmes traités en éducation pour la santé (cela n'est pas réaliste), mais on en approfondira un ou deux qui sont cohérents avec le projet global.

Si, sur un thème donné, plusieurs comportements sont en cause et qu'on estime qu'il n'est pas réaliste de vouloir travailler sur l'ensemble de ces comportements en même temps, on pourra adopter les critères de priorisation tels que la fréquence et les conséquences du comportement, les moyens d'action disponibles et les chances de succès (certains comportements sont peut-être moins ancrés et plus faciles à changer que d'autres), pour déterminer sur quel(s) comportement(s) on souhaite orienter l'action en priorité. Dans les projets d'éducation pour la santé, une fois le diagnostic établi, il faudra en plus définir des priorités de recherche et/ou des priorités d'action :

→ **priorités de recherche** si un problème est connu et reconnu comme grave et fréquent, avec des conséquences néfastes en matière de santé, mais que ses divers déterminants n'ont pas tous été identifiés, explorés et compris. Il faudra, par exemple, réaliser une enquête CAP pour approfondir la connaissance du problème ;

→ **priorités de recherche-action** si le problème et ses déterminants sont bien connus et compris, mais qu'il faut identifier des moyens d'action disponibles et réalistes. Par exemple, tester plusieurs interventions possibles pour sélectionner la plus efficace.

→ **priorités d'action** si le problème et ses déterminants sont bien connus et compris et que des moyens d'actions disponibles et réalistes ont été identifiés. Par exemple, prioriser une action d'éducation par les pairs si l'étude du contexte a montré que c'est ce type d'action qui a le plus de chances de réussir (comme dans les cas où la population cible est constituée de personnes marginalisées).

3 / DÉFINIR LA POPULATION CIBLE

On a le plus souvent déjà une idée de la population cible quand on démarre la phase de recueil d'informations, et les focus groups ou les enquêtes CAP sont réalisés auprès d'un échantillon de cette population cible.

Cependant, la phase de diagnostic peut amener à reconsidérer la population cible, et surtout à la préciser : on va la réduire parce qu'on a identifié un groupe à risque prioritaire par exemple, ou au contraire on va souhaiter l'élargir, car il existe une forte interaction avec un autre groupe populationnel.

9. À partir de Bury J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988.

10. À partir de Pineault R et Davely C., *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Agence d'ARC Inc., Montréal, 1986, 480 p.

Quelques principes :

→ ne pas mélanger les enfants et les adultes ;

→ s'adapter au contexte culturel :

ne pas mélanger des groupes si cela les empêche de s'exprimer librement ;

→ sur des contextes pluriethniques il faut adapter, quand cela est possible, les messages aux différentes ethnies (notamment en ce qui concerne la langue).

Si la zone comporte une trop grande diversité ethnique, il faut se demander s'il est pertinent de ne cibler qu'une ou deux ethnies principales, en réfléchissant aux risques de discrimination ethnique.

INTERROGATIONS SUR LA CATÉGORISATION DES POPULATIONS CIBLES

La définition d'un groupe cible semble être un préalable indispensable à toute action. Mais certaines questions doivent être posées : le choix des cibles est-il toujours pertinent ? **Est-il réellement possible de définir des groupes ? Et, surtout, quelles sont les conséquences du ciblage ?** Selon B. Taverne, « désigner un groupe conduit inévitablement à l'exclusion et à la stigmatisation ». Certaines personnes faisant partie d'un groupe cible (population à risque VIH, travailleurs du sexe, toxicomanes, mères d'enfants malnutris...) peuvent se retrouver dans une **position très marginale à la suite du ciblage**. Leur désignation comme groupe cible les place en **position d'accusées**, elles peuvent être suspectées d'apporter la maladie. Le ciblage est une « accusation » de leur conduite présente ou passée qui met en cause leur moralité ou leur mode de vie. La tuberculose dans beaucoup de zones est synonyme de pauvreté, de mauvaise vie. Le ciblage peut être accompagné d'**attitudes de stigmatisation**, voire

d'exclusion. L'identification est donc un processus délicat, il faut se **prémunir contre ses effets secondaires néfastes** : dans les pays où les efforts de prévention portaient principalement sur la transmission hétérosexuelle du VIH, on a considéré que le genre de l'épidémie du sida était féminin, de la même façon que le sida a été vu comme une maladie « gay » en Amérique du Nord. La reconnaissance, dans une perspective de santé publique, que les femmes sont biologiquement et socialement plus vulnérables à l'infection par le VIH s'accompagne d'une tendance écrasante, dans la vision populaire, à sataniser les travailleuses du sexe et les autres femmes « sexuellement immorales », car dangereuses et contagieuses. Il en résulte des effets pervers dans l'intervention : si l'on centre les ressources sur les femmes et le sida, comme il est nécessaire de le faire, on renforce l'impression répandue que le sida est un problème de femmes, détournant ainsi l'attention des rôles et des responsabilités des hommes. Ainsi, aujourd'hui, au Népal par exemple, le sida charrie des connotations raciales, de classes et aussi de genre. En Afrique, les femmes ne veulent pas être vues avec des préservatifs chez elles, car cela signifierait qu'elles se prostituent. Il faut être prudent dans la définition du groupe cible. Le fait d'apparaître comme le destinataire privilégié, et donc le principal concerné, va constituer pour un individu un **processus de différenciation au sein de son groupe**.

2 B

LA PROGRAMMATION

1 / SE FIXER DES OBJECTIFS ET DES RÉSULTATS ATTENDUS

RAPPEL :

Un objectif ou un résultat doit répondre aux questions suivantes :

→ quelle situation veut-on atteindre (quoi) ?	→ en combien de temps ?
→ où ?	→ quelle est la population concernée (qui) ?

On distinguera les objectifs général et spécifique du projet global, l'objectif spécifique du volet éducation pour la santé et les résultats attendus :

Objectif général du projet :

Décrire ce à quoi le projet vise à **contribuer** (ex. : baisse de la prévalence nationale du VIH, diminution de la mortalité infantile...), en précisant où, en combien de temps, et quelle(s) population(s) est (sont) concernée(s).

Objectif spécifique du projet :

Décrire ce que le projet vise à atteindre (ex : diminution de la mortalité infantile par diarrhée, amélioration de l'accès aux soins...). L'atteinte de l'objectif spécifique du projet est souvent impossible dans le seul cadre de l'action d'éducation pour la santé, mais est la résultante des différents volets du projet MdM qui s'intègrent et se complètent dans une démarche de promotion de la santé.

Objectifs éducatifs du volet éducation pour la santé :

Ils peuvent être de différents ordres, en fonction de l'ampleur de l'action d'éducation pour la santé mise en œuvre.

→ **objectif de changement de comportement** : par exemple, augmenter l'utilisation du préservatif chez les travailleurs du sexe ; réhydrater les enfants en cas de diarrhée.

Préciser où, en combien de temps, et pour qui : par exemple, faire que les mères réhydratent leur enfant en cas de diarrhée dans tel district et d'ici un an.

→ **objectif d'acquisition de connaissances par la population** : par exemple, connaître les modes de transmission du paludisme ;

→ **objectif d'acquisition de techniques**

par la population : par exemple, être capable d'imprégner et d'utiliser correctement une moustiquaire.

Résultats attendus :

Ils relèvent des trois champs des **savoirs, des savoir-faire et des savoir-être.**

→ Un savoir développé et acquis :

Exemples : la population concernée connaît les signes qui doivent évoquer une IST et l'alerter, les différents moyens de contraception, elle sait quels sont les modes de transmission du paludisme et de la bilharziose, à quoi servent les vaccins, elle connaît les principes nutritionnels de base. Pour l'évaluer on pourra se baser sur des tests de connaissance (questions avec réponses de type vrai/faux, questions à choix multiples) à réaliser au début et à la fin du programme, ou sur des études de cas pour évaluer les stratégies de résolution de problèmes au début et à la fin du programme.

→ Un savoir-faire développé et acquis :

Exemples : la population concernée utilise correctement un préservatif, prépare correctement une solution de réhydratation orale, réalise correctement des gestes de premier secours. Pour l'évaluer on pourra utiliser des grilles d'observation au début et à la fin du programme. Il n'est pas toujours facile d'observer en situation réelle, et on pourra donc demander aux gens de faire des démonstrations (en utilisant des modèles anatomiques féminins ou masculins pour la démonstration de l'utilisation des préservatifs, des mannequins pour la démonstration des gestes de premier secours, etc.).

→ Un savoir-être développé et acquis :

Exemple : la population concernée sait refuser un rapport non protégé, est capable d'empathie. Pour l'évaluer on pourra utiliser des grilles d'observation au début et à la fin du programme

(on peut observer des jeux de rôle par exemple, où les personnes sont mises en situation).

→ Une pratique développée et acquise :

Exemple : la population concernée fait vacciner ses enfants, adopte la réponse appropriée si un enfant présente une déshydratation, se protège en cas de rapport sexuel à risque.

Pour l'évaluer, on pourra interroger les gens sur ce qu'ils ont fait la dernière fois que la situation s'est présentée (questions évaluant les pratiques des enquêtes CAP).

De manière générale, il faut toujours garder en tête les limites des méthodes d'évaluation retenues : un jeu de rôle ne permet pas d'évaluer les pratiques réelles des gens. En effet, en situation de jeu de rôle, une personne montrera par exemple qu'elle maîtrise une argumentation pour refuser un rapport non protégé, mais cela ne garantit pas qu'elle puisse le faire dans la vie réelle. En effet, dans un jeu de rôle, la personne se met en scène, joue, ce qui lui permet de prendre ses distances avec un certain nombre d'obstacles, tels que la pression sociale, la pression culturelle, etc. Cependant, en situation réelle, ces barrières pourront resurgir et inhiber la personne, qui, même si elle maîtrise un discours, n'osera pas l'énoncer. Il faut donc avoir bien conscience des limites de ce qu'on évalue et ne pas extrapoler nos résultats à ce qui n'est pas évaluable avec la méthode utilisée.

N.B. : Une enquête CAP réalisée à la fin du projet, que l'on compare à une enquête CAP baseline réalisée avant la mise en place du projet, permet d'évaluer les résultats dans les trois champs des savoirs, savoir-faire et savoir-être.

2 / DÉFINIR DES INDICATEURS POUR LES OBJECTIFS ET LES RÉSULTATS

RAPPEL :

Un indicateur est une **mesure quantitative ou qualitative, vérifiable, qui décrit l'état ou le changement d'état par comparaison dans le temps, et qui permet d'apprécier des écarts par rapport à une baseline, une valeur de référence, une cible à atteindre.** L'indicateur lui-même n'est pas chiffré mais est complété par la définition d'une cible à atteindre et par la baseline quand elle est disponible.

De manière générale, un indicateur et sa cible doivent être **SMART :**

Spécifique
Mesurable
Atteignable
Rélevant (pertinent)
défini dans le **T**emps

Exemples d'indicateurs en éducation pour la santé :

→ Pourcentage de la population connaissant une information :

cet indicateur est mesurable par des questionnaires. On peut le comparer à une baseline en réalisant un questionnaire avant et un questionnaire après l'action. On peut se fixer une cible à atteindre et mesurer l'écart restant. Par exemple : questionnaire avant/après sur les modes de transmission du VIH, ou bien sur les signes d'alerte d'une IST, ou bien sur les différents moyens de contraception possibles, etc.

→ **Pourcentage de la population connaissant le comportement recommandé.** L'information peut être à propos d'un comportement : par exemple, ne pas avoir de rapport sexuel non protégé.

→ **Pourcentage de la population déclarant vouloir adopter ce comportement.** Souvent, même si les comportements recommandés sont connus, la population ne se déclare pas forcément prête à les adopter. Il est donc intéressant de rechercher le pourcentage de la population déclarant vouloir adopter ce nouveau comportement.

→ **Pourcentage de la population adoptant effectivement le comportement recommandé.** Le fossé étant souvent important entre connaissance et pratique, il est très utile bien évidemment de questionner sur les pratiques réelles des gens. Cela dit, nous ne recueillerons que leurs déclarations sur leurs pratiques (nous ne pourrions pas les vérifier en situation réelle), et il existe un biais bien connu, qui est le biais de « désirabilité sociale », les personnes répondant ce qu'elles pensent être la réponse attendue par l'enquêteur, et non la réponse reflétant ce qu'elles font véritablement. Les données déclaratives sont donc toujours à interpréter avec prudence.

→ **Pourcentage de la population maîtrisant un savoir-faire.** On peut le mesurer par des grilles d'observation (objectif) ou par des questionnaires (mais attention alors à la subjectivité des réponses !). Par exemple : observer comment une femme prépare une solution de réhydratation orale, avant et après une action. Ou bien lui demander si elle sait préparer une solution de réhydratation orale au début et à la fin (mais on se base alors sur du déclaratif, du subjectif !). Autres exemples de savoir-faire à évaluer : préparation d'un repas équilibré, utilisation du préservatif, bonne utilisation des moustiquaires, etc.

→ **Représentation d'une maladie, d'un traitement, de la relation homme-femme, etc.** On peut l'évaluer par une enquête CAP, par un focus group, ou encore par un entretien. Ici aussi, il est utile de réaliser une évaluation au départ et à la fin du projet, pour mesurer l'évolution des représentations. Par exemple : le VIH est ressenti comme une maladie à vocation punitive au début d'une action, et ne l'est plus à la fin. Autre exemple : dans un programme de lutte contre les violences faites aux femmes, une action d'éducation pour la santé va viser entre autres à modifier les représentations de la relation homme-femme. Perçue comme une relation dominant-dominée au départ, on cherche à faire évoluer les représentations pour qu'elle soit perçue comme une relation d'égal à égal à la fin. On évaluera cette représentation au travers de focus groups, d'entretiens, d'enquêtes CAP.

→ **Attitude envers une population stigmatisée.** On peut l'évaluer au travers de questionnaires CAP, ou de jeux de rôle, en ayant conscience des limites de l'évaluation par jeu de rôle (il ne permet pas d'évaluer les pratiques réelles des gens). Par exemple : réaliser un jeu de rôle pour mettre en scène les réactions spontanées envers une personne séropositive et suivre l'évolution après une action d'éducation pour la santé autour du thème de la stigmatisation.

3 / DÉFINIR UNE STRATÉGIE BCC

Une stratégie BCC, comme on l'a vu plus haut, vise en plus des actions d'IEC à créer des conditions environnementales favorables au changement de comportement (action sur les politiques publiques, sur l'organisation du système de santé, plaidoyer, etc...). On recherchera en effet à construire une stratégie répondant à un objectif global de promotion

de la santé. Cependant, la partie concernant les actions au niveau de l'environnement macro ne sera pas présentée ici. On présentera en revanche les différents moyens d'IEC disponibles pour lever les obstacles aux changements de comportement à un niveau individuel ou de groupe (travail sur les savoirs, savoir-faire et savoir-être).

Quelle(s) méthode(s) d'IEC en fonction du contexte ?

On choisira une ou plusieurs méthodes, en fonction de la population cible (adéquation de la méthode à la population cible), de l'approche choisie (selon que l'on souhaite mettre l'accent sur une approche informative, responsabilisante ou participative), des résultats attendus et des contraintes (contraintes de temps, moyens disponibles limités).

POINT CLÉ

MULTIPLIER LES MÉTHODES DE COMMUNICATION

Il est toujours préférable de multiplier les méthodes de communication. Pour le public, la multiplicité des sources augmente la crédibilité et la fiabilité du message. Cela permet également de renforcer le message et d'en favoriser son appropriation. Cependant, attention à ne pas utiliser des canaux qui discréditeraient le message. Selon les pays et les contextes, ce ne sont pas forcément les mêmes énonciateurs qui sont considérés comme fiables. Une chaîne de télévision peut être perçue comme une source d'information valide, ou au contraire comme une source d'information non fiable et manipulatrice, en fonction du contexte. Une bonne connaissance du contexte est donc nécessaire pour savoir quels sont les énonciateurs considérés comme les plus légitimes par la population que l'on cherche à atteindre.

RÔLES ET PLACES DE L'ÉNONCIATEUR / ÉMETTEUR

Une femme peut-elle représenter un personnage central, une héroïne pour présenter un conseil ? Le choix de représenter un enfant comme personnage central pour dénoncer des violences conjugales est-il pertinent quant on sait que, dans de nombreuses sociétés, l'enfant n'a tout simplement pas droit à la parole ?

Attention ! On invite, dans le type discours, à suivre l'exemple ou le conseil d'une personne représentée sur l'affiche mais sans préciser qui elle est ni pourquoi il faut suivre son exemple. Or, la légitimité de l'énonciateur compte tout autant, voire plus, que le message lui-même.

Les savoirs scientifiques se heurtent aux savoirs populaires pragmatiques basés sur l'expérience des énonciateurs.

Lors de la création d'outils ou d'un recrutement pour des communications interpersonnelles, il est fondamental de se demander quels sont les rôles, les places, les statuts donnés aux émetteurs. Par la voix de qui parlent-ils ? Dans les messages, on peut voir transparaître la voix de la science, celle du bon sens ou de la bonne conscience, celle du sens commun, voire la voix de l'enfance. On peut trouver ainsi des outils, créés dans le milieu scolaire, dans une démarche d'éducation à la santé à l'école. Le principe étant, outre de former un futur adulte autonome et responsable sur des problèmes de santé, de faire remonter l'information aux adultes par la voix de l'enfant : « On l'a vu en classe Maman, ne prend pas le risque ! ». Or, dans beaucoup de sociétés, notamment africaines, l'enfant n'est pas en position (sociale,

d'autorité...) de donner une information à des adultes.

Ce point n'est pas à négliger car des rôles et des places vont être assignés par les populations aux émetteurs. Pour un même message, la réception ne sera pas la même en fonction de l'énonciateur : **certaines personnes sont plus porteuses de vérité que d'autres** (par leur expérience, par ce qu'elles représentent, par leur histoire, par leur charisme, etc.). Là encore, le rôle et la crédibilité que l'on attribue aux émetteurs dépendent de la culture des destinataires : dans les sociétés où l'expérience est valorisée, quel crédit sera accordé au message d'une campagne de vaccination énoncé par une star du foot ? Pour chaque thème d'intervention, **il faut absolument comprendre qui est considéré comme le mieux placé pour en parler**. Les rôles et les places qui vont être attribués sont fondamentaux dans les communications socio-éducatives, car ils contribuent à la légitimité et à la crédibilité du message et de l'institution qui les porte. De plus, ils contribuent, dans le cas des communications interpersonnelles, à créer un lien social dans lequel les destinataires peuvent passer de passifs à actifs, par la confiance attribuée à l'émetteur.

Un bon choix de l'énonciateur va permettre aussi, en situation de communication interpersonnelle, **d'accommoder le message**, en construisant le discours et les pratiques à partir d'éléments de son expérience : cela permet d'attribuer du sens, autant pour les émetteurs que pour les populations cibles, à des préconisations qui parfois supposent des conduites éloignées de l'environnement culturel local et des modes d'être et de faire ordinaires.

Le modèle médical nécessite des adaptations pour être traduit en pratiques, surtout si ce modèle de soins a été élaboré loin de son contexte local de mise en œuvre. **La proximité de l'énonciateur** avec les bénéficiaires, en termes culturels, sociaux, de genre, d'âge, etc., permet d'adapter les messages au plus proche de la réalité des cibles. **La connaissance des expériences de vie/du passé** des professionnels ou des bénévoles pour les communications de proximité est centrale pour comprendre comment le message va être transmis et adapté, et comment vont se réaliser les séances, celles-ci étant incarnées par un individu.

Les attitudes des individus peuvent changer en fonction de la présence réelle ou subjective des autres. **C'est le processus d'influence sociale** qui se rattache à des notions telles que l'éducation, l'imitation, le conformisme, l'obéissance, le leadership, la persuasion. L'influence sociale est prépondérante dans une société qui contraint l'individu à agir selon des normes sociales : on parle d'influence normative pour exprimer l'attitude de se conformer aux attentes des autres sous peine de « punition » sociale (être victime de rejet ou d'hostilité, peur d'être isolé). C'est ce sens de la soumission à la pression du groupe qui fait que l'individu contrôle son comportement extérieur (les femmes assistant à des séances de sensibilisation sont parfois accusées de vouloir vivre à l'européenne). **Si l'influence est prépondérante, il faut alors identifier les personnes qui en ont :**

→ personnes vues comme une source de connaissances (les anciens, les femmes ayant eu beaucoup d'enfants, les tradithérapeutes, les matrones...)

→ personnes vues comme une source d'intelligence (les professeurs, les médecins...)
→ personnes bénéficiant d'un statut important, de prestige (chefs, leaders d'opinion, belles-mères, gardiennes)
→ ...

L'éducation par des professionnels de santé

(Entretiens individuels et de groupe avec utilisation de techniques d'animation et d'outils variés)

L'ÉDUCATION PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX)

Pour quelle population ?

L'éducation pour la santé concerne tout type de population, qu'il s'agisse de personnes malades ou non. Dans un projet d'éducation du patient, c'est-à-dire auprès de personnes malades (ex : conseils de prévention pour des personnes vivant avec le VIH, conseils de nutrition pour des personnes diabétiques), le niveau de spécialisation requis étant plus élevé, le professionnel de santé apparaît souvent aux patients comme le plus légitime et le plus apte à répondre à leurs questions et à leurs angoisses éventuelles. Cela étant, les professionnels de santé ne sont pas les seuls à pouvoir œuvrer dans le champ de l'éducation du patient, et d'autres approches, comme **l'éducation par les pairs et la médiation en santé**, peuvent s'avérer très utiles et complémentaires, et répondre à d'autres besoins (écoute, compréhension, soutien, transmission de savoirs profanes acquis par les malades, etc.).

En accord avec quel type d'approche ?

Il est préférable qu'une action d'éducation par des professionnels de santé s'inscrive dans une **démarche informative et responsabilisante** plutôt que dans une démarche injonctive. Il est tout à fait possible d'y associer une démarche participative de par le type d'outils et de techniques d'animation utilisés : outils et techniques interactifs, favorisant la participation de chacun.

Quelles contraintes ?

Une action d'éducation par des professionnels de santé **nécessite d'avoir des professionnels de santé formés aux techniques d'animation et aux outils**. Attention aux écueils : les soignants peuvent être tentés de dispenser des messages très médicaux, au risque de ne pas prendre en compte les autres dimensions (sociales, culturelles, religieuses) de la santé.

L'éducation par les relais communautaires

(Entretiens individuels et de groupe avec utilisation de techniques d'animation et d'outils variés)

Qui sont les relais communautaires ?

→ **un agent de santé communautaire**, qui joue un rôle d'intermédiaire entre la communauté dont il est issu et les institutions de santé. Selon les pays et les régions, son statut et ses fonctions peuvent varier : du bénévole qui contribue à faire connaître et utiliser les services de santé au sein de sa communauté au salarié du système de santé impliqué dans les soins.

→ **un médiateur en santé**. La médiation est une démarche visant la résolution de conflits entre personnes par l'intervention et

la neutralité d'un tiers. Le médiateur en santé cherche à équilibrer les rapports de pouvoir en jeu dans la relation soignant-soigné. Parfois une médiation interculturelle en santé est également nécessaire. Le médiateur est alors de préférence de la même origine socioculturelle que le patient, et a par ailleurs une bonne connaissance du milieu médical. Il permet de faciliter la compréhension en levant les obstacles linguistiques et culturels éventuels.

L'ÉDUCATION PAR LES RELAIS COMMUNAUTAIRES

Pour quelle population ?

Les relais communautaires jouent un rôle particulièrement important au sein des populations vulnérables en matière de santé. Ils permettent d'atteindre des populations géographiquement isolées des systèmes de soins ou des populations minoritaires ne partageant pas la même langue ni la même culture que la population générale, et pour lesquelles une traduction et une médiation culturelle sont nécessaires.

En accord avec quel type d'approche ?

Les médiateurs en santé pourront utiliser tous types d'approches, excepté l'approche injonctive, qui ne relève pas de la médiation. Ils peuvent venir en appui à une action d'éducation pour la santé réalisée par un professionnel de santé, en étant présents à l'entretien, à la réunion ou à l'atelier, et en levant les obstacles culturels à la compréhension du message et en facilitant son appropriation par la population cible. Ils peuvent également porter eux-mêmes des projets d'éducation pour la santé, en organisant des activités d'éducation pour la santé et en transmettant des messages au sein d'un quartier ou d'un groupe, tout en bénéficiant de leur légitimité de « médiateur en santé »

auprès de la population.
Les agents de santé communautaire pourront utiliser tous types d'approche, sachant qu'elles seront plus ou moins bien acceptées par la population cible en fonction du crédit et de la légitimité accordés à l'agent de santé communautaire dans le lieu considéré.

Quelles contraintes ?

Il faut du temps et des ressources pour former les relais communautaires et pour implanter le projet.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- Document « Le rôle des agents de santé communautaire », document S2AP (Marie-Agnès Marchais), disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net
- Site Internet de l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, colloque « Médiation en santé publique »
- Site Internet des Journées de la prévention 2008 de l'Inpes, session 7, « La médiation interculturelle en santé »

L'éducation par les pairs

(Entretiens individuels et de groupe)

Qu'est ce qu'un pair ?

Le pair est une personne partageant avec une autre de nombreuses caractéristiques communes : âge, sexe, intérêts, langue, emploi du temps, aspirations, parfois état de santé (par exemple personne vivant avec le VIH ou personne diabétique). Le pair va s'adresser à un individu ou à un groupe pour transmettre des savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires au changement de comportement.

Le pair n'est pas une figure d'autorité (professeur, chef de village, agent de santé communautaire) mais, de par son statut similaire à celui de l'individu ou

du groupe auquel il s'adresse (effet miroir), il va faciliter la communication et les échanges dans un climat de confiance et favoriser les changements de comportements. Le pair peut s'adresser à un autre pair en entretien individuel ou à un groupe de pairs (il peut s'appuyer sur des techniques d'animation et sur des outils). Il agit à un niveau individuel et de groupe, pour tenter de lever les obstacles au changement, individuels et de groupe. En revanche, il n'agit pas au niveau des obstacles environnementaux, pour lesquels on fera appel à d'autres stratégies (plaidoyer par exemple...).

L'ÉDUCATION PAR LES PAIRS

Pour quelle population ?

Développer une action d'éducation par les pairs est particulièrement adapté et recommandé lorsqu'on souhaite atteindre certains groupes de population plus isolés, plus vulnérables ou plus stigmatisés (ex : personnes vivant avec le VIH, homosexuels, etc.).

En accord avec quel type d'approche ?

L'action d'éducation par les pairs s'inscrit plus particulièrement dans une démarche participative, même si elle reprend aussi les approches informatives et responsabilisantes. Elle est donc très utile lorsqu'on veut instaurer une dynamique participative, en favorisant l'implication des individus et l'appropriation des problèmes de santé par la communauté.

Quelles contraintes ?

Une action d'éducation par les pairs nécessite d'avoir du temps devant soi (au moins deux ans), le temps de recruter, de former les pairs et d'implanter le projet. Elle nécessite aussi d'avoir des pairs intéressés, et d'avoir les moyens de les former.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- « How to create an effective peer education project », AIDSCAP handbook, FHI
- Fiche pratique « Peer education », document S2AP disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net

Les médias

LA COMMUNICATION DE MASSE

Pour quelle population ?

Pour tout public. Très utile si on veut atteindre rapidement un grand nombre de personnes. Pour atteindre des populations spécifiques, on peut utiliser la presse spécialisée, la presse ou la radio locale, et choisir de faire passer les messages lors d'une émission spécifique.

En accord avec quel type d'approche ?

La communication de masse s'inscrit dans une démarche informative. C'est une communication indirecte : il n'y a ni agent de santé ni pair pour communiquer directement le message à la population. Cependant, il y a tout de même un énonciateur, et le message ne sera pas reçu ni perçu de la même manière selon que l'énonciateur est un personnage fictif ou réel, qu'il se réclame d'une institution particulière (ministère, hôpital, école, association religieuse ou culturelle...), d'une profession (médecin, chercheur, professeur...), qu'il s'agisse d'une personne âgée, d'une mère, d'un enfant, etc. Il est très important dans un contexte donné et pour une population cible donnée d'étudier quels sont les critères que doit remplir un énonciateur pour apparaître comme légitime. Dans une même ville, deux groupes

socioculturels différents n'auront pas les mêmes critères pour décider de la légitimité d'un énonciateur. Là encore, il est donc primordial de bien connaître le groupe auquel on s'adresse. Elle est aussi très utile lorsqu'on veut renforcer ou rappeler un message (par exemple dans le cadre d'un programme long terme). De nature informative à la base, le contenu du message va délimiter les contours de l'approche : ainsi, un message peut être également en soi responsabilisant ou inciter à une démarche participative en santé. L'utilisation des médias peut aider à rendre le message crédible lorsque les médias sont considérés comme des sources fiables dans la zone donnée. Inversement, certains médias de masse sont déconsidérés, car associés à un état corrompu.

Quelles contraintes ?

Une action de communication de masse nécessite de se renseigner sur les médias (radio, presse, télévision) présents dans la région, de savoir quelle attention ils accordent aux sujets ayant trait à la santé, d'établir des partenariats avec eux et d'avoir des ressources financières à disposition (achat d'espaces).

POUR EN SAVOIR PLUS :

- « Behaviour change through mass communication », AIDSCAP handbook, FHI

L'éducation en milieu scolaire

L'ÉDUCATION EN MILIEU SCOLAIRE

Pour quelle population ?

Pour les enfants et les jeunes scolarisés ; elle peut aussi se réaliser avec les parents d'élèves.

En accord avec quel type d'approche ?

L'éducation en milieu scolaire peut s'inscrire dans des démarches **informative, responsabilisante et participative**. Elle peut être uniquement informative, si les activités mises en œuvre ne sont que des activités d'information. Elle peut être responsabilisante, si les activités utilisent des techniques d'animation et des outils interactifs qui font réfléchir les enfants sur les conséquences de leurs comportements sur leur santé. Enfin, elle peut être participative, si les enfants sont encouragés à entreprendre des actions collectives pour améliorer leur santé ou celle de leur famille et de leur environnement.

Quelles contraintes ?

Une action d'éducation en milieu scolaire **nécessite du temps pour établir des partenariats avec l'Éducation nationale, pour inscrire le projet dans le temps de l'année scolaire**, etc.

POUR EN SAVOIR PLUS :

– Broussouloux S. et Houzelle-Marchal N., *Éducation à la santé en milieu scolaire*, éditions Inpes, 2006.

POINT CLÉ

SAVOIR S'APPUYER SUR DES PERSONNES INFLUENTES POUR RELAYER LES MESSAGES

Les messages transmis par des personnes influentes ont plus de poids. Il est donc utile de s'appuyer sur ce vecteur, quel que soit la ou les méthode(s) de communication retenue(s). Dans un contexte donné, il est utile de pouvoir identifier quelles sont les personnes influentes et de les solliciter pour appuyer ou relayer le message. En fonction du contexte, les personnes influentes peuvent être des artistes, la présidente de l'association des femmes, les représentants des autorités locales ou religieuses, les professeurs des écoles, les professionnels de santé, les agents communautaires, etc. **Très souvent, une personne influente l'est de par son expérience, qui vient légitimer ses messages. Elle est alors identifiée comme une personne qui sait de quoi elle parle, et les populations ont plus tendance à croire ceux qui parlent en ayant de l'expérience que ceux qui parlent sans expérience.**

Quels partenariats ?

La démarche de partenariat est la même que dans tout programme MdM. Pour les projets d'éducation pour la santé, il peut être particulièrement intéressant de développer des partenariats avec :

- le milieu scolaire ;
- le milieu associatif local ;
- les médias (pour relayer les messages éducatifs).

4 / TESTER LES OUTILS

Dans les projets d'éducation pour la santé, on est amené à concevoir plusieurs outils :

→ outils servant au diagnostic : outils de recueil de données, tels que les questionnaires d'enquête CAP ;
→ outils d'éducation pour la santé, construits autour de messages, parfois autour d'images également.

Il est très important de tester les outils.

En ce qui concerne les outils servant à recueillir des données et à alimenter le diagnostic, les tester permet d'optimiser au mieux le recueil en termes de validité et de richesse des informations recueillies. Par exemple, tester un questionnaire d'enquête CAP permet de vérifier :

- son **bon fonctionnement** (cohérence des filtres) ;
- la **bonne compréhension** des questions et qu'une même question ne peut être comprise de plusieurs manières différentes. Cela permettra de s'assurer que les données recueillies ne seront pas biaisées par la formulation même des questions ;
- **qu'on n'a pas oublié de questions importantes**. Cela permettra de compléter le questionnaire si besoin et de ne pas passer à côté de données importantes.

En ce qui concerne les outils d'éducation pour la santé, les tester est également primordial. La création des outils d'éducation pour la santé doit se faire sur une connaissance précise des représentations, du contexte et de l'organisation socioculturelle du public visé.

LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

→ **les représentations culturelles (et les mots pour les dire : la langue) des populations et des émetteurs sur le sujet abordé : la représentation de la violence est-elle la même pour le public ciblé que pour**

les professionnels qui élaborent un message de sensibilisation ? Quels mots sont utilisés pour parler de la violence dans une société donnée ? ;

→ **les codes culturels conscients ou inconscients qui donnent du sens (explicite ou implicite) aux messages : dans le système culturel birman, quels sont les signes (flèches, idéogrammes, couleurs, gestes...) habituels pour représenter le risque ? ;**

→ **le contexte socioculturel et l'organisation (structure de la famille, type d'activité par genre, rapport d'autorité...)** : les populations ont-elles toujours les moyens de mettre en œuvre les conseils ou injonctions dispensés dans les messages ? (affiche sur le lavage des mains au savon dans des écoles où il n'y a pas d'eau).

Prenons un exemple, rapporté par B. Taverne¹¹ : au Burkina Faso, la formule employée dans les messages de sensibilisation contre le sida se présente sous la forme de l'alternative : « fidélité ou capote ». Si le second terme ne prête à aucune confusion puisqu'il désigne un objet, quelle va être la signification que vont attribuer les populations au terme de « fidélité » ? Ce message est une injonction à un comportement sexuel précis qui semble aller de soi puisqu'il n'est même pas expliqué, or quelle signification les populations (pour certaines polygames) attribuent-elles au terme « fidélité » ? Quelle place ce concept occupe-t-il pour elles parmi l'ensemble de normes et de valeurs qui régissent les relations hommes/femmes ? On doit s'interroger sur la signification accordée à un terme dans le domaine de la sexualité comme dans tout autre domaine en **tenant compte du cadre social et culturel**

11. Taverne B., « Valeurs morales et messages de prévention : la fidélité contre le sida au Burkina Faso. », communication au colloque international « Sciences sociales et sida en Afrique : bilan et perspectives », 4 - 8 novembre 1996, Saly Portudal - Sénégal, pp. 527-538.

dans lequel le comportement s'inscrit.

Il est important de **tester la forme de l'outil** : est-il adapté pour une population donnée et dans un contexte donné de communiquer par le biais d'une affiche, d'une brochure, d'une pièce de théâtre ? Certains outils (comme le théâtre, le jeu de l'oie) sont propres à certaines cultures et peuvent ne pas être adaptés dans certains contextes, car ils solliciteront l'attention du public pour la forme, nouvelle en soi (le jeu en question, le théâtre), et non pour les messages qu'ils chercheront à transmettre. Dans d'autres contextes cependant, ils pourront être exploités avec succès même s'ils n'étaient pas familiers à la population auparavant. Il n'y a pas de règle absolue, mais il est important de s'interroger sur l'outil en lui-même : **est-il connu, familier de la population ? Quelles représentations lui sont associées ? Est-il exploitable dans le contexte donné ?**

Il est également vivement conseillé de **tester les messages** transmis par l'outil, qu'il s'agisse de texte ou d'image. En effet, **l'utilisation de mots ou d'une image repose sur des codes propres à chaque culture et à chaque groupe social.** Une même image ou un même message pourront être interprétés différemment selon le groupe socioculturel. Les mots, les photographies, les objets, les lieux ou encore les gestes sont des signes (dans l'idée qu'ils indiquent une information) qui puisent leurs significations dans tous les aspects de la culture et de la vie sociale : dans les messages, la présence d'un objet, les caractéristiques d'un lieu, le geste d'un personnage sont porteurs d'informations, de sens, qui dépassent parfois la fonction d'usage de l'objet. Ainsi, la représentation d'une seringue peut évoquer soit une thérapeutique (un vaccin par exemple) soit une pratique à risque (injection d'héroïne). De même, la représentation d'un policier sur une affiche de sensibilisation contre les violences faites aux femmes peut signifier soit une protection (la notion de sécurité, de justice), soit une forme d'agression (violences policières, corruption..).

Selon les sociétés, les phrases ne sont pas construites de la même manière, les mots pour dire quelque chose ne sont pas les mêmes (au-delà du problème de la langue et de la traduction bien entendu). Cela nécessite alors de connaître le mode de communication verbale d'une population. **Quelle langue utiliser ? Quel dialecte choisir dans des contextes de pluriethnicité ? Quels niveaux de langage, de vocabulaire technique peut-on employer ?** Est-ce stratégique de parler de la violence comme d'un problème de santé publique (affiche de l'OMS) lorsque l'on s'adresse à des femmes victimes de violences ? **Et quel mode d'interpellation utiliser ?** Une affiche, conçue en France, d'un homme au téléphone et tournant le dos aux destinataires, avec pour légende « Tu es nul si tu la frappes », a suscité une forte incompréhension dans le contexte haïtien. Du fait de son mode d'interpellation incorrect (il ne regarde pas ses destinataires) et des mots choisis impliquant un jugement, l'affiche a été rejetée par ceux qu'elle ciblait. Dans certaines cultures, pour dire que « tout va bien », le mot ou l'expression sera associé à un geste ou à un bruit. De même, pour signifier « être en bonne santé », on trouvera selon les zones des expressions telles que : « être en paix », « être en équilibre », etc. Les messages reprenant ces expressions et ces gestes seront alors plus facilement intériorisés, car « ressemblant » plus à la réalité langagière. Le langage verbal, lorsqu'il s'exprime par l'écrit, est aussi une source de discrimination, puisqu'il approfondit considérablement la différenciation entre les lettrés et les non-lettrés. Il est également intéressant de demander aux gens à qui, selon eux, le message est adressé. Dans les messages, on présente une réalité à un individu en tenant compte de sa capacité à fusionner avec l'image : image d'une femme allant se faire vacciner, d'une personne dormant sous une moustiquaire, d'une personne se lavant les mains... Cela suppose qu'il puisse se reconnaître derrière la représentation.

Par exemple, en considérant que la manière dont on s'habille indique aussi la place qu'on occupe dans la société, il faut connaître les codes vestimentaires de la classe sociale que l'on cible (blouse de travail, costume-cravate/tailleur, boubou...). En effet, certaines campagnes échouent parce que la cible du message ne se sent pas concernée, car elle peut ne pas se reconnaître dans la forme de l'outil, dans les mots ou les images utilisés.

On se rend donc bien compte de la nécessité de tester nos outils pour vérifier que les codes utilisés seront bien compris et interprétés de la façon souhaitée. Un proverbe ou une comparaison ont du sens dans une culture donnée mais sont opaques dans une autre. La création de ces outils doit se faire alors sur **une connaissance précise des sens et des codes donnés à des objets spécifiques par une culture.** Ainsi, de très nombreux critères entrent en compte dans la compréhension et l'appropriation du message et mieux vaut tester les outils avant de les utiliser, afin d'éviter des mauvaises interprétations, des effets pervers potentiels, et afin d'éviter que le public cible ne se sente pas concerné.

Quelques conseils pratiques pour tester les outils :

- tester les outils **en entretien individuel ou en focus group.** Plusieurs versions peuvent être testées et comparées ;
- tester la **compréhension** du message, et chercher à savoir s'il est **recevable et culturellement adapté.** On testera également **l'impression générale** dégagée par l'outil (positive/négative, claire/confuse, enthousiaste/neutre, etc.) ;
- tester un outil dans sa **globalité** : pas uniquement les messages **écrits**, mais aussi les **images**, la **musique** s'il y en a, la **forme**, etc. ;
- demander aux participants leurs **suggestions d'amélioration**, cela est toujours très utile.

Ne pas oublier de :

- préparer le matériel à l'avance : copies des brochures pour tous les participants du focus group ; vérifier le matériel audio et/ou vidéo si besoin (le test doit se faire dans de bonnes conditions) ;
- pour les posters et les jeux de cartes, couvrir les mots avec des Post-it pour recueillir les réactions sur les illustrations en premier lieu ;
- **préparer un questionnaire de test ou un guide d'entretien** à l'avance ;
- pour les **documents écrits** : tester la **lisibilité** ;
- évaluer le niveau scolaire associé. Plus il y a de mots de plus de trois syllabes et plus celui-ci est élevé (cf. méthode SMOG dans le guide AIDSCAP*). Si le niveau scolaire associé est trop élevé, il peut être judicieux de réécrire le document en utilisant un vocabulaire plus simple.

On peut même tester le test :

Il est toujours utile de tester le questionnaire de test auprès de quelques personnes pour s'assurer de la pertinence des questions et de leur compréhension, et pour s'assurer que la formulation des questions permet des réponses libres et honnêtes.

– Cf. *How to conduct effective pretests*, AIDSCAP handbook, FHI, 1994.

2020

LA MISE EN ŒUVRE

➤ Un point est particulièrement important : il est nécessaire de se donner les moyens de faire des ajustements. Rapportez-vous à la démarche de planification en général¹².

1 / AJUSTEMENT DU PROGRAMME

→ **se donner du temps (le prévoir et le formaliser)** pour réfléchir aux besoins d'ajustement ;

→ évaluer ces besoins par le **feedback des bénéficiaires** (organiser des focus groups et des entretiens individuels) ;

→ évaluer les besoins d'ajustement par **l'observation des séances d'éducation pour la santé** (demander à un membre de l'équipe de jouer le rôle d'observateur neutre).

2020

L'ÉVALUATION

➤ On distingue l'évaluation des processus de celle des résultats.

1 / ÉVALUATION DES PROCESSUS

L'évaluation de processus (ou évaluation formative) s'intéresse à la comparaison entre le déroulement opérationnel des activités, l'utilisation des ressources, les participations partenariales et communautaires prévus du programme et leur déroulement réel.

Si vous avez choisi une démarche participative, vous pouvez évaluer si le processus est réellement participatif en demandant à quelqu'un (un membre de l'équipe par exemple) de jouer le rôle d'observateur.

Il est important de prévoir et de formaliser des temps pour l'évaluation.

2 / ÉVALUATION DES RÉSULTATS

L'évaluation de résultats s'intéresse à la comparaison entre les produits/outputs (nombre de sessions d'éducation pour

la santé, nombre de brochures, etc.) du programme et les résultats attendus fixés initialement : par exemple, **l'acquisition de connaissances, l'acquisition de savoir-faire, les changements d'attitude et de comportements, l'amélioration de l'état de santé.**

On évalue l'atteinte des objectifs que l'on s'est fixés au départ.

Remarque : il est très difficile d'atteindre un objectif spécifique, tel qu'une diminution de prévalence ou d'incidence dans une zone géographique donnée grâce à une seule action d'éducation pour la santé et ce pour plusieurs raisons. Les actions d'éducation pour la santé jouent indirectement sur l'état de santé en passant par la modification des comportements ; les changements de comportements **prennent du temps, et leur impact sur l'état de santé est rarement visible dans des délais courts** ; enfin, une modification de l'état de santé résulte d'un **faisceau d'actions**, et il sera donc difficile d'imputer une modification de l'état de santé à une action seule d'éducation pour la santé.

¹². Les documents relatifs à la méthodologie de planification de projets sont disponibles sur l'intranet de Médecins du Monde, ou à la demande à s2ap@medecinsdumonde.net.

Les outils pour évaluer les résultats attendus :

L'enquête CAP

À comparer avec l'enquête CAP

initiale pour évaluer les connaissances, les représentations, les pratiques.
Par exemple, réaliser une enquête CAP sur la diarrhée avant et après une action d'éducation sur cette thématique : représentations (causes supposées, conduite à tenir supposée et pourquoi), connaissances (qu'est-ce qui cause la diarrhée, quels en sont les risques, quel est le traitement recommandé ?), pratiques (qu'a fait la personne la dernière fois que son enfant a eu la diarrhée ?).

Les tests « vrai/faux »

Questions à choix multiples et études de cas pour évaluer l'acquisition de connaissances et le développement de stratégies de résolution de problèmes : à faire avant et après le programme ; et pendant pour réajuster éventuellement.
Par exemple, proposer un test « vrai/faux » sur les moyens de prévention du paludisme au début et à la fin d'un programme. Ou proposer une étude de cas à des mères sur la conduite à tenir si un jeune enfant a de la fièvre, au début et à la fin d'un programme.

Les grilles d'observation

Pour évaluer des savoir-faire et des savoir-être, observer au début et à la fin du programme, et pendant pour réajuster éventuellement.
Observer en situation réelle, ou lors de jeux de rôle ou de démonstrations.

Par exemple :

→ demander aux gens de faire une démonstration de l'utilisation du préservatif avant et après un programme d'éducation sur le VIH ;

→ réaliser un jeu de rôle avant et après un

programme, en ayant conscience des limites de l'évaluation (un jeu de rôle ne permet pas d'évaluer les pratiques réelles des gens) :
– par rapport à une situation de violences conjugales : une femme battue cherche de l'aide auprès d'une amie. Comment celle-ci réagit-elle ? Deux volontaires jouent la scène ;
– sur le thème du VIH et de la discrimination : vous apprenez que votre frère/marchand de légumes/voisin est séropositif et vous le revoyez pour la première fois. Deux volontaires jouent la scène ;

→ observer en situation réelle avant et après un programme si des moustiquaires sont installées dans divers foyers, et si oui, comment elles le sont.

Cf. « Assessment and monitoring of BCC interventions », AIDSCAP handbook, FHI

POUR ALLER PLUS LOIN :

Pour vous aider à évaluer vos outils d'intervention en éducation pour la santé, vous pouvez consulter : Lemonnier F., Bottéro J., Vincent I., Ferron C. *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*. Inpes 1997. Grille d'analyse disponible au téléchargement. Pour vous aider à évaluer vos interventions en promotion de la santé, vérifier le respect des points clés et la cohérence, vous pouvez consulter les documents suivants :

– l'outil Preffi : c'est un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, présenté sous forme de questionnaire, de maniement facile ;

– l'outil Promotion santé suisse de catégorisation des résultats : c'est un outil présenté sous forme de tableau, dont le but est de vous aider à catégoriser vos résultats attendus et à en vérifier la cohérence et la logique interne. L'utilisation de cet outil suppose un premier temps d'appropriation ;



3A

PAGE 55

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR

- 55 1/ L'affiche
- 56 Exemples d'affiches s'adressant à la population générale
- 57 Exemple d'affiche ciblant la population homosexuelle
- 58 2/ Le dépliant
- 59 3/ La brochure
- 60 4/ Le magazine
- 61 5/ Le message radio
- 61 6/ L'exposé (diaporama)
- 63 8/ La vidéo
- 65 9/ Le classeur-imagier
- 65 10/ L'exposition
- 66 11/ Le bloc-note géant
- 66 12/ Le tableau de feutre
- 67 13/ Le proverbe
- 67 14/ La comparaison

3B

PAGE 68

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR ET UN SAVOIR-ÊTRE

- 68 1/ Le brainstorming
- 69 2/ Le brainwriting
- 70 3/ Le conte
- 70 4/ La fable
- 71 5/ L'histoire à plusieurs
- 71 6/ Le jeu de cartes
- 73 7/ Le jeu de l'oie
- 73 8/ Le jeu de dominos
- 74 9/ Le Photolangage
- 74 10/ Le counseling
- 75 11/ La représentation théâtrale
- 76 12/ Les marionnettes

3C

PAGE 77

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR ET UN SAVOIR-FAIRE

- 77 1/ La démonstration
- 78 2/ Les maquettes et autres *teaching aids*
- 78 3/ L'étude de cas

3D

PAGE 80

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR-FAIRE ET UN SAVOIR-ÊTRE

- 80 1/ Le jeu de rôle

3E

PAGE 82

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR, UN SAVOIR-FAIRE ET UN SAVOIR-ÊTRE

- 82 1/ La mallette pédagogique



LES TECHNIQUES
D'ANIMATION
& LES OUTILS

LES TECHNIQUES D'ANIMATION ET LES OUTILS EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : REMARQUES GÉNÉRALES¹³

RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR UNE COMMUNICATION EFFICACE

Pour communiquer des messages ayant trait à la santé, on peut utiliser divers méthodes, moyens et techniques. On peut classer les méthodes en deux grands groupes :

- **les méthodes directes** : d'individu à individu, en entretien individuel ou en groupe ;
- **les méthodes indirectes** : le message est transmis par une interface intermédiaire (télévision, radio, presse écrite...).

Certaines méthodes peuvent appartenir à l'une ou l'autre catégorie selon l'utilisation qui en est faite : une affiche est considérée comme une méthode indirecte sauf si elle est commentée par un agent de santé et utilisée comme matériel alimentant un entretien.

Quelle que soit la méthode de communication choisie, des recommandations simples peuvent vous aider à augmenter l'efficacité de votre communication :

Favoriser la compréhension du message :

- utiliser des messages simples : langage courant (**bannir les termes techniques ou médicaux**), information ciblée et simple (trop d'information tue l'information) ;
- s'adapter à la population cible : **langage/dialecte local** ; messages écrits, illustrés ou audio en fonction du contexte (public lettré ou non) ;
- **bien connaître la culture** de la population cible **et les codes** qu'elle utilise. En effet, chaque culture a ses propres codes. Un mot, un symbole ou une image ne seront pas interprétés de la même manière dans deux cultures différentes, et ne renverront pas aux mêmes associations d'idées ;
- **répéter** le message ;

- s'il s'agit d'un savoir-faire (ex : comment utiliser les sels de réhydratation orale), toujours **accompagner le message d'une démonstration** pour éviter des mauvais usages.

Favoriser l'appropriation du message :

- **illustrer par des exemples locaux** ;
- **encourager les questions et les échanges** ;
- **s'assurer que l'information donnée correspond à celle recherchée par les cibles**. Si on diffuse des messages donnant des conseils qui ne répondent pas aux préoccupations réelles de la population, il y a peu de chances pour qu'elles se les approprient ;
- si le message va à l'encontre des croyances ou des traditions de la population, en tenir compte dans la conception du message.

Favoriser la confiance dans le message :

- **multiplier les sources et les canaux de communication** ;
- **s'appuyer sur des personnes relais** qui inspirent confiance à la population cible parce qu'elles sont reconnues par la communauté comme compétentes sur le thème abordé (par exemple une mère de plusieurs enfants pour une communication sur la nutrition). Les personnes relais, selon le contexte, peuvent aussi être des chefs religieux, des présidents d'association (comme la présidente de l'association des femmes), ou encore des instituteurs, etc. Veiller toutefois à ne pas générer d'effets pervers ou freiner le processus en associant un chef religieux ou un président d'association : en effet, certaines personnes pourraient par exemple ne pas vouloir assister aux réunions,

de peur d'être considérées comme des partisans.

S'assurer de la possibilité de proposer la prévention conseillée et que son accès soit effectif.

(Ne pas faire augmenter la demande sans s'être assuré que l'offre pouvait suivre). Par exemple, une action d'information sur les préservatifs doit s'accompagner d'un accès aux préservatifs (disponibilité, accessibilité financière, etc.).
Idem pour la contraception...

Réajuster les messages :

Interroger les bénéficiaires et ajuster les messages en fonction de leur feedback.

➤ Les outils et techniques d'animation présentés ont été classés selon qu'ils contribuent à développer un savoir, un savoir-faire ou un savoir-être. En réalité, selon la manière dont ils sont utilisés, ils peuvent contribuer à développer un ou plusieurs champs. De manière générale, si on souhaite développer les trois champs, il faudra utiliser plusieurs outils.

13. Sources : Werner D. and Bower B., « Helping health workers learn » ; « L'éducation pour la santé, manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire », OMS, 1990 ; « Facts for life », Unicef ; Bontemps R., Cherbonnier A., Moucht P., Trefois P., « Communication et promotion de la santé, aspects théoriques, méthodologiques et pratiques », Question Santé, 2004.

	Temps de préparation	Ressources		Degré de participation demandé au public	Complexité		Sujet sensible
		matérielles	humaines		Maîtrise de l'outil	Adaptation culturelle	
Les outils et les techniques d'animation							
L'affiche	++	++	+	0	++	++	++
Le dépliant	++	++	++	0	++	++	++
La brochure	++	+++	++	0	++	++	++
Le magazine	++	+++	++	0 à +	+++	++	++
Le message radio	+++	+++	+++	0	+++	++	0 à ++
L'exposé	+	0 à ++	+	0 à ++	0	++	0 à +
La projection (diaporama)	++	++	+	0	0	++	0 à ++
La vidéo	+++	+++	+++	0	+++	+++	0 à ++
Le classeur-imagier	++	++	++	0	+	++	0 à +
L'exposition	++	++	0 à +	0	0	++	0 à ++
Le bloc-note géant	0	+	+	0 à +++	+	+	0
Le tableau de feutre	0 à +	+	+	0 à ++	+	+	0
Le brainstorming	0 à +	+	+	+++	+	+	0 à ++
Le brainwriting	0 à +	+	+	+++	+	++	++

Le conte	++	0 à +	+	0 à ++	++	+++	++
La fable	++	0 à +	+	0 à ++	++	+++	++
L'histoire à plusieurs	+	0	+	+++	++	+++	0 à +
Le jeu de cartes	+++	+++	+	+++	++	+++	0
Le jeu de l'oie	+++	+++	+	+++	++	+++	0
Le jeu de dominos	+++	+++	+	+++	++	+++	0
Le photolangage	+++	++	+	+++	++	++	0 à ++
Le counseling	++	0 à +	+	++	+++	+++	+++
La représentation théâtrales	+++	0 à +++	+++	0 à +++	+++	+++	0 à ++
Les marionnettes	+++	+++	+++	0 à +++	+++	+++	0 à ++
La démonstration	++	++	+	++	++	+++	0 à ++
Les maquettes et autres teaching aids	+++	++	++	0 à +++	++	+++	0 à ++
L'étude de cas	+	+	+	+++	+	++	+++
Le jeu de rôle	++	0	++	+++	+++	+++	0 à ++
La mallette pédagogique	+++	+++	++	+++	+++	+++	0 à ++
Les formules langagières : qui peuvent s'appliquer à plusieurs outils							
Le proverbe	+	0	+	0 à ++	++	+++	0 à ++
La comparaison	+	0	+	0 à ++	++	+++	0 à ++

**OUTILS ET TECHNIQUES
D'ANIMATION**

	Champ (savoir, savoir-être, savoir-faire)	Caractéristiques du public
L'affiche	savoir	
Le dépliant	savoir	lettré
La brochure	savoir	lettré
Le magazine	savoir	lettré
Le message radio	savoir	
L'exposé	savoir	
La projection (diaporama)	savoir	
La vidéo	savoir	
Le classeur-imagier	savoir	
L'exposition	savoir	lettré
Le bloc-note géant	savoir	
Le tableau de feutre	savoir	
Le proverbe	savoir	
La comparaison	savoir	
Le brainstorming	savoir et savoir-être	
Le brainwriting	savoir et savoir-être	lettré
Le conte	savoir et savoir-être	enfants
La fable	savoir et savoir-être	enfants
L'histoire à plusieurs	savoir et savoir-être	
Le jeu de cartes	savoir et savoir-être	enfants
Le jeu de l'oie	savoir et savoir-être	enfants
Le jeu de dominos	savoir et savoir-être	enfants
Le photolangage	savoir et savoir-être	
Le counseling	savoir et savoir-être	
La représentation théâtrale	savoir et savoir-être	
Les marionnettes	savoir et savoir-être	enfants
La démonstration	savoir et savoir-faire	
Les maquettes et autres teaching aids	savoir et savoir-faire	
L'étude de cas	savoir et savoir-faire	
Le jeux de rôle	savoir-faire et savoir-être	
La mallette pédagogique	savoir, savoir-faire et savoir-être	enfants



POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR

1 / L’AFFICHE

Utile pour :

- donner des **informations et des conseils** (approche informative) ;
- donner des **directives et des instructions** (approche injonctive) ;
- **annoncer** des manifestations et des événements.

Pour qui ? Où ?

l’affiche peut être destinée à la **population générale ou à un public ciblé**.
 → le **lieu d’affichage** va déterminer par qui l’affiche sera vue et il doit donc être **adapté à la population choisie** (place du marché pour la population générale par exemple ; école pour les enfants, etc.). Il faut éviter d’associer l’affiche à un lieu trop connoté, car cela limiterait l’accès au message à une partie de la population (sauf si on cherche justement à atteindre le groupe qui fréquente le lieu en question) ;
 → l’affiche doit être placée là où il y a **beaucoup de passage**, pour qu’elle soit vue par un maximum de personnes.

Réaliser une affiche :

- **respecter les recommandations générales** : langage simple, langue locale ;

- penser à **solliciter les artistes locaux** pour participer à la réalisation des affiches ;
- **utiliser des symboles et/ou des images** pour que les personnes analphabètes puissent aussi comprendre le message. Cela suppose d’avoir une bonne connaissance des codes utilisés dans le contexte culturel où l’on se trouve. Les images et les symboles ne seront pas interprétés de la même façon et n’induiront pas les mêmes associations d’idées dans deux cultures différentes ;
- **faciliter la lecture** au maximum :
 - **éviter de surcharger l’affiche** (tous les éléments importants doivent pouvoir être appréhendés en un clin d’œil) ;
 - **éviter de diviser l’affiche en deux** ou en plusieurs parties ;
 - **créer des lignes de force** (ou guide du regard) : utiliser un code couleur ou bien reprendre un même symbole.

MÉTAPHORE ET MÉTONYMIE

La métaphore est largement utilisée pour présenter des comportements, des situations ou des conséquences. Là encore la connaissance de la culture est indispensable, puisque si la métaphore fonctionne par la ressemblance, celle-ci

ne sera pas perçue par toutes les cultures de la même manière : utiliser la métaphore du bouclier pour parler du vaccin ou du boulet au pied de l'alcoolique ne va pas forcément être compris partout. On remarque par ailleurs que la métaphore marche le plus souvent sous un mode dichotomique : bon/mauvais, en état/cassé, sourire/pleurs...

La métonymie, déplacement de sens, se trouve elle aussi dans beaucoup de supports. Un objet tel que le préservatif va représenter la relation sexuelle, la prévention, le « bon » comportement amoureux, etc. Les couleurs ont aussi un rôle, le rouge et le noir véhiculent des références à la maladie et à la mort. Ainsi, avec la métonymie, on suggère.

Seulement, on comprend bien que pour la métaphore comme pour la métonymie, il faut une connaissance de la signification des codes : si le blanc est la couleur du mariage en France, il est aussi celui du deuil en Chine. Les messages utilisant des métaphores ou des métonymies ayant recours à des références occidentales rendent difficile, pour une population non occidentale, la perception de la réalité et de l'information.

Ces procédés sont pourtant intéressants, car ils permettent (s'ils sont bien utilisés) d'exposer de manière claire des processus : les résultats ou les conséquences d'une action (une calebasse percée pour montrer la déshydratation). Pour pouvoir les élaborer en tenant compte des représentations, codes et symboles culturels, c'est-à-dire en ayant recours au savoir local, **il faut idéalement une participation de la population à leur création**, et dans le cas où cela n'est pas possible, **une enquête qualitative (entretiens, focus groups) pour récolter le matériel sera fortement indiquée.**

Exemples d'affiches s'adressant à la population générale

→ « **J'ai flirté avec le virus du sida** » (Inpes)



Cette affiche présente un code couleur qui va permettre deux niveaux de lecture. Les couleurs blanche et rouge sur fond noir sont visibles en premier. Elles sont utilisées pour le message d'accroche (« J'ai flirté avec le virus du sida ») et pour la recommandation de l'utilisation du préservatif. La couleur grise est utilisée pour le second niveau de lecture, qui s'insère entre « J'ai flirté » et « avec le virus du sida » et qui montre, au travers d'une petite histoire personnelle, qu'il est très facile de flirter avec le virus du sida, ce qui permet aux lecteurs de s'identifier. La particularité de cette affiche est que le message d'accroche est également la conclusion de l'histoire personnelle présentée. Le message est simple, ainsi que le vocabulaire employé. Le code couleur permet une bonne accroche visuelle. Mais on n'emploierait sans doute pas le même en Chine. En effet, un code couleur est propre à une culture. En revanche, cette affiche est destinée uniquement à un public lettré.

→ « **Les femmes préfèrent les hommes qui les protègent** » (Inpes)



Le message et le visuel, qui mettent en avant un couple, font le lien entre les questions liées au VIH/sida et la vie sentimentale, et jouent sur les représentations de l'utilisation du préservatif. Celle-ci est valorisée et présentée comme un atout auprès des femmes. Pour une meilleure compréhension du message, celui-ci a été traduit en dialecte local. Mais la photo est-elle suffisamment explicite pour permettre à un public non lettré de comprendre aussi le sens du message ? Et quelle partie de la population se reconnaîtra dans ce message ? Quelles représentations culturelles et familiales cette affiche véhicule-t-elle ?

→ « **Parce que la santé n'a pas de prix, le test de dépistage du sida est gratuit** »



Cette affiche vise à faire tomber les obstacles potentiels à la réalisation d'un test de dépistage. En l'occurrence elle informe que le test est gratuit et qu'il n'y a donc pas d'obstacle financier à sa réalisation. Des affiches cherchant à lever les obstacles identifiés à la réalisation d'un test peuvent être très utiles. Certaines personnes ne voulant pas être identifiées, les informer sur le caractère anonyme du test est également très utile (cf. l'affiche « **Je suis allé faire le test du sida : on ne m'a pas demandé mon nom, juste un peu de temps** » de la même campagne). À vous d'identifier les principaux obstacles dans votre population et de faire des affiches en fonction.

Par ailleurs, on peut se demander si cette affiche serait compréhensible pour une personne analphabète, cela est loin d'être sûr.

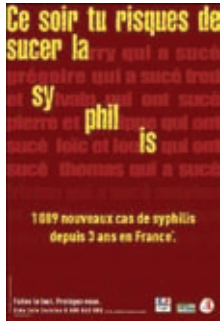
→ « **Sans capote, tout capote** » (Médecins du Monde)



Un commentaire approfondi de cette affiche a été réalisé : consulter en annexe « Analyse d'une affiche » page 107.

Exemple d'affiche ciblant la population homosexuelle

→ « Ce soir, tu risques de sucer la syphilis » (Inpes)



Cette affiche reprend le même modèle que la première présentée (« J'ai flirté avec le virus du sida ») en jouant sur un code couleur avec une lecture à deux niveaux et une bonne accroche visuelle qui ici interpelle directement la cible (utilisation du tutoiement). Elle utilise un langage cru, mais très concret et parlant pour la population à laquelle elle s'adresse, mettant en garde les personnes concernées au travers d'une petite histoire à laquelle elles peuvent s'identifier. Ce type d'affiches, utilisant un langage cru, ne correspond pas à tout type de population. Il est primordial de les tester avant leur diffusion et de les afficher uniquement dans des lieux ciblés.

2 / LE DÉPLIANT

Utile pour :

Communiquer des informations simples, des messages clés, des adresses utiles.

Pour qui ? Où ?

→ le dépliant est destiné à être **consulté de façon individuelle**. Il peut contenir des informations s'adressant à la population générale ou à une population plus ciblée.
→ Il faudra **choisir le lieu de distribution**

en fonction de la population destinataire

(lycées, centres sportifs pour les adolescents par exemple, marchés, gares, centres de santé pour la population générale).

Limites :

Un document écrit fournit rarement à lui seul l'appui nécessaire pour permettre des changements de comportements.

Réaliser un dépliant :

→ différents types et formats de dépliants existent. Le format standard est le dépliant à trois volets (ou triptyque). D'autres formats peuvent permettre d'attirer davantage l'attention (ouverture au centre ; fenêtre découpée...), mais ils sont aussi plus coûteux. En général, un dépliant est constitué de 4 à 8 pages ;

→ contrairement à la brochure, le dépliant ne doit pas présenter un contenu informatif très détaillé. Souvent lu en diagonale, **il faut que les messages clés sautent aux yeux ;**

→ si on réalise un triptyque, **la couverture et le dos** (volets extérieurs) sont **extrêmement importants** puisque ce sont les premiers à être vus, et sans que cela nécessite la moindre manipulation. On les utilisera donc pour l'accroche (rôle de la couverture) et pour communiquer des informations pratiques accessibles en un coup d'œil (il est d'usage de les présenter au dos du dépliant).

Écrire un dépliant suppose de s'assurer de la lisibilité du texte :

- utiliser un **vocabulaire simple et usuel**, et des **mots courts** (moins de trois syllabes si possible) ;
- écrire des **phrases simples** (sujet-verbe-complément) et courtes ;
- **éviter d'insérer des éléments entre le sujet et le verbe**, car cela gêne la compréhension ;
- **éviter les tournures négatives**, et surtout les doubles négatives ;

Volet 4	Dos	Couverture
<ul style="list-style-type: none"> - premier volet vu après la couverture et le dos - place adéquate pour un résumé 	<ul style="list-style-type: none"> - informations pratiques, accessibles en un coup d'œil : coordonnées (postales, téléphoniques, Internet), contacts, plan, horaires, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - rôle d'accroche : reprendre le visuel de l'affiche et/ou de la brochure s'il elles existent

Volet intérieur 1	Volet intérieur 2	Volet intérieur 3
<ul style="list-style-type: none"> - introduction, présentation 	<ul style="list-style-type: none"> - cœur du dépliant, reprenant les messages clés - doit permettre de faire prendre conscience au lecteur en quoi il est concerné 	<ul style="list-style-type: none"> - dernier volet à être découvert - volet pour approfondir, illustrer, développer une notion - illustration possible par des témoignages

→ **éviter les éléments corrélés en miroir**, tels que « La tuberculose, le paludisme et le sida sont des maladies qui sont causées respectivement par une bactérie, un parasite et un virus ».

Pour attirer le lecteur, il est possible de personnaliser le dépliant :

- **s'adresser directement au lecteur** : « Vous... » ;
- illustrer le message par des **mises en situation** : « Votre enfant à la diarrhée ? vous... ».

Pour faciliter la compréhension et la mémorisation du message :

- s'assurer de **sa lisibilité** ;
- ne pas hésiter à **répéter** les notions ;
- ne pas hésiter à **utiliser des paraphrases** et des **anaphores par répétition**.

Exemples :

- Chikungunya, dengue, paludisme.
Comment se protéger ? (see. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1043.pdf>)

- Coping with heatwaves (see. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1045.pdf>)

3 / LA BROCHURE

Utile pour :

Apporter des **informations supplémentaires à un public sensibilisé, concerné, intéressé**. La brochure vient souvent compléter une affiche ou un dépliant et permet aux personnes sensibilisées, concernées, intéressées d'approfondir leurs connaissances.

Pour qui ?

→ elle s'adresse à la **population générale** ou à des **groupes spécifiques** ;
→ elle est destinée à être **consultée de façon individuelle**.

Limites :

Un document écrit fournit rarement à lui seul l'appui nécessaire pour permettre des changements de comportements.

Réaliser une brochure :

→ la brochure est un support d'information **plus complet et plus détaillé que le dépliant**. On peut l'utiliser comme support d'information de première ligne (sujet général concernant toute la population) ou bien de seconde ligne (complément d'information destiné aux personnes concernées par le problème, et qui ont été sensibilisées par un dépliant, une affiche, une émission radio ou télé, lors d'un entretien, etc.) ;
→ en général, une brochure est constituée de **8 à 32 pages** (même s'il n'y a pas réellement de limite maximum).

Écrire une brochure suppose (tout comme pour un dépliant), de s'assurer de la lisibilité du texte :

→ utiliser un **vocabulaire simple et usuel**, et des **mots courts** (moins de trois syllabes si possible) ;
→ écrire des **phrases simples** (sujet-verbe-complément) et courtes ;
→ **éviter d'insérer des éléments entre le sujet et le verbe**, car cela gêne la compréhension ;
→ **éviter les tournures négatives**, et surtout les doubles négations ;
→ **éviter les éléments corrélés en miroir**, tels que : « La tuberculose, le paludisme et le sida sont des maladies qui sont causées respectivement par une bactérie, un parasite et un virus ».

Pour attirer l'attention du lecteur, il est possible de personnaliser la brochure :

→ **s'adresser directement au lecteur** :
« Vous... » ;
→ illustrer le sujet par des **mises en situation** :
« Votre enfant à la diarrhée ? vous... ».

Pour faciliter la compréhension et la mémorisation du message :

→ s'assurer de sa **lisibilité** ;
→ ne pas hésiter à **répéter** les notions ;
→ ne pas hésiter à utiliser des **paraphrases** et des **anaphores par répétition**.

Exemples : Deux brochures destinées aux adolescent(e)s sur la vie sentimentale et sexuelle :
– *Los chicos y las chicas* (Médecins du Monde) (disponible sur l'intranet de Médecins du monde, rubrique S2AP)
– *Questions d'ado* (Inpes) <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/601.pdf>

4 / LE MAGAZINE

Utile pour :

Apporter des informations sur plusieurs thèmes de santé, de manière ludique et attrayante, en les associant à des informations portant sur l'actualité, les loisirs (le sport, la mode, la musique, etc.).

Pour qui ? Où ? :

→ pour un **public ciblé**, dont les centres d'intérêt sont connus. On rendra le magazine plus attrayant en associant des sujets porteurs aux messages de santé ;
→ le magazine est à **diffuser dans les lieux fréquentés par la population ciblée**. Une **diffusion gratuite permet d'atteindre plus de monde**, mais elle est à discuter en fonction de la perception de la gratuité par la population cible : en effet, un magazine gratuit est parfois considéré comme n'étant pas sérieux et ne transmettant pas des informations fiables.

Réaliser un magazine :

→ **sélectionner quelques thèmes** de santé et associer à chacun un élément accrocheur qui pourra être :
– un lien avec la mode ou un loisir ;
– le point de vue d'une star ou d'une personne influente et appréciée sur le sujet ;
– un jeu (type quizz, mots fléchés, etc.) ou un test ;
→ **illustrer les sujets** (par des photos, des dessins...) est primordial pour l'accroche, ainsi que l'ensemble des éléments graphiques (couleurs, police, mise en page...).

→ il est possible **d'inclure des pages BD ou roman photos**, plus faciles à lire et permettant de bien illustrer les messages de prévention ;
→ **présenter des témoignages** qui permettent aux lecteurs de s'identifier et de replacer les messages dans la « vraie vie » peut également être intéressant.

Exemples :

– *Extra Time Youth Peer Education and HIV Prevention Workbook* (Grassroot soccer and sports for life) : un magazine qui aborde en parallèle les sujets du foot et du VIH.
– *On dit quoi ?* (Le magazine afro de la santé, Inpes)

5 / LE MESSAGE RADIO

Utile pour :

→ **atteindre rapidement un grand nombre de personnes** ;
→ renforcer la **crédibilité du message** (les médias sont généralement considérés comme des sources fiables d'information) ;
→ véhiculer des messages de **rappel et de renforcement**.

Pour qui ?

La **population générale** ou des groupes spécifiques (en fonction de l'horaire, de la chaîne radio, de l'émission...).

Réaliser un message, une émission radio :

Cela suppose un **préalable**, qui est d'avoir établi un lien, un partenariat avec la chaîne radio.
→ **choisir le type d'émission et sa durée** :
– **annonce** au sujet d'un service de santé ou d'un événement (programme de vaccination par exemple). 10 secondes peuvent suffire pour annoncer un événement ou rappeler un message important ;
– **brefs messages** d'éducation pour la santé

(répétés régulièrement, ils servent de rappel aux auditeurs) ;
– **exposé** ;
– **scénette** : jeu de rôle autour d'un thème de santé ;
– **entretien** : avec un médecin, une personne reconnue et influente, une personne témoignant d'une situation vécue (à laquelle les auditeurs pourront s'identifier) ;
– **discussion** ;
– **réponses** sur un thème de santé **aux questions des auditeurs** ;
→ **rédiger le message, le scénario, l'exposé, le guide d'entretien...** : pour la conception du message, se référer aux recommandations générales de communication ;
→ **recruter des participants si nécessaire** : s'il s'agit d'un entretien ou bien d'une discussion entre plusieurs personnes.

Exemples :

– plusieurs exemples de scripts radio sont disponibles sur le site des radios rurales internationales : <http://www.famradio.org/> (ou <http://www.famradio.org/francais/radio-scripts/health.asp>)
– chanson « N'y pense même pas » (Inpes)

6 / L'EXPOSÉ

Utile pour :

Transmettre un savoir.

Pour qui ? Où ?

→ pour un **petit groupe** : cela permet de compléter l'exposé par des discussions, des démonstrations, des jeux de rôle, etc. Si les participants sont trop nombreux, il est difficile d'encourager la participation et la discussion : l'exposé peut alors ressembler à un cours magistral et à une série de conseils et de recommandations sans lien avec la pratique et la vie quotidienne ;
→ **le choix du lieu** (en plein air, à l'intérieur) est fonction des ressources (en électricité par

exemple), des opportunités (prêt d'une salle de classe, d'un local associatif) et du thème (il pourra être plus difficile de parler de sexualité dans une église par exemple).

Préparer un exposé :

Il est important d'adapter l'exposé au groupe auquel il sera présenté (pour que le niveau, les illustrations, la durée soient choisis en fonction).

→ une première étape sera donc de **se renseigner à l'avance sur les besoins et les intérêts du groupe**. Par exemple, la nutrition est un thème très vaste et le public est peut-être plus intéressé par un volet en particulier (l'allaitement, les besoins alimentaires d'une tranche d'âge en particulier, les aliments sources de vitamines, etc.). Se renseigner à l'avance sur les besoins et les souhaits de la population permet de cibler le sujet d'intérêt et de mieux répondre aux attentes ;

→ la deuxième étape est la **recherche d'informations et de documentation** :

il faut se fonder sur des sources fiables pour préparer l'exposé et être sûr de la validité scientifique des données ;
→ il est ensuite utile de dresser une liste des points importants, cela aidera à sélectionner les informations à donner. Il faut se **concentrer sur les points clés** et éviter de diffuser trop d'informations, sans quoi le public risque de s'y perdre et de ne rien retenir (ou de retenir un détail au lieu de l'essentiel) :

→ il est utile d'écrire ce que l'on va dire, ou au moins de constituer une trame qui aidera à présenter son exposé de manière claire et à ne pas oublier des points clés ;
→ des **illustrations concrètes** sont bien entendues vivement conseillées pour aider le public à comprendre. Illustrer ses propos par des exemples, des proverbes, des anecdotes, des histoires locales, des cas concrets... servira à les renforcer, et permettra à l'auditoire de mieux intégrer les messages clés et les écueils à éviter ;
→ enfin, penser à **répéter son exposé**.

S'entraîner comme si on y était, sans oublier les anecdotes, les auxiliaires visuels, les gestes et l'intonation, en un mot, sans oublier tout ce qui aidera à rendre l'exposé plus vivant, à mieux transmettre les connaissances et à en faciliter la compréhension.

La durée :

De 15 à 20 minutes, avec 15 minutes pour les questions.

Exemple :

Exposé sur le chemin du microbe :

http://www.interaide.org/pratiques/pages/sante/santeinfantile/Faraf_2008_Chemin_microbe.ppt
ce diaporama présente les différents chemins du microbe d'une façon très visuelle (pas de texte, uniquement des images). Les moyens de prévention sont également présentés.

Patrick et Martine Mougnot, Inter Aide 2008.

7 / LA PROJECTION (DIAPORAMA)

Utile pour :

→ **introduire un débat et une discussion** ;
→ **accompagner un exposé**. Elle est alors utile pour illustrer celui-ci et en faciliter la compréhension. On peut projeter un diaporama Powerpoint, des diapositives, des transparents, un film... en fonction du matériel dont on dispose.

Limite :

Il faut avoir **le matériel à disposition** et accès à l'électricité.

Pour qui ? Où ?

Pour **des groupes dont la taille maximale dépendra de la capacité d'accueil** du lieu où se déroulera la projection : il faut que tous les participants puissent voir et entendre correctement.

Réaliser une projection :

Rechercher la simplicité : une diapo Powerpoint, une diapositive ou un transparent

ne doivent pas être surchargés, au risque d'être illisibles. Ensuite, le principe est le même que pour un exposé.

Attention, cet outil peut être perçu comme trop scolaire et s'avérer inadapté dans certains cas (réticence de la population ou simplement manque de sensibilisation et d'habitude au support diaporama).

8 / LA VIDÉO

Utile pour :

→ **transmettre des informations** : informer sur un événement, sur un service accessible à la population (centre de dépistage par exemple) ;
→ **transmettre et rappeler des messages de prévention**.

UTILISATION DE LA VIDÉO/RADIO ET POSTURE COGNITIVE DES DESTINATAIRES

Documents audiovisuels spécifiques, émissions de vulgarisation scientifique, spots télévisés, sketches ou encore émissions radiophoniques font partie des outils médiatiques utilisés par l'éducation pour la santé. On les utilise de deux façons : de manière autonome sur les écrans de télévision ou sur les ondes de la radio, ou comme supports pour les relais ou les soignants, qui abordent alors des thèmes sanitaires en utilisant les caractéristiques informatives du média. On parle ainsi d'éducation par les médias. Les médias sont considérés comme disposant d'un gros potentiel informatif pour alimenter des études de cas ou pour favoriser une imitation, notamment technique, de manipulations. Il est essentiel d'utiliser des types de communication propres à la culture

des spectateurs, et de connaître les modes de narration des cibles qui leur sont familiers depuis leur petite enfance. Des méprises existent, comme le fait que le spectateur n'arrive pas à suivre la logique complexe de l'histoire (introduction, déroulement des faits puis dénouement), trouve les concepts trop étrangers, maîtrise mal la langue... La question des représentations est inévitable tant à la conception de l'outil médiatique qu'au niveau de ses effets. **Si le média doit amener à une prise de conscience des cibles, il doit s'inspirer de leurs représentations, et reprendre certains stéréotypes culturels, religieux ou autres.**

Dans la communication éducative, comme dans l'éducation pour la santé, on utilise fréquemment des références au monde scolaire. Ce modèle est élaboré sur celui de l'argumentation en tant que raisonnement : l'argument est la preuve. **Ce modèle classique, basé sur des certitudes, requiert une certaine habitude de raisonnement logique**, propre à l'apprentissage scolaire. Il confère à la voix de l'énonciateur, comme à celle du maître d'école, valeur de vérité. Ce qui a pour effet de rendre de nombreux documents autoritaires. La médiation de type argumentatif entretient des ressemblances avec le discours scientifique. Elle tend à imiter le discours de la science et à en conserver certaines caractéristiques comme l'utilisation de signes tels que : « médicaments = hors de portée des enfants ».

Seulement, la rencontre télévision/enseignement ne se passe pas toujours très bien, pour des raisons institutionnelles mais aussi à cause d'un problème de **posture cognitive** inappropriée. **Les attentes du téléspectateur**

(se distraire, apprendre, passer le temps...), **les propositions faites par l'émetteur** (le programme TV, les spots...) **et les conditions de leur rencontre** (motivation, conditions concrètes de visionnage) vont avoir une influence les unes sur les autres.

En fonction de ses attentes, le spectateur va se mettre dans une posture cognitive spécifique (état d'esprit). L'efficacité d'un document à visée d'apprentissage sera conditionnée par cette posture. En effet, des études ont montré que dans le cadre de programmes télévisés, des situations intéressantes d'apprentissage pouvaient avoir lieu quand les enfants ne posaient pas un regard scolaire (en faisant moins de place à la mémoire par exemple) sur leur réception audiovisuelle (F. Thomas). Si l'élève, en regardant un document télévisuel en classe, associe la télévision à une distraction et que cela correspond à son attente du moment, il sera plus réceptif au contenu que s'il s'applique à construire un regard scolaire, se freinant lui-même dans l'imprégnation possible avec le document.

Cela veut dire aussi que le genre annoncé peut influencer arbitrairement le spectateur dans ses attentes. On n'a pas la même posture cognitive si l'on sait que l'on va regarder un film de fiction, un document de vulgarisation scientifique ou un journal télévisé. Il y a alors le risque pour le spectateur de se mettre dans une posture cognitive inappropriée. De plus, le destinataire peut aussi ne pas avoir envie de modifier sa posture et ses attentes par rapport au genre annoncé et rester ainsi insatisfait. Soit il ne se reconnaît pas dans le public ciblé, soit il décide de n'être pas en posture de regarder le genre proposé. Ainsi, la diffusion

de spots de prévention dans une salle d'attente peut ne pas être très efficace si les cibles ne sont pas en attente d'informations médicales mais en attente de distraction permettant de les faire patienter. **Le contexte de diffusion** de ce mode de communication est donc un facteur important. **Une salle de classe n'induit pas les mêmes comportements de visionnage ni les mêmes possibilités d'action qu'une salle de cinéma ou que le salon familial.** **Il y a des conditions spécifiques de visionnage**, qui peuvent modifier la posture cognitive des cibles. Le spectateur, insatisfait, peut offrir une sorte de résistance au document de façon plus ou moins consciente. **La résistance va se faire sur le contenu (selon son degré de connaissance initial) ou sur la forme (selon son degré de sensibilisation aux médias).**

Pour qui ?

Fonction du mode de diffusion.

- diffusion sur des chaînes de télévision : grand public ;
- diffusion privée : public ciblé.

Réaliser une vidéo :

Écrire un scénario : celui-ci sera fonction de l'objectif :

- il peut être **très simple et très court** pour communiquer sur un événement ou un service, et pour rappeler et/ou renforcer un message de prévention déjà connu par la population ;

- il est préférable, pour transmettre un nouveau message de prévention, de **se baser sur les résultats d'une recherche qualitative** (focus group par exemple) pour élaborer le scénario. Par exemple, un focus group pourra permettre de repérer

des idées fausses sur un sujet, et le scénario reprendra ces idées fausses pour les démentir et donner les réponses justes ;

- il peut être utile de mettre en scène des personnages dans une scène de la vie quotidienne, pour **permettre une identification** plus facile et rendre le **message plus accessible**, mais ce n'est bien évidemment pas la seule solution possible ;

- **à la fin d'un spot télévisé**, il est recommandé de donner une adresse ou un numéro de téléphone auquel les gens peuvent s'adresser pour avoir des informations complémentaires s'ils le souhaitent. En effet, un spot peut susciter des questions, voir des angoisses chez certaines personnes, et il est donc préférable de ne pas les laisser sans réponses.

Exemple :

« **Toi-même tu sais** » (Inpes) : programme court consacré à la santé des migrants (principalement africains) en France. Cinq épisodes de 5 à 10 minutes présentent des habitants d'une cité confrontés à des questionnements ou à des situations se rapportant à divers thèmes de santé (contraception d'urgence, prévention du paludisme, accidents domestiques, discrimination des personnes vivant avec le VIH, nutrition).

9 / LE CLASSEUR-IMAGIER

Utile pour :

Expliquer à l'aide d'images.

Pour qui ?

Le classeur-imagier est destiné à être utilisé en **entretien individuel ou de groupe**.

Réaliser un classeur-imagier :

- le classeur-imagier est constitué de **feuilles**

recto verso, présentant une illustration sur le recto et les explications correspondantes avec les principaux messages à transmettre sur le verso. L'animateur présente à l'individu ou au groupe le recto (l'illustration) et la commente en utilisant l'aide-mémoire au verso ;

- **le format** peut être celui d'un classeur spiralé, que l'on pose en appui sur une table, ou bien des cartes-conseils non reliées que l'on présente les unes après les autres ;

- les classeurs-imagiers peuvent aider à **expliquer la physiopathologie d'une maladie à un patient**, en lui permettant d'en visualiser les mécanismes. Ils peuvent également servir à **transmettre des messages de prévention**, offrant un support visuel aux explications orales, favorisant de la sorte la mémorisation du message, ainsi qu'aux commentaires ;

- il est préférable de réaliser des **illustrations simples**. Il faut éviter d'utiliser des coupes anatomiques qui sont la plupart du temps incompréhensibles pour un non-initié. Enfin, il est vivement recommandé de **tester la compréhension des illustrations** avant de les utiliser pour en vérifier l'adéquation avec les messages à transmettre.

Exemple :

Alimentation infantile et VIH :
Cartes conseils (classeur-imagier), outil Unicef/OMS.

10 / L'EXPOSITION

Utiles pour :

Communiquer **plusieurs** idées et informations autour d'un thème.

Pour qui ? Où ?

- pour **un groupe de grande taille** ;
- les organiser de préférence dans un lieu avec **beaucoup de passage**, pour permettre un accès au plus grand nombre.

Réaliser une exposition :

→ en fonction des ressources à disposition, il est possible de réaliser des affiches, de présenter des objets et/ou du matériel, et d'y associer des projections (vidéos), des messages audio, voire des outils interactifs (ordinateur présentant un CD-Rom sur le sujet traité par exemple) ;

→ pour réaliser une affiche, les règles de communication sont les mêmes : un seul thème par affiche, un vocabulaire compréhensible et adapté, des illustrations et des codes couleurs pour faciliter la lecture. Contrairement aux posters isolés, les affiches des expositions peuvent être plus chargées, et divisées en plusieurs quadrants, puisque le lecteur ne doit pas en comprendre le message d'un seul coup d'œil. Il prendra en effet le temps de la regarder ;

→ il est conseillé, lors de l'exposition, d'avoir quelqu'un sur place pour répondre aux questions du public.

Exemple :

Planète Vaccination (Inpes)

11 / LE BLOC-NOTE GÉANT

Utile pour :

→ donner des informations ou des conseils : un thème par bloc-note et une idée par affiche ;
→ prendre des notes.

Pour qui ? Où ?

Pour un petit groupe. Le bloc-note doit être visible par la totalité du public.

Réaliser un bloc-note géant :

Deux types de blocs-notes géants existent :
→ le bloc-note géant vierge, qui va servir à prendre des notes au cours d'une discussion et à organiser les idées ;

→ le bloc-note géant composé d'une série d'affiches (4 ou 5), qui permet de transmettre les quelques points clés sur un thème donné. Par exemple, les principales étapes du développement de l'enfant, avec une affiche par âge. Ou bien encore, les principales mesures de prévention d'une maladie donnée.

12 / LE TABLEAU DE FEUTRE

Utile pour :

Illustrer un exposé et favoriser la participation

Pour qui ? Où ?

Pour un petit groupe : de la taille d'une affiche, le tableau de feutre doit être visible par l'ensemble du public.

Réaliser un tableau de feutre :

Un tableau de feutre se compose :

→ du support : un tissu rugueux collé ou cloué sur un panneau en bois. On colle la face lisse du tissu et la face rugueuse doit rester du côté extérieur ;

→ des images ou des mots à apposer sur le tableau, en papier d'un côté et en tissu de l'autre. Pour cela, on découpe des images ou on réalise des dessins, qu'on colle sur la face lisse du tissu. Les images doivent être au minimum de la taille d'une main, afin d'être suffisamment visibles. On dispose donc d'un support en tissu rugueux et d'images face visible en papier et face cachée en tissu rugueux. On pourra donc accrocher les images au tableau, car les tissus rugueux s'accrochent entre eux. Vous pouvez utiliser le tableau de feutre comme une aide en parlant, en apposant au fur et à mesure les différents éléments qui illustrent votre exposé et qui donneront au final une affiche cohérente. Vous pouvez aussi utiliser le tableau

de feutre pour favoriser la participation, en demandant aux gens du public de venir choisir et d'accrocher l'élément le plus approprié illustrant vos propos. Pensez à ranger votre tableau de feutre à l'abri de l'humidité et à le recouvrir, au risque qu'il n'accroche plus.

13 / LE PROVERBE

Utile pour :

Souligner un message de prévention que l'on transmet et en faciliter la compréhension.

Pour qui ? Où ?

Il peut être utilisé en entretien individuel ou de groupe, lors d'un exposé par exemple, ou bien repris sur un dépliant.

Trouver des proverbes adaptés :

Se baser sur des proverbes déjà connus par la population permet de bien illustrer un message de prévention et d'en faciliter la mémorisation. De formulation brève, le proverbe est la plupart du temps déjà connu par la population, et, dans le cas contraire, facilement assimilable. Pour découvrir des proverbes locaux, demander à chaque personne avec qui l'on travaille d'en citer un ou deux. Ensuite, discuter avec eux pour trouver comment s'en servir pour appuyer des messages de prévention.

Exemple :

Le proverbe « rien ne sert de courir, il faut partir à point » pourrait être utilisé pour illustrer un message incitant à recourir aux soins le plus tôt possible. Par exemple, pour un enfant atteint de fièvre « consulter dès le début, ne pas attendre qu'il ne puisse plus se réveiller ».

14 / LA COMPARAISON

Utile pour :

Favoriser la compréhension d'un message en le comparant avec une notion communément admise et assimilée. Les comparaisons animales et végétales sont particulièrement adaptées.

Pour qui ? Où ?

Elle peut être utilisée en entretien individuel ou de groupe, lors d'un exposé par exemple, ou bien reprise sur un dépliant.

Trouver des comparaisons :

→ s'inspirer du milieu local ;
→ baser les comparaisons sur des plantes ou des végétaux familiers pour la population, et sur des faits communément admis.
→ reprendre des images fréquemment employées par la population.

Exemple :

Pour illustrer l'espacement des naissances, on peut utiliser l'image d'un champ de maïs. Dans un cas, les plants sont nombreux, avec peu d'espace entre eux. De fait, ils ne grandissent pas bien et restent chétifs. Dans l'autre cas, les plants sont bien espacés, grandissent mieux et produisent plus de graines. On peut ensuite demander au public de comparer les plants de maïs et les enfants. On peut illustrer avec des images, qui seront plus explicites pour le public.

3B

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR ET UN SAVOIR-ÊTRE

1 / LE BRAINSTORMING Ou remue-méninges

Utile pour :

- partager collectivement ses idées ;
- résoudre un problème, faire émerger de nouvelles idées.

Pour qui ? Où ?

Le brainstorming se fait en petits groupes.

Déroulement :

Le brainstorming nécessite un animateur pour introduire la séance, énoncer les règles de fonctionnement, gérer la prise de parole et le temps de la réunion. Un secrétaire est également indispensable, pour noter toutes les idées qui émergent.

Après une introduction de la séance et l'énonciation de la question ou du thème abordé, quelques minutes sont laissées aux participants pour réfléchir en silence. Ensuite, chacun à leur tour, les participants expriment leurs idées puis rebondissent sur les idées des autres et relancent la réflexion... Un ordre d'expression peut être défini à l'avance :

tour de table par exemple. Si aucun ordre n'a été prédéfini, l'animateur devra veiller à ce que chaque participant puisse prendre la parole.

Quelques règles simples sont nécessaires pour favoriser l'expression des participants et l'émergence de nouvelles idées :

- pas de censure. **Aucun jugement ne doit être prononcé sur les idées exprimées** (respect de la parole d'autrui), afin de ne pas freiner la créativité des participants. Cependant, si des idées fausses sont citées, le modérateur se doit de les rectifier, en usant de tact pour ne blesser personne (il est recommandé d'amener les participants eux-mêmes à reconnaître leurs erreurs). Cette démarche est cependant nécessaire, car, contrairement aux focus groups – où l'on ne corrige pas les participants puisque l'on cherche à recueillir un maximum d'informations, y compris sur les idées fausses circulant dans la population –, l'objectif est ici de transmettre un savoir, ce qui impose de corriger les erreurs (par exemple ne pas laisser croire que le VIH se transmet par un baiser ou par une piqûre de moustique) ;
- **pas de hiérarchie dans le groupe**, cela risquerait de brider les idées de certains ;
- la **quantité** est de mise : il faut trouver le plus d'idées possibles ! ;

→ la **créativité** est encouragée, et les idées « farfelues » bienvenues ;

→ **rebondir sur les idées** des autres est vivement conseillé, en améliorant, complétant, et développant leurs propositions.

On peut réaliser un brainstorming sur le thème que l'on souhaite.

Exemples :

Questions de départ :

- « Que pourriez-vous faire pour améliorer la santé des habitants de votre village ? »
- « Que pouvez-vous faire pour préserver et améliorer la santé de vos enfants ? »
- « Que pouvez-vous faire pour diminuer le nombre de cas de paludisme dans votre village ? »
- « Que pouvez-vous faire pour éviter la propagation du VIH ? »
- « Que vous évoque l'expression "une alimentation équilibrée" ? »
- « Que peut-on faire pour éviter une grossesse ? »
- « Que faire si vous vous sentez triste, mal dans votre peau, déprimé ? »
- « Comment pouvez-vous éviter que vos enfants attrapent la diarrhée ? »
- « Que faire si vous êtes victime de violences ? »
- « Que feriez-vous si vous appreniez que vous étiez séropositifs ? »
- « À quoi suspectez-vous que quelqu'un est porteur d'une infection sexuellement transmissible ? »
- « D'après vous, quels sont les meilleurs moyens de se protéger du VIH ? »
- « Êtes-vous satisfaits des relations hommes/femmes dans votre communauté ? » (à poser à un groupe de femmes ou à un groupe d'hommes, mais pas à un groupe mixte, car la parole ne serait pas libre).
- Etc.

2 / LE BRAINWRITING

Utile pour :

- partager collectivement ses idées ;
- résoudre un problème, faire émerger de nouvelles idées.

Pour qui ? Où ?

Le brainwriting se fait en petit groupe.

Déroulement :

Le brainwriting est une **variante écrite du brainstorming**. Le principe est le même sauf qu'au lieu d'exposer leurs idées à voix haute, les participants les écrivent sur des feuilles de papier ou sur des Post-it.

De même que pour le brainstorming, ils sont encouragés à écrire toutes les idées qui leur viennent à l'esprit, sans censure, et à les développer.

Ensuite, plusieurs versions sont possibles :

- chacun peut sélectionner les idées qui lui semblent les plus intéressantes pour les présenter au groupe ;
- tous les Post-it peuvent être rassemblés sur un tableau et le travail de groupe sera de les organiser entre eux, par des flèches, des regroupements, etc. (cela permet de voir quels liens font les gens entre les différents éléments) ;
- les feuilles peuvent être ramassées ensembles et lues par l'animateur. Cela permet l'anonymat des idées.

Limites :

Le brainwriting ne peut se faire qu'avec des gens qui **savent écrire** et le brainstorming peut donc s'avérer plus adapté lorsque l'on veut recueillir l'avis d'un groupe dont tous les participants ne sont pas lettrés.

Avantage :

Il permet l'anonymat. Certains individus seront plus à l'aise dans ce cadre pour laisser libre cours à leurs idées.

Exemple :

Idem que pour le brainstorming. Les questions portant sur la sexualité, le genre, les violences peuvent être plus facilement abordées à l'écrit pour certains (grâce à l'anonymat).

3 / LE CONTE

Utile pour :

- **transmettre des informations** ;
- inciter les gens à **réfléchir sur leurs croyances, attitudes et pratiques** ;
- aider les gens à **anticiper des situations** et à élaborer des stratégies de décision.

Pour qui ? Où ?

Le conte est particulièrement adapté pour un public composé **d'enfants, ou de familles**. Une histoire peut se raconter à un individu isolé, à un petit groupe, à une classe, ou bien même à un large public via la radio et la télévision.

Déroulement :

Choisir ou écrire une histoire illustrant une problématique de santé.

- mieux vaut choisir **un conte local**, qui respectera la structuration traditionnelle et les règles narratives culturelles, et qui sera ainsi plus accessible et compréhensible pour l'auditoire. Dans le cas d'un conte écrit pour l'occasion, le faire en association avec des locaux, afin d'en faciliter la compréhension par la suite ;
- **l'histoire doit être crédible et claire** (en particulier la conclusion). D'autre part, l'auditoire doit pouvoir s'identifier facilement aux différents personnages. Une durée de cinq à dix minutes est adaptée, car elle permet de maintenir l'attention des gens. Pendant la lecture, penser à mettre le ton, voire à accompagner le récit de gestes, afin de mieux capter l'attention du public et de rendre l'histoire plus attrayante.

La lecture du conte doit être suivie d'une discussion, pour :

- en **vérifier la compréhension** ;
- **engager une discussion** avec les participants sur ce qu'ils pensent des comportements des différents protagonistes de l'histoire : auraient-ils fait pareil ? si non, qu'auraient-ils fait à leur place ? Quelles autres solutions peuvent-ils imaginer ?, etc.

Ne pas insérer de jugements de valeur dans les questions (du style : « Quel personnage a agi de façon imbécile ? »), car cela pourrait blesser ou vexer certaines personnes qui ont pu agir de la sorte, et l'on risquerait ainsi de perdre leur confiance et leur intérêt ;

→ **répondre aux éventuelles questions.**

Exemple :

La fièvre du lion (en anglais : Child to Child)

De nombreuses histoires sont disponibles en ligne sur le site de Child to Child : <http://www.child-to-child.org/resources/stories.htm> Child to Child est un réseau international qui cherche à encourager et à donner aux enfants les capacités de promouvoir la santé, le bien-être et le développement, pour eux-mêmes, leur famille et leur communauté. L'approche éducative de Child to Child relie sans cesse l'apprentissage à l'action, le savoir au savoir-faire et au savoir-être. Dans une démarche participative, elle cherche à rendre les enfants acteurs de leur propre santé et de la santé de leur entourage.

4 / LA FABLE

Utile pour :

Apprendre aux enfants quels sont les comportements favorables à leur santé et les comportements sociaux plébiscités par la communauté dans laquelle ils vivent.

Pour qui ? Où ?

- auprès d'un groupe d'enfants, de familles, d'adultes, pour illustrer un message ou un exposé ;
- dans **un endroit calme**, à l'intérieur ou à l'extérieur, sans distractions.

Déroulement :

- **choix d'une fable** : mieux vaut s'inspirer de fables locales, qui parleront davantage à la population. Si l'on utilise une fable provenant d'une autre culture, penser à la transposer et à l'adapter aux expressions, coutumes et habitudes locales, afin d'en favoriser la compréhension et l'appropriation par le public ;
- **lecture de la fable** ;

→ **discussion** pour s'assurer de la compréhension et inciter à la réflexion (ne pas omettre ce second temps).

Exemple :

Fable extraite de « L'éducation pour la santé, manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire », OMS, 1990, à propos de la santé bucco-dentaire : « Le cheval et le chien avaient l'habitude de manger ensemble tous les soirs après leur dure journée de travail. À peine la dernière bouchée avalée, le cheval s'endormait car il était très fatigué. Le chien était bien fatigué lui aussi, mais jamais il n'oubliait de se brosser les dents avant de dormir. Un soir, le cheval lui demanda : "pourquoi te brosses-tu toujours les dents ? Tu ferais mieux de dormir vite, comme moi, pour avoir des forces demain matin." Le chien lui rétorqua : « En me brossant les dents, je les fortifie. Un chien doit avoir de bonnes dents pour ronger les os et protéger la maison contre les animaux dangereux. » En guise de réponse, le cheval rit et s'endormit comme d'habitude. Un jour, un ami apporta au cheval de belles pommes bien croquantes. Le cheval adora les pommes. Il décida de les garder pour son dessert. Ce soir-là, alors que le chien rongait un os, le cheval voulut manger ses pommes. Il mordit dans l'une d'elles : on entendit alors un grand craquement. La terrible douleur qu'il sentit dans l'une de ses dents lui arracha un hurlement. Le chien se précipita pour voir ce qui était arrivé à son ami. Par terre, à côté de la pomme, il vit un morceau de dent. Le cheval cria : "remets-la en place ! Je veux avoir de bonnes dents !" Hélas, il était trop tard. Le chien ne pouvait rien faire pour aider son ami à retrouver sa dent. »

5 / L'HISTOIRE À PLUSIEURS

Utile pour :

- permettre à chacun de **s'exprimer** ;
- **faire le point sur les connaissances** de chacun ;
- **favoriser la transmission** d'informations au sein d'un groupe ;
- **rechercher des solutions** à plusieurs.

Avantages :

La méthode est ludique, interactive, participative.

Pour qui ? Où ?

- **petit groupe** (10 maximum) ;
- dans un lieu où l'on ne sera **pas dérangé** ni interrompu.

Déroulement :

Une personne commence à raconter une histoire, en plaçant le décor et en mettant les personnages en difficulté. **Elle passe ensuite la parole** à un autre participant, qui doit résoudre les problèmes des personnages puis créer un nouveau personnage, qu'elle met à son tour en difficulté, et ainsi de suite.

Exemple :

N. : « Donc c'est l'histoire d'une jeune femme, Catie, qui a 16 ans, qui fréquente un jeune homme ; elle ne prend pas de contraception mais ne voudrait pas tomber enceinte. Elle ne veut pas en parler à ses parents, car elle a peur de leur réaction, mais elle est très angoissée et elle ne sait pas où s'adresser. Elle vient te demander conseil. »

J. résout à sa manière la première histoire et enchaîne sur une autre. Par exemple : « Catie a une amie, Anna, qui vient la voir car elle connaissait un garçon dont elle a appris qu'il était séropositif et elle se demande si elle a pu attraper le VIH, elle l'avait seulement embrassé, mais elle est très inquiète et ne sait pas quoi faire. À la place de Catie, que lui répondrais-tu ? », ou encore : « Catie a plusieurs frères et sœurs. Un soir, alors qu'elle rentre de l'école, le plus jeune, qui a 3 ans, est brûlant de fièvre. Ses parents ne sont pas à la maison. Que peut-elle faire ? »

Et une troisième personne prend la parole, et ainsi de suite...

6 / LE JEU DE CARTES

Utile pour :

Apprendre en s'amusant.

Pour qui ?

→ une ou quelques personnes (utilisé en entretien individuel ou de groupe) ;
→ il est particulièrement adapté pour les enfants, mais il convient à tout âge, et en particulier pour les personnes non lettrées.

Réalisation, déroulement :

On peut utiliser un **jeu de cartes déjà existant** (cf. exemples) ou **en créer un soi-même**. Dans ce cas, penser à créer plusieurs catégories de cartes. Par exemple, si le thème concerne **une maladie particulière**, on peut réaliser :
→ **des cartes « causes »**, expliquant les différentes causes ou modes de transmission de la maladie ;
→ **des cartes « symptômes »**, décrivant les principaux symptômes de la maladie ;
→ **des cartes « traitement »**, informant sur les différents traitements disponibles ;
→ **des cartes « prévention »**, présentant les différents moyens de prévention ;
→ **des cartes « conséquences »**, présentant les conséquences de la maladie (séquelles, décès...).

Si le thème est la nutrition, on peut catégoriser les cartes autrement, en fonction des qualités nutritionnelles des aliments par exemple :
→ **cartes « aliments riches en fer »** ;
→ **cartes « aliments riches en vitamine A »** ;
→ etc.

Ensuite, un jeu de cartes peut s'utiliser de différentes façons :

→ **en entretien individuel**, on peut s'en servir pour demander à la personne de choisir les cartes représentant selon elle les causes de la maladie, les symptômes, les moyens de prévention, etc. Cela permet de partir de ses connaissances et de les compléter, de les rectifier... L'utilisation du jeu peut se faire à différents moments, pour évaluer la progression ;

→ **en groupe**, les cartes peuvent être

utilisées de plusieurs manières :

– **en piochant** chacun une carte à tour de rôle et en donnant la catégorie à laquelle elle appartient. Si la personne se trompe, l'animateur explique et la carte est remise dans la pioche. Si elle répond avec succès, elle garde la carte. Le jeu se finit quand il n'y a plus de cartes dans la pioche et le gagnant est celui qui a le plus de cartes ;

– **en distribuant toutes les cartes**.

Le premier joueur pioche une carte chez un autre joueur, et si cela lui permet de former une paire d'une catégorie, il la pose devant lui en décrivant la paire. S'il se trompe, après avoir écouté les explications de l'animateur, il reprend les cartes dans son jeu. C'est ensuite le tour d'un autre joueur, qui pioche lui aussi une carte dans le jeu d'un tiers et voit s'il peut poser une paire devant lui et ainsi de suite... Le jeu se termine quand un joueur n'a plus de cartes en main, et le gagnant est celui qui a le plus de paires devant lui.

On peut utiliser des variantes : il faut former des trios et non des paires, ou bien il ne faut pas former des paires de même catégorie mais des duos de cartes qui s'enchaînent (ex : une carte « symptômes » avec une carte « conséquences » ; une carte « transmission » avec une carte « symptômes »...). Pour cette variante, enlevez les cartes nécessaires : les cartes « prévention », s'il n'y a pas de cartes « bien portant », ne pourront former de duos de cartes qui s'enchaînent ;

– à la manière d'un jeu de famille, mais cela suppose une connaissance approfondie et ne peut se faire d'emblée ;

– et de bien d'autres manières...

laisser libre cours à sa créativité !

Exemple :

– **Jeu du Caso Lyon** (Médecins du Monde) (disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, rubrique S2AP)
– **Jeu de cartes pour la prévention des diarrhées et de la malaria** Martine et Patrick Mougnot © 2005.

Programme de lutte contre la mortalité infantile-juvénile dans les villages de l'arrière-pays de Manakara, Madagascar, Inter Aide, réseau Pratiques www.interaide.org/pratiques.

7 / LE JEU DE L'OIE

Utile pour :

Apprendre en s'amusant.

Pour qui ?

→ pour un groupe de quelques personnes (**maximum 6**) ;
→ Il est particulièrement adapté pour les enfants, mais **il convient à tous les âges**, et en particulier pour les personnes non lettrées.

Réaliser un jeu de l'oie :

On peut utiliser un jeu de l'oie existant ou bien en réaliser un soi-même. Le principe est que chaque joueur doit expliquer ce que représente la case sur laquelle il se trouve. S'il réussit, il rejoue une fois. S'il se trompe, un autre joueur doit expliquer. Si un joueur arrive sur une case « symptômes », il doit retourner en arrière chercher le traitement approprié. On peut également imaginer des variantes : les cases « prévention » et « traitement » font avancer le joueur de quelques cases, à condition qu'il ait décrit correctement la case (sinon il reste sur place). Les cases « causes », « symptômes », et « conséquences » font reculer le joueur de quelques cases, ou lui font passer son tour, sauf s'il décrit correctement la case et est capable de citer le mode de prévention ou le traitement correspondant par exemple (dans ce cas il reste sur place et ne recule pas ni ne passe son tour). Quelle que soit la variante choisie, il est nécessaire d'utiliser une démarche participative, où les joueurs commentent et expliquent les cases, afin de s'assurer de leur compréhension.

Exemple :

Jeu de l'oie pour la prévention des diarrhées et de la malaria, Martine et Patrick Mougnot © 2005. Programme de lutte contre la mortalité infantile-juvénile dans les villages de l'arrière-pays de Manakara, Madagascar, Inter Aide, réseau Pratiques www.interaide.org/pratiques.

8 / LE JEU DE DOMINOS

Utile pour :

Apprendre en s'amusant.

Pour qui ?

→ pour un groupe de quelques personnes (**maximum 6**).
→ Il est particulièrement adapté pour les enfants, mais **il convient à tous les âges**, et en particulier pour les personnes non lettrées.

Réaliser un jeu de dominos :

On peut reprendre un jeu de dominos déjà existant ou bien en créer un nouveau. Le jeu de dominos est particulièrement utile pour illustrer les éléments reliés entre eux par un lien de cause à effet ou par un lien temporel (exemple, pour expliquer la chaîne de transmission des microbes, ou bien expliquer la chaîne « cause de la maladie, symptômes, traitement et guérison, ou absence de traitement et séquelles »). Le principe est le même qu'un jeu de dominos normal, mais chaque participant doit commenter le domino qu'il pose, et s'il n'y arrive pas, un autre participant (ou l'animateur) doit l'aider.

Exemple :

Jeu de dominos pour la prévention des diarrhées, Martine et Patrick Mougnot © 2005. Programme de lutte contre la mortalité infantile-juvénile dans les villages de l'arrière-pays de Manakara, Madagascar, Inter Aide, réseau Pratiques, www.interaide.org/pratiques.

9 / LE PHOTOLANGAGE

Utile pour :

- **apprendre à choisir** et à **expliquer** ses choix ;
- **faciliter l'expression** en groupe.

Pour qui ? Où ?

- il est destiné à être utilisé **en groupe** ;
- initialement conçu pour être utilisé avec des groupes d'adolescents comme une aide à l'expression personnelle, photolangage peut être utilisé avec **n'importe quel groupe** ;
- le lieu doit permettre de disposer les photos (sur une table par exemple), et être **suffisamment calme** et à l'abri de distractions.

Réalisation, déroulement :

L'outil photolangage est constitué **d'une série de photos sur un thème donné**. Certains photolangages sont disponibles à la vente, mais **vous pouvez aussi créer le vôtre**. Le photolangage s'utilise en groupe. Les photos sont posées face retournée sur une table. Une question est posée et chaque participant choisit pour y répondre une à trois photos (selon les cas). Une même photo peut être choisie par plusieurs participants. Ensuite, chacun prend la parole à tour de rôle pour expliquer pourquoi il a choisi ces photos, ce qu'elles représentent pour lui, le sens qu'il leur donne, en quoi elles répondent à la question posée, etc. Cette prise de parole peut être suivie d'une discussion entre personnes ayant choisi des photos opposées. Cela permet de confronter les représentations visuelles, les points de vue, les perceptions.

Les règles de base à respecter sont les mêmes que pour toute animation de groupe :

- **respect de la parole** de chaque participant (le formateur doit veiller à ce que chacun puisse s'exprimer). Pas d'agression verbale, personne ne doit se couper la parole ;
- **les temps et les échanges sont régulés** par le formateur.

On peut créer son propre photolangage en rassemblant un jeu de photos, ou bien s'en procurer un, mais ils sont en général payants.

10 / LE COUNSELING

Utile pour :

- **conseiller un individu sur un thème** de santé, en partant du principe que l'individu lui-même est capable et en droit de participer à la résolution des problèmes qui le concernent ;
- **offrir un accompagnement personnalisé** et adapté aux connaissances, attitudes et pratiques de chacun.

Pour qui ? Où ?

Le counseling est une technique utilisée **en entretien individuel**, de préférence dans un lieu calme, sans distractions, où la confidentialité peut être préservée. Des posters, brochures, dépliants et autres outils sont conseillés pour servir de supports de communication ou aider à illustrer la discussion.

Déroulement :

- le counseling nécessite d'établir **une relation de confiance et d'écoute**, basée sur le respect mutuel ;
- **les objectifs généraux du counseling** sont de favoriser la prise de décision, de promouvoir le développement personnel, d'aider la personne à faire face à des situations nouvelles et de lui permettre d'améliorer la qualité de ses relations interpersonnelles. Les objectifs spécifiques diffèrent ensuite selon le thème traité ;

→ **un guide d'entretien peut servir de trame** à un counseling, même si celui-ci peut ne pas être respecté scrupuleusement ; il faut en effet **laisser une place à la discussion spontanée** et aux associations d'idées. Le but du guide est surtout de servir de pense-bête pour se rappeler les différents points clés à ne pas oublier.

Exemple :

Méthode GATHER en santé reproductive (OMS)¹⁴ :

- G**reet users
- A**sk users about themselves
- T**ell users about the service(s) available
- H**elp users choose the service(s) they wish to use
- E**xplain how to use the service(s)
- R**eturn follow-up

11 / LA REPRÉSENTATION THÉÂTRALE

Utile pour :

- **réfléchir** à son comportement, ses réactions, ses émotions, ses croyances, et comprendre d'autres points de vue ;
- réfléchir aux conflits et aux émotions mis en scène et voir **dans quelle mesure ils peuvent être des obstacles ou des facteurs favorisant** les comportements favorables à la santé.

Pour qui ? Où ?

- **pour un groupe important** : on cherche à atteindre l'ensemble de la communauté.
- dans **un lieu extérieur ou intérieur**, calme, permettant d'accueillir un grand groupe avec une bonne visibilité sur la scène.

ATTENTION

il faut vérifier que ce type de communication correspond à la culture des spectateurs et utilise les modes de narration qui sont familiers aux cibles depuis leur petite enfance. Dans une société où le théâtre est apparu tout récemment, est-il pertinent d'utiliser ce mode de communication ? Quelles sont les formes de narration du théâtre traditionnel local ?

Réalisation, déroulement :

Choisir ou écrire un scénario qui traite d'une question de santé. Des pièces traditionnelles conviennent parfois parfaitement, ou peuvent servir de base pour une adaptation.

La question de santé ne doit pas nécessairement être le centre du scénario, mais elle doit être suffisamment mise en avant pour interpeller le public.

Plusieurs possibilités sont offertes en termes d'investissement de la communauté :

- **Écrivains, acteurs et spectateurs** : Le scénario peut être écrit par des membres de la communauté eux-mêmes, qui seront ensuite les acteurs et offriront une représentation au restant de la communauté, dans le cadre d'un atelier théâtre complet, de l'écriture à la représentation. Dans ce cas, certains peuvent également être chargés des décors, des costumes, des accessoires ; d'autres d'annoncer la représentation (publicité) et de l'organiser (trouver et préparer un lieu, préparer l'accueil des spectateurs, etc.).

- **Acteurs et spectateurs** : Un groupe de la communauté peut répéter une pièce déjà écrite et offrir une représentation au restant de la communauté. Dans ce cas également, certains peuvent être chargés des décors, des costumes, des accessoires ; d'autres d'annoncer la représentation (publicité) et de l'organiser (trouver et préparer un lieu, préparer l'accueil des spectateurs, etc.).

→ **Spectateurs** : La communauté bénéficie d'une représentation théâtrale, interprétée par des membres extérieurs à la communauté. Il est conseillé d'essayer au maximum d'entreprendre une **démarche participative avec la communauté**, afin que celle-ci s'investisse, porte le projet et qu'il en découle un maximum d'échanges. **Un temps de discussion** est d'ailleurs vivement conseillé à la fin de la représentation, pour permettre au public de poser ses questions, d'interpeller les acteurs sur certains points, etc.

14. Cf. « Interagency manual on reproductive health in refugee situations : Information, education and communication programmes », publication OMS.

12 / LES MARIONNETTES

Utiles pour :

Faire réfléchir les gens à ce qui est bon ou mauvais pour la santé en leur présentant des scénettes reprenant des situations réelles qui les renvoient à des expériences personnelles.

Pour qui ? Où ?

- pour un **groupe de taille moyenne** (une vingtaine de personnes) ;
- pour **les enfants et les familles**.
- **dans un lieu calme**, à l'extérieur ou à l'intérieur.

Réaliser un spectacle de marionnettes :

Il faut au préalable se procurer les marionnettes. Plusieurs types de marionnettes existent, par exemple :
→ **marionnettes en tissu**, manipulées à la main
→ **marionnettes à fils** : les fils sont accrochés aux bras, aux jambes, à la tête et à la bouche des marionnettes. Elles peuvent être en tissu, en carton, en bois ou en tout autre matériau.
→ **marionnettes à tiges pour théâtre d'ombres** (en bois, papier ou métal).

Il peut être intéressant, en fonction du temps et des moyens, d'organiser un atelier de **fabrication de marionnettes**. Cela permet de **construire une démarche participative** où les enfants créent les marionnettes, inventent un scénario et enfin réalisent le spectacle en invitant familles et amis. La démarche est la même que pour la représentation théâtrale : les enfants peuvent monter le projet du début à la fin ou participer à certaines étapes seulement. Une discussion à la suite du spectacle est également recommandée. Il est même possible de réaliser quelques apartés et discussions pendant le spectacle même. Les marionnettes s'y prêtent bien : en effet, une marionnette

peut avoir comme rôle d'interpeller le public, et d'apparaître à intervalles réguliers pour l'interroger : « Vous avez vu ce qui vient de se passer ? Qu'en pensez-vous ? Comment monsieur X. pourrait-il faire pour éviter de ... ? ». Il est même possible et conseillé d'envisager un scénario interactif, où le public choisit la suite de l'histoire en votant pour la solution qui lui semble la meilleure parmi deux ou trois proposées, et en en découvrant ensuite les conséquences.

Par exemple : « Le petit Moussa a de la fièvre, il frissonne. Sa maman est très occupée (elle est en train de... – choisir une activité importante selon le contexte). Une voisine lui dit : "Il faut emmener le petit voir l'agent de santé communautaire sans tarder." Une autre dit : "Ce n'est pas grave. Tous les enfants font de la fièvre, il s'en remettra, il est costaud." Que choisissez-vous ? ».

Le scénario évolue ensuite différemment en fonction de la solution choisie. Puis on réinterroge : « Était-ce le bon choix ? », pour permettre au public de le confirmer ou de le rectifier si nécessaire. Si le public s'était trompé et qu'il change d'avis, on rejoue la nouvelle solution choisie.

Exemple :

Coffret pédagogique Badaboum et Garatoi (Inpes), sur la prévention des accidents d'enfants de 4 à 6 ans. Ce coffret vise à mettre en scène, par des marionnettes, des situations à risques d'accident. Seuls les visages des marionnettes sont fournis, les corps devant être fabriqués par les enfants.



POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR ET UN SAVOIR-FAIRE

1 / LA DÉMONSTRATION

Utile pour :

Acquérir un savoir-faire, en voyant faire et en s'entraînant.

Pour qui ? Où ?

Entretien individuel ou en petit groupe. S'il y a trop de monde, les gens ne verront pas aussi bien, ne pourront pas tous s'entraîner ni poser toutes les questions qu'ils souhaitent.

Déroulement :

- **expliquer la technique** dont on va faire la démonstration. Encourager les questions dès ce stade ;
- **faire la démonstration**, lentement et par étapes. Donner des explications en même temps. Refaire la démonstration si elle n'a pas été comprise. Encourager les questions ;
- **demander à un volontaire** de venir refaire la démonstration. Encourager les commentaires ;
- **donner à chacun la possibilité de s'entraîner**. Observer et conseiller.

Proposer un travail en binômes pour que les participants puissent s'aider mutuellement.

À SAVOIR

- plusieurs séances de démonstration peuvent être nécessaires pour acquérir un savoir-faire. Penser à les planifier ;
- les visites de suivi peuvent être utiles pour contrôler les savoir-faire acquis ou corriger les erreurs ;
- il est recommandé de faire la démonstration avec du matériel et des objets familiers pour le public (par exemple dans le domaine de la nutrition, utiliser les modes de cuisson et les ustensiles communément utilisés par la population).

Exemples :

- Démonstration de l'utilisation du préservatif.
- Démonstration de la préparation d'une solution de réhydratation orale.

2 / LES MAQUETTES ET AUTRES TEACHING AIDS

Utiles pour :

- illustrer un message, visualiser un mécanisme ;
- permettre aux participants de **s'exercer**.

Pour qui ? Où ?

À utiliser en **entretien individuel ou en groupe**, ou encore à présenter lors d'une **exposition**.

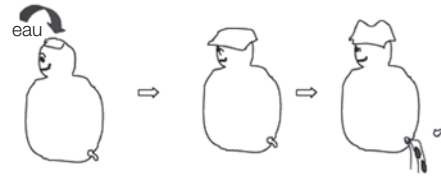
Réalisation : Quelques conseils :

- **des aides en 3D** sont conseillées, elles permettent de mieux visualiser dans l'espace. C'est particulièrement le cas lorsqu'on transmet des notions d'anatomie : une coupe anatomique (en 2D) est très difficile à comprendre ;
- **essayer de fabriquer des maquettes** aussi réalistes que possible ;
- essayer de **les rendre ludiques et les plus attrayantes** possible, surtout lorsque l'on s'adresse à des enfants.
- Il est possible de réaliser des maquettes ou autres teaching aids à **partir de divers matériaux** : carton, tissu, calebasses, bois, vieux vêtements, bouteilles, canettes... Utiliser son imagination !

Exemple :

Pour mieux faire comprendre les conséquences de la diarrhée (déshydratation), on peut utiliser une calebasse dont on coupera l'extrémité supérieure, et dans le bas de laquelle on percera un petit trou qu'on obturera dans un premier temps avec un bouchon. Dans un deuxième temps, on remplira entièrement la calebasse d'eau et on la couvrira avec un tissu fin et humide. On demandera ensuite à un participant de retirer le bouchon et d'observer ce qui se passe. Le tissu se creusera, mimant la dépression de la fontanelle chez les bébés déshydratés. Il est conseillé de dessiner des yeux, un nez et une bouche sur la

calebasse pour mieux représenter le bébé. On peut également percer des petits trous au coin des yeux, ce qui permettra d'observer que quand la calebasse est pleine (enfant bien hydraté), si l'enfant pleure, des larmes coulent, tandis que quand la calebasse se vide (enfant déshydraté), si l'enfant pleure, il n'y a plus de larmes.



On fera ainsi passer un second message sur les signes de la déshydratation : « Un bébé qui pleure sans verser de larmes est probablement déshydraté ! »

– De nombreux exemples de « teaching aids » sont présentés dans le livre de C. Werner et B. Bower, *Helping health workers learn*.

3 / L'ÉTUDE DE CAS

Ce sont des histoires fondées sur des faits réels.

Utiles pour :

- proposer et évaluer des solutions ;
- apprendre à **résoudre des problèmes**.

Pour qui ? Où ?

À réaliser en **petit groupe**, afin de partager, d'argumenter et de confronter les différentes solutions proposées.

Rédaction :

- veiller à **l'anonymat** ;
- rédiger un **texte concis** pour maintenir l'attention de l'auditoire. Les informations données doivent être précises et réalistes, et ne pas porter à confusion. De préférence, le cas doit porter sur une seule thématique. Il doit soulever des problèmes et appeler une décision (conclusion ouverte). Le problème peut

déjà avoir été résolu d'une certaine manière, dans ce cas, celle-ci sera alors discutée par les participants. (L'animateur pourra demander : « Êtes-vous d'accord avec les solutions retenues ? Leur solution est-elle transposable ? Que feriez-vous différemment ? »).

Déroulement :

- **distribuer des exemplaires** si les gens savent lire. Lire à haute voix sinon ;
- laisser un petit temps de **réflexion individuelle** ;
- **poser quelques questions** pour lancer la discussion : « Que pensez-vous de la situation ? Quels problèmes identifiez-vous ? » ; puis poursuivre par des questions portant sur la recherche de solutions : « Que feriez-vous ? Quelles sont les solutions envisageables ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ? » ; et enfin par des questions portant sur la décision : « Quelle solution retenir ? Pourquoi ? ».

L'animateur doit rester neutre, il reformule les idées de chacun pour clarifier les différents points de vue. Son rôle est aussi d'encourager la participation de chacun. De plus, il doit faire prendre conscience aux participants des éléments décisifs dans leur raisonnement, et les inciter à transposer les résultats de cette étude de cas à leurs pratiques.

3D

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR-FAIRE ET UN SAVOIR-ÊTRE

1 / LE JEU DE RÔLE¹⁵

Le jeu de rôle est un moyen ludique
**d'apprendre en se rapprochant
de situations réelles.**

Utile pour :

- développer un **savoir-faire** (gestes pratiques) ;
- développer des **capacités à communiquer**, à interagir avec les autres, à explorer différentes solutions et à adapter les réponses selon les situations ;
- développer **l'empathie, l'esprit critique.**

Pour qui ? Où ?

En **petit groupe**, avec un ou deux animateurs.

Déroulement :

Jeu (20-30 minutes) :

- **chaque participant** (tous doivent être volontaires) reçoit une description du rôle qu'il doit jouer (à l'écrit ou à l'oral).
- Après quelques minutes de préparation, le jeu proprement dit commence.
- **ceux qui observent** peuvent faire des

suggestions, et parfois se joindre au jeu.

→ **quand les acteurs ont résolu le problème**, s'ils s'embrouillent au-delà de 20 minutes, si les spectateurs ont l'air de s'ennuyer : arrêter le jeu.

Discussion (20-30 minutes) :

Après le jeu, animer une discussion ou acteurs et spectateurs discutent du déroulement et des réactions de chacun. Vous pouvez par exemple ouvrir le débat en posant des questions telles que : « Êtes-vous satisfait de la façon dont s'est terminé le jeu ? Auriez-vous pu trouver d'autres solutions ? Qu'avez-vous ressenti tout au long du jeu ? ».

Exemple :

Jeu de rôle tiré de « Les Enfants pour la santé », publication L'enfant pour l'enfant et Unicef, 1993 : Mettre les adolescents en groupes de deux et les laisser choisir une situation pour s'entraîner à dire non, par exemple : dire non quand on leur offre un verre d'alcool ou une cigarette ; dire non quand on leur propose de la drogue ; dire non quand on leur propose d'avoir un rapport sexuel non protégé. Dans chaque groupe, un enfant joue le rôle du « tentateur » et l'autre de « celui qui dit non ».

Après le jeu de rôle, aider les participants à en discuter : « Que pensiez-vous quand on vous demandait de faire des choses dangereuses ? »
« Que ressentiez-vous quand les tentateurs ne voulaient pas accepter votre "non" ? »
« Dans la réalité, qu'est-ce qui aurait pu vous faire changer d'avis ? »
Et : « Pourquoi vouliez-vous persuader votre ami de faire quelque chose de dangereux ? »
« Qu'avez-vous ressenti quand votre ami a dit "non" ? » « Qu'aurait-il dû vous dire pour que vous arrêtiez de tenter de le convaincre de faire ce qu'il ne voulait pas faire ? »

15. À partir de Werner D. et Bower B., « Helping Health Workers Learn ».

3 E

POUR DÉVELOPPER UN SAVOIR, UN SAVOIR- FAIRE ET UN SAVOIR-ÊTRE

1 / LA MALLETTE PÉDAGOGIQUE

Utile pour :

Mettre en œuvre une action d'éducation pour la santé **englobant les trois champs des savoirs, savoir-être et savoir-faire.**

Pour qui ? Où ?

À **utiliser à l'école**, dans le cadre d'un projet d'éducation pour la santé en milieu scolaire. Les activités proposées sont adaptées pour un groupe de taille scolaire.

Réaliser une mallette pédagogique :

La mallette pédagogique regroupe **plusieurs activités** (histoires, discussions, débats, jeux de rôle, démonstrations, etc.) et **éventuellement outils** (jeux, posters, brochures). **Elle permet de réaliser un projet assez complet et suivi dans le temps sur le thème de santé retenu.**

Les activités permettent d'approfondir au fur et à mesure et de développer des connaissances dans les trois champs des savoirs, savoir-faire et savoir-être.

Exemple :

- **Projet pédagogique sur le VIH/sida en milieu scolaire** : http://www.interaide.org/pratiques/pages/santesco/educsante/ID_sida.htm (Initiative Développement. Programme de Jean Rabel, Haïti).
- **Projet pédagogique sur la nutrition en milieu scolaire** : http://www.interaide.org/pratiques/pages/santesco/educsante/ID_alimentation.htm (Initiative Développement. Programme de Jean Rabel, Haïti).



PAGE 86

4A

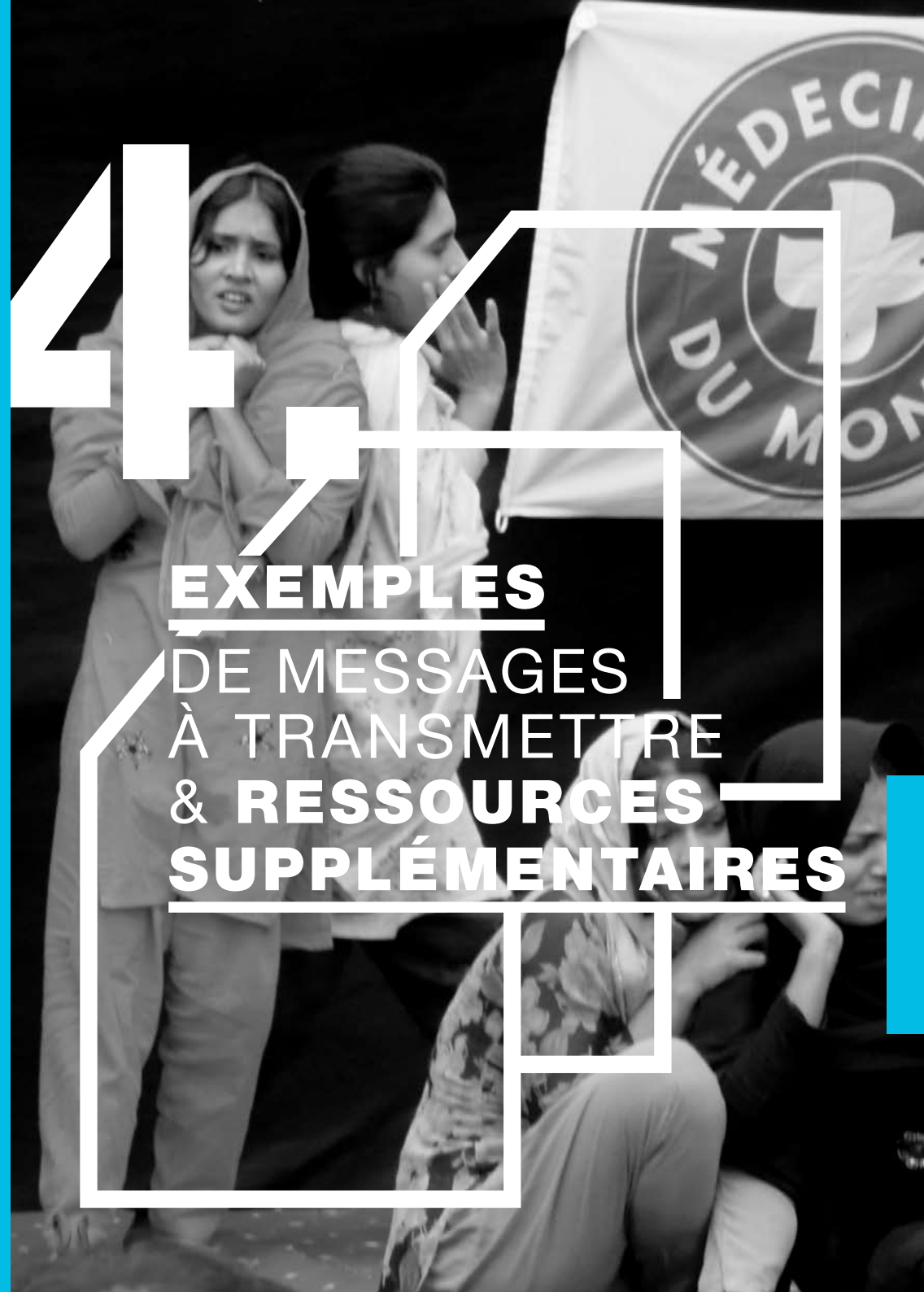
**EXEMPLES DE
MESSAGES À
TRANSMETTRE**

PAGE 87

4B

**LES
RESSOURCES
SUPPLÉMEN-
TAIRES**

87 Les livres et les guides
d'activité
87 Les sites Internet



**EXEMPLES
DE MESSAGES
À TRANSMETTRE
& RESSOURCES
SUPPLÉMENTAIRES**

44 A

44 B

EXEMPLES DE MESSAGES À TRANSMETTRE

➤ La publication « Facts for life » (Unicef, OMS, Unesco, Fnuap, Pnud, Onusida, PAM, Banque mondiale), téléchargeable gratuitement sur Internet, reprend pour chaque grand thème des exemples de messages clés à transmettre à la population. Les voici à titre indicatif, pour vous aider et éventuellement vous en inspirer dans la conception de vos outils.

Chaque chapitre est composé de deux parties : la première présentant les messages clés et la seconde approfondissant ces messages point par point.

Pour accéder au sommaire des chapitres et les télécharger, cliquer sur le lien suivant :

- **Savoir pour sauver :**
<http://www.unicef.org/french/ffl/text.htm>

Pour accéder directement au contenu des messages par chapitres :

- **L'espace des naissances :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part2.pdf>
- **La maternité sans risques :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part3.pdf>
- **Le développement et l'apprentissage du jeune enfant :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part4.pdf>

- **L'allaitement maternel :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part5.pdf>
- **La nutrition et la croissance :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part6.pdf>
- **La vaccination :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part7.pdf>
- **La diarrhée :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part8.pdf>
- **La toux, les rhumes et autres maladies plus graves :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-en-part9.pdf>
- **L'hygiène :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part10.pdf>
- **Le paludisme :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part11.pdf>
- **Le VIH/sida :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part12.pdf>
- **La prévention des accidents :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part13.pdf>
- **Les catastrophes et les situations d'urgence :** <http://www.unicef.org/french/ffl/pdf/factsforlife-fr-part14.pdf>

LES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Les livres et les guides d'activité

- « **Child to child : a resource book** » (activity sheets), payant, peut se commander sur le site Talc : <http://www.talcuk.org/>
- **Werner C. and Bower B.**, « **Helping health workers learn** », payant, peut se commander sur le site Talc : <http://www.talcuk.org/>
- « **Listening for health : better health communication through better listening** », ICCB et Child to child, payant, peut se commander auprès du Bice (bureau international catholique de l'enfance) : bice.paris@bice.org
- « **Les enfants pour la santé** », L'enfant pour l'enfant en association avec Unicef.
- **HIV / stigma** (international HIV / Aids Alliance), activités de groupe pour combattre la discrimination : « Understanding and challenging HIV stigma », toolkit for action
- « **Modulos de capacitacion en salud sexual y reproductiva para adolescentes** », Médecins du Monde. Disponible sur l'intranet de Médecins du Monde, rubrique S2AP
- **A. Gumucio Dagron.** « **Ondes de choc, histoires de communication participative pour le changement social** », Fondation Rockefeller, disponible en ligne sur : http://www.communicationforsocialchange.org/pdf/ondes_de_choc.pdf

Les sites Internet

Pour trouver des outils d'éducation pour la santé :

- **Institut national d'éducation pour la santé :** www.inpes.sante.fr, rubrique le catalogue
- **Centre régional de prévention du sida (Crips) :** www.lecrips.net
- **Outils de prévention africains** sur le site Internet du Crips : <http://asp.lecrips-idf.net/afrique/outils-afrique.asp>
- **Pédagogie interactive en promotion de la santé :** <http://www.pipsa.org/index.cfm>
- **Pratiques :** réseau d'échanges d'idées et de méthodes pour des actions de développement <http://www.interaide.org/pratiques/pages/sante/sante.html>
- **Ressources en ligne de l'association Child to Child :** <http://www.child-to-child.org/resources/onlinepublications.htm>
- **Centre for global health communication and marketing :** http://www.globalhealthcommunication.org/tools/strategy/behavior_change_communication
- **Site Internet de Talc :** Teaching aids at low cost. <http://www.talcuk.org/books.htm>

PAGE 90

5A

INTRODUCTION

- 90 1/ Avant d'aller plus loin, un contexte : l'éducation pour la santé
- 91 Questions de définition

PAGE 92

5B

COMPLEXITE DU TRANSFERT DE CONNAISSANCES : CE QU'IL FAUT PRENDRE EN COMPTE DANS L'ÉLABORATION DES OUTILS DE SENSIBILISATION

- 93 1/ L'image et l'écrit
- 97 2/ Les métaphores et les métonymies
- 97 3/ Le récit et le discours
- 99 4/ Rôles/places de l'énonciateur/émetteur
- 100 5/ La posture cognitive des destinataires
- 102 6/ La dissonance cognitive (Festinger, 1957)

PAGE 104

5C

CONCLUSION

PAGE 105

5D

ANNEXES

- 105 1/ Analyse d'une affiche
- 107 2/ Bibliographie
- 107 3/ Pour aller plus loin



ANNEXE

SUPPORTS

DE SENSIBILISATION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : QUELQUES CLÉS

5A

INTRODUCTION

➤ Qu'entendons-nous par dispositifs de sensibilisation ? Comment sont-ils construits ? Pourquoi et comment prendre en compte les déterminants socioculturels dans l'élaboration des dispositifs ? Et, surtout, quels sont les pièges et les écueils à éviter ?

Nous allons essayer dans ce chapitre de dégager quelques grands traits propres aux dispositifs de sensibilisation, en s'inspirant de ce qui se fait déjà, sur les terrains de l'éducation pour la santé.

1 / AVANT D'ALLER PLUS LOIN, UN CONTEXTE : L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ¹⁶

L'éducation pour la santé s'inscrit comme une activité nécessaire dans tout programme de promotion de la santé, car elle permet de donner les moyens aux populations d'adopter des comportements plus favorables à leur santé, de les informer et de les éduquer afin qu'ils aient une connaissance et une utilisation

correctes des ressources en santé à leur disposition. De plus, elle favorise l'appropriation des problèmes par la communauté, ce qui est un facteur clé pour la pérennisation des activités promotrices de santé.

L'éducation pour la santé cherche ainsi à donner aux individus à la fois les **savoirs**, les **savoir-être** et les **savoir-faire** nécessaires pour pouvoir, s'ils le souhaitent, changer de comportements ou renforcer des comportements favorables à leur santé et à celle de la communauté. Elle a pour objectif de permettre à chacun de pouvoir faire des choix responsables en matière de comportements ayant une influence sur sa santé et sur celle de la communauté. L'implication de l'individu vise aussi à promouvoir une **démarche participative en santé**.

Plusieurs approches coexistent en éducation pour la santé, on en retiendra ici les principales¹⁷ :

- l'approche **injonctive ou persuasive**,

qui a pour objectif la modification systématique des comportements des individus et des groupes ;

- les approches **informatives et responsabilisantes**, qui recherchent la prise de conscience par les individus de ce qui est bon pour eux ;

- l'approche **participative**, qui vise l'implication, la participation des individus et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé.

2 / QUESTIONS DE DÉFINITION

On entend par dispositif de sensibilisation un outil qui est construit autour de quatre éléments :

- une **cible** ;
- un **matériel** (audiovisuel, affiche, brochure, médiation...) ;
- un **espace-temps** pour leur rencontre (réunion, causerie, séance de théâtre, journaux télévisés, salle d'attente...) ;
- un **émetteur** (l'énonciateur du message : un agent de santé, une institution, un pair...).

Autrement dit, la sensibilisation réfère à un espace-temps qui met en présence un émetteur, un matériel et des cibles. La sensibilisation ne peut se contenter d'un seul de ces éléments, c'est l'ensemble de ceux-ci qui constitue le dispositif. De plus, il faut y ajouter toute l'épaisseur de la relation qui les unit. Le dispositif est donc **la rencontre entre ces éléments et l'action mutuelle et conjointe** de ces différents éléments. Cette précision est importante, car nous verrons que, lorsque l'un des éléments n'est pas maîtrisé (mauvais matériel ou message inapproprié, population mal ciblée, mauvais

moment pour la diffusion, émetteur inadapté), il met en péril les trois autres : quelle est l'efficacité d'un très bon spot TV dans des zones où il n'y a qu'un téléviseur par village ? Quel crédit vont accorder des femmes à un jeune homme (même issu de la même culture) animant une session de sensibilisation à l'allaitement maternel ?

Cette fiche méthodologique va s'intéresser principalement au matériel (l'affiche, l'émission, le prospectus...) et à son mode de diffusion. La méthode d'analyse que nous allons utiliser (**analyse sémiologique**) va **décrire la manière dont un document instaure une relation avec ses destinataires**. Cette fiche a pour objet de donner les moyens et les outils méthodologiques pour **prendre en compte des éléments de la culture dans la conception des outils de sensibilisation, ce qu'il faut faire et les pièges et les dangers à éviter**.

16. Se référer au cadre de référence Éducation pour la santé, S2AP 2008, disponible sur Intranet ou sur www.mdm-scd.org.

17. Bury J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988.

5B

COMPLEXITÉ DU TRANSFERT DE CONNAISSANCES : CE QU'IL FAUT PRENDRE EN COMPTE DANS L'ÉLABORATION DES OUTILS DE SENSIBILISATION

➤ La création des outils de sensibilisation demande une connaissance précise des représentations, du contexte et de l'organisation socioculturelle du public visé.

Les principaux déterminants socioculturels à prendre en compte sont :

→ **les représentations culturelles** (et les mots pour les dire : la langue) des populations et des émetteurs sur le sujet abordé : la représentation de la violence est-elle la même pour le public ciblé que pour les professionnels qui élaborent un message de sensibilisation ? Quels mots sont utilisés pour parler d'un sujet tabou (sexualité, violence...) dans une société donnée ? ;

→ **les codes culturels conscients ou inconscients** qui donnent du sens (explicite ou implicite) aux messages, la *structure*

sémiologique des dispositifs : dans le système culturel birman, quels sont les signes (flèches, idéogrammes, couleurs, gestes...) habituels pour représenter le risque ? ;

→ **le contexte socioculturel et l'organisation** (structure de la famille, type d'activité par genre, rapport d'autorité...) : les populations ont-elles toujours les moyens de mettre en œuvre les conseils ou injonctions dispensés dans les messages ?

Prenons un exemple, rapporté par B. Taverne¹⁸ : Au Burkina Faso, la formule employée dans les messages de sensibilisation contre le sida se

présente sous la forme de l'alternative : « fidélité ou capote ». Si le second terme ne prête à aucune confusion puisqu'il désigne un objet, quelle va être la signification que vont attribuer les populations au terme de « fidélité » ? Ce message est une injonction à un comportement sexuel précis qui semble aller de soi puisqu'il n'est même pas expliqué, or quelle signification les populations (pour certaines polygames) attribuent-elles au terme « fidélité » ?

Quelle place ce concept occupe-t-il pour elles parmi l'ensemble de normes et de valeurs qui régissent les relations hommes/femmes ? On doit s'interroger sur la signification accordée à un terme dans le domaine de la sexualité comme dans tout autre domaine en tenant compte du cadre social et culturel dans lequel le comportement s'inscrit.

Nous allons chercher à saisir comment la population ciblée par un message peut le comprendre, s'approprier son contenu, et comment elle peut, à partir de là, faire évoluer son raisonnement. Pour cela, **nous allons passer en revue les grandes logiques cognitives qui sont mobilisées lors de la vision d'un dispositif, c'est-à-dire les différents éléments présents dans la structure des messages qui influencent leur compréhension.**

Définition :

La cognition regroupe les divers processus mentaux tels que la perception, la motricité, le langage, la mémoire, l'affectivité, le raisonnement et les fonctions exécutives en général. On regroupe ainsi sous le terme cognition les fonctions dont est doté l'esprit humain et par lesquelles nous construisons une représentation opératoire de la réalité susceptible de **nourrir nos raisonnements et de guider nos actions.**

1 / L'IMAGE ET L'ÉCRIT

Les supports de sensibilisation tels que les affiches, brochures, prospectus, mais aussi les outils médiatiques (films, spots...), permettent de décliner deux modes d'expression : l'**iconique** (l'image) et le **verbal** (oral ou écrit).

Avant tout, il est important de savoir que ces deux modes d'expression sont extrêmement codées en fonction des cultures et des sociétés. Les mots, les photographies, les objets, les lieux ou encore les gestes sont des signes qui puisent leur signification dans tous les aspects de la culture et de la vie sociale : **dans les messages, la présence d'un objet, les caractéristiques d'un lieu, le geste d'un personnage sont porteurs d'informations, de sens, qui dépassent parfois la fonction d'usage de l'objet.** Ainsi, la représentation d'une seringue peut évoquer soit une thérapie (un vaccin par exemple), soit une pratique à risque (injection d'héroïne). De même, la représentation d'un policier sur une affiche de sensibilisation contre les violences faites aux femmes peut évoquer soit une protection (la notion de sécurité, de justice), soit une forme d'agression (violences policières, corruption...). La création de ces dispositifs demande donc une **connaissance précise du sens et des codes associés à des objets spécifiques par une culture.**

Définition :

La sémiologie (science des signes ou de la signification) peut se définir comme l'étude des procédés de communication (au sens large) et a pour objet tout système de signes au sein d'une culture : les images, les gestes, les sons, les regards, les objets...

18. Taverne B., « Valeurs morales et messages de prévention : la fidélité contre le sida au Burkina Faso ».

On peut la rapprocher de la sémiotique au sens de « connaissance des signes ». La sémiologie vise à comprendre les signes et les lois qui les régissent (conventions, codes...). Ses objets d'étude peuvent être : le code de la route, le code morse, le langage des sourds-muets, les formes de politesse, de conversation... La sémiologie, dans le cadre des dispositifs de sensibilisation, étudie les procédés culturels de communication, c'est-à-dire les moyens utilisés (et reconnus par les populations) pour donner une information dans une culture donnée.

Le verbal (oral ou écrit) peut être décomposé en unités (phrases, mots, syllabes) et s'élabore à partir de codes (grammaire, orthographe, constructions syntagmatiques...). Selon les sociétés, les phrases ne sont pas construites de la même manière, les mots pour dire quelque chose ne sont pas les mêmes (au-delà du problème de la langue et de la traduction bien entendu). Cela nécessite alors de connaître le mode de communication verbale d'une population. **Quelle langue utiliser ? Quel dialecte choisir dans des contextes de pluriethnicité ? Quels niveaux de langage, de vocabulaire technique peut-on employer ?** Est-ce stratégique de parler de la violence comme d'un « problème de santé publique » (affiche de l'OMS) lorsque l'on s'adresse à des femmes victimes de violences ? **Et quel mode d'interpellation utiliser ?** Ainsi, dans certaines cultures, pour dire que « tout va bien », le mot ou l'expression sera associé à un geste ou à un bruit. De même, pour signifier « être en bonne santé », on trouvera selon les zones des expressions telles que : « être en paix », « être en équilibre », etc. Les messages reprenant ces expressions et ces gestes seront alors plus facilement intériorisés, car « ressemblant » plus à la réalité langagière.

Le langage verbal, lorsqu'il s'exprime par l'écrit, est une manière d'expression très codée qui favorise la distanciation. Mais il est aussi une source de discrimination, puisqu'il approfondit considérablement la différenciation entre les lettrés et les non-lettrés.

N.B. : L'analyse sémiologique des messages (Barthes, 1985) distingue les messages verbaux et non verbaux. En clair, il faut tenir compte de ce qui est dit (la dénotation) et de ce qui est raconté simultanément de manière implicite (la connotation que l'on retrouve dans le sens des mots, dans la gestuelle...). Selon les pays un même mot ne va pas prendre le même sens : le mot hôpital dénote une structure de santé, mais il connote selon les situations : la guérison, le soulagement, la douleur, l'attente, la maladie... Il importe donc de connaître les référentiels de « l'autre » pour communiquer avec lui.

À RETENIR UTILISATION DE L'ÉCRIT

→ Le choix des mots pour parler d'un sujet est codé en fonction des cultures.

Un même mot peut avoir plusieurs sens ;
→ l'écrit nécessite de connaître son groupe cible : population lettrée ? Quelle langue ? Quels niveaux d'éducation et de maîtrise du langage ? Quel mode d'interpellation ? ;
→ attention aux codes couleurs (fond d'image, couleur de la police...) qui accompagnent un texte : certaines couleurs vont influencer la compréhension du texte : connotation ;
→ attention : l'écrit reste une source de discrimination.

Tout comme le verbal, l'image est très codée. Pour représenter une idée, une réalité, les sociétés n'utilisent pas le même type d'images et les références pour montrer la maladie peuvent être très différentes. Selon les zones, on aura l'habitude de représenter le soin par le soignant lui-même, l'institution (hôpital),

ou encore la thérapeutique (un médicament). **L'interprétation d'une image**, dans la mesure où elle représente des personnages, des objets, des lieux, fait appel à des représentations mentales qui trouvent leur origine dans notre expérience du monde et aux codes culturels qui leur sont associés. Dans une photographie ou un dessin, le stéréotype sera rendu grâce à une mise en scène de situations et de postures convenues : les images-clichés (ou « images d'Épinal »). Le discours est souvent associé à un comportement, à une façon de se poser (enfant recroquevillé, femmes cachant leur visage, hommes qui pointent du doigt...). Une affiche conçue en France d'un homme au téléphone et tournant le dos aux destinataires, avec pour légende « Tu es nul si tu la frappes », a suscité une forte incompréhension dans le contexte haïtien. Du fait de son mode d'interpellation incorrect (il ne regarde pas ses destinataires) et des mots choisis, impliquant un jugement, l'affiche a été rejetée par ceux qu'elle voulait atteindre.

Pour certains chercheurs en communication¹⁹, l'image possède un plus grand pouvoir d'évocation, car elle est plus floue : on parle alors de polysémie. L'image, selon les théoriciens de la communication, est plus analogique que le texte. Derrière la notion d'analogie, on peut classer les images de type photographique ou les dessins : homme en blouse blanche = soignant. Pour ces chercheurs, ce mode d'expression favorise plus la participation de la personne que le texte, en sollicitant notamment l'imagination, le rêve. Pour d'autres, il ne faut pas faire une distinction aussi claire, car c'est la complémentarité entre l'écrit et le visuel qui permet une variété de modes de transmission et donc de modes de réception (relais de l'image au texte, effacement du texte par rapport à l'image, etc.).

LE PHÉNOMÈNE DE CENTRATION ET DE DÉCENTRATION

Il ne s'agit pas ici de se lancer dans une explication de ces phénomènes cognitifs très complexes même s'il est difficile de les simplifier du fait de cette complexité. Cependant, ces phénomènes étant à l'œuvre dans tous les dispositifs de sensibilisation, il est important de s'y arrêter. Les théories de la communication, notamment de la communication médiatisée, parlent de phénomène de centration, processus à l'œuvre dans toute maturation cognitive intellectuelle, associée à la décentration, lorsqu'une personne réceptionne les messages. Pour résumer, la maturation cognitive d'un individu (la manière dont il évolue intellectuellement) comporte plusieurs phases, à savoir du stade fusionnel dans lequel domine une perception focalisée (centration) au stade plus élaboré de perception de lui-même et du monde qui l'entoure (décentration). En clair, au stade de centration, l'individu focalise ou fusionne avec ce qui l'entoure (un enfant de 3 ans sait qu'il a un frère mais ne conçoit pas que son frère en ait un), **au stade de décentration, il prend en compte d'autres points de référence.** La maturation va permettre à l'individu de se décentrer en effectuant une différenciation entre « moi », « autrui » et « le monde ». **On entend par décentration le fait qu'il n'est plus son unique centre de référence et prend conscience de la complexité qui l'entoure.** Il y a décentration lorsqu'un individu devient capable (au-delà des clivages et des différences) de reprendre à son compte la position des autres, de comprendre leur point de vue, leur vécu, leur pensée. **C'est la décentration qui permet l'émergence de l'échange et qui favorise la formation du raisonnement logique.**

19. Thomas F., « Un corpus d'affiches d'éducation à la santé sous la loupe d'une analyse sémio-pragmatique : Dispositif de prévention, dispositif de persuasion ? », 2004.

L'image classique en sensibilisation fonctionne le plus souvent sur un phénomène de centration : on présente une réalité à un individu en tenant compte de sa capacité à fusionner avec l'image, à se centrer sur ce qu'on lui présente : image d'une femme allant se faire vacciner, d'une personne dormant sous une moustiquaire, d'une personne se lavant les mains... Cela suppose qu'il puisse se reconnaître derrière la représentation. Par exemple, en considérant que la manière dont on s'habille indique aussi la place qu'on occupe dans la société, il faut connaître les codes vestimentaires de la classe sociale que l'on cible (blouse de travail, costume-cravate/tailleur, boubou...).

L'image qui présente une seule réalité, si les codes sont bien maîtrisés, fonctionne donc essentiellement grâce à la fusion, comme l'ont montré les théories du comportement spectaculaire, et devient un facteur de centration. Ces théories sont aussi appliquées, dans une moindre mesure, pour les films. Pour simplifier, ces théories postulent qu'il y a une tendance à se perdre dans l'image, ce qui n'est pas le cas avec le texte. Selon ces mêmes théories, l'illusion des destinataires est de croire que le texte décrit le monde alors que l'image est le monde. Cependant, des critiques ont été formulées à propos de ces théories : ce raisonnement reflète peu la complexité du questionnement des personnes.

Beaucoup plus intéressant, certaines affiches jouent sur les **compétences de décentration** des personnes : par exemple, quand un récit n'est pas centré sur le point de vue unique d'un personnage (absence de « héros ») mais comporte un réseau de plusieurs personnages, le récepteur peut ne pas se focaliser sur un personnage mais évoluer parmi les différents comportements présentés. **Par ce processus, en ne proposant pas au destinataire un univers tout fait, on lui permet de réinjecter des données personnelles.** Cela constitue une forme de décentration « spectatorielle ». L'intérêt de la décentration est donc de ne pas imposer une

façon de faire, une opinion au destinataire mais de le faire évoluer vers un point de vue moins rigide. L'individu peut alors reprendre à son compte la position des autres, comprendre leur vision des choses, leur vécu, etc. La décentration permet l'émergence de l'échange et de la coopération. L'enjeu de la décentration, c'est la capacité à reconnaître les différences et à transformer son rapport aux autres afin de rendre possible la nécessaire articulation des différences. Seulement ce processus est beaucoup plus rare dans les dispositifs, car il met côte à côte des points de vue dont certains peuvent aller à l'encontre d'une prévention, sans les dévaloriser par rapport aux autres. **Il est pourtant très important de proposer ce type de communication complexe aux destinataires, car elle fait passer l'individu de passif à actif, et lui fait opérer un travail cognitif pour résoudre la tension entre les différentes propositions. Pour cela, il devra alors réintroduire dans sa réalité les questionnements qui ont été soulevés par les messages.**

À RETENIR

L'UTILISATION DE L'IMAGE

→ Les images sont plus analogiques que les mots : elles ont un plus grand pouvoir d'évocation.

→ Le choix des images pour représenter un sujet doit se faire en fonction des cultures : il est nécessaire de bien connaître sa population cible.

→ Il est important de savoir si ces images sont déjà utilisées, et donc reconnaissables, par les populations.

→ Il est nécessaire de connaître précisément le sens donné aux images par les populations.

→ L'image seule ne suffit pas : il faut passer une information par le relais du texte à l'image.

2 / LES MÉTAPHORES ET LES MÉTONYMIES

La **métaphore** est largement utilisée pour présenter des comportements, des situations ou des conséquences. Là encore, la connaissance de la culture est indispensable puisque, si la métaphore fonctionne par l'analogie, cette dernière ne sera pas perçue par toutes les cultures de la même manière : utiliser la métaphore du bouclier pour parler du vaccin ou celle du boulet au pied de l'alcoolique ne va pas forcément être compris partout. On remarque par ailleurs que la métaphore fonctionne le plus souvent sous un mode dichotomique : bon/mauvais, en état/cassé, sourire/pleurs... La **métonymie**, déplacement de sens, se trouve elle aussi dans beaucoup de supports. Un objet tel que le préservatif va représenter la relation sexuelle, la prévention, le « bon » comportement amoureux, etc. Les couleurs ont aussi un rôle, le rouge et le noir véhiculent des références à la maladie et à la mort. Ainsi avec la métonymie, on suggère.

Seulement, on comprend bien que pour la métaphore comme pour la métonymie, il faut une connaissance de la signification des codes : si le blanc est la couleur du mariage en France, il est aussi celui du deuil en Chine. L'utilisation de métaphores ou de métonymies ayant recours à des codes occidentaux rend difficile, pour une population non occidentale, la perception de la réalité représentée et de l'information.

Ces procédés sont pourtant intéressants, car **ils permettent (s'ils sont bien utilisés) d'exposer de manière claire des processus** : les résultats ou les conséquences d'une action (une calebasse percée pour montrer la déshydratation). Pour pouvoir les élaborer en tenant compte des représentations, codes et symboles culturels, c'est-à-dire en ayant

recours au savoir local, il faut idéalement une participation de la population à leur création, et quand cela n'est pas possible, la réalisation d'une enquête qualitative (entretiens, focus groups) pour récolter les informations utiles à la conception du matériel sera fortement indiquée.

À RETENIR

MÉTAPHORE ET MÉTONYMIE

→ elles sont efficaces pour visualiser des idées qu'il est plus difficile de figurer : violence psychologique, déshydratation... ;
→ elles dépendent des codes culturels ;
→ il faut bien connaître les codes culturels sinon le message peut être ambigu ou tout simplement incompréhensible.

3 / LE RÉCIT ET LE DISCOURS

Sur ces deux modes d'expression, le verbal et l'iconique, nous pouvons faire une distinction issue du champ de la linguistique (Benveniste, 1966), entre la forme récit et la forme discours. En effet, dans de nombreux supports (affiches, théâtre, médias...), on trouve ces deux types d'expression. Par **le récit**, où « les événements semblent se raconter eux-mêmes », on sollicite les compétences identificatoires, mimétiques ou encore projectives de la cible. On trouve souvent ce processus dans les dispositifs publicitaires ou encore le film de fiction. Il permet de montrer un modèle à imiter, un exemple de « bon » comportement. Dans le récit, le contact avec la cible n'est pas recherché (pas de regard dans les yeux au niveau de l'image, pas de marque d'interpellation via les pronoms personnels...). Le registre du récit utilise donc la centration le plus souvent puisqu'il présente un point de vue exposé et valorisé (image d'un enfant se lavant les mains accompagné d'un texte

du type : « Des mains propres, c'est trop cool », ou dévalorisé (image d'une famille en haillons accompagné d'un texte comme : « Cette famille n'a pas recours au planning familial ») ou encore sous forme de constat (« Sans capote, tout capote », « Un bon poêle ne fume pas »). Il y a une orientation du sens dans des normes prédéfinies par les concepteurs des messages. La centration se fait sur une personne (le héros, le personnage central...) en mettant les processus mimétiques à l'œuvre. Elle peut aussi se faire autour d'un personnage qui représente l'idéologie du groupe, un mouvement, on parle alors de sociocentrisme. Le dispositif de décentration, qui présente des points de vue multiples et en opposition, est plus rare dans ce registre. Il y a en effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, le risque, en mettant côte à côte des points de vue différents, dont certains iraient à l'encontre de la prévention, de ne pas voir les bénéficiaires adopter les comportements recherchés.

Le discours relève d'une interpellation directe, contrairement au récit qui n'adresse aucun message explicitement. Cela peut se comprendre par la volonté de transmettre le message des auteurs : l'affiche s'adresse au bénéficiaire : « Consultez votre médecin », « Rosa, fais vacciner tes enfants ! », « Fatou, si tu veux des enfants sains et intelligents, prépare chaque jour leurs repas avec du sel iodé. » Une image de dialogue s'instaure entre un émetteur et un destinataire (un « je » semble s'adresser à un « tu »). Le discours n'est que très rarement tenu par les institutions elles-mêmes, qui mettent en place l'illusion de discours entre des personnages construits et le destinataire : « Je m'appelle Florence, je ne fume pas et ça se voit » ou « Faites comme moi, ne vous exposez pas entre 11 heures et 15 heures. » Le personnage invite alors le destinataire à suivre son exemple. Cela pose néanmoins un problème : pourquoi suivre un exemple si les raisons ne sont pas justifiées ?

De quel savoir se réclame ce personnage ? Ces points seront développés plus bas. Dans le registre de l'interpellation, l'image seule peut elle aussi fonctionner. On repère ces procédés par certains éléments comme la présentation de quelqu'un qui semble nous regarder. On y voit la volonté des émetteurs de suivre l'exemple ou le conseil. Certains discours tentent d'utiliser le registre de la décentration : ainsi l'affiche qui présente une radiographie de poumons en disant : « Voici des poumons. Comment sont les vôtres ? » invite le destinataire soit à une réponse réelle (il a fait des radios, donc il sait) soit à une interrogation (sur la manière de le savoir, sur le comportement à adopter pour le savoir), mais elle ne l'invite pas à réfléchir sur l'intérêt qu'il y aurait à le savoir. Par le choix implicite qui est laissé au destinataire il n'y a pas centration.

On peut aussi assister à une **structure mixte**, c'est-à-dire mêlant récit et discours. Un énoncé verbal tenant du discours peut être associé à un énoncé iconique tenant du registre du récit ou inversement (image d'un médecin s'adressant directement au spectateur accompagné du texte : « L'iode aide au développement physique de l'enfant et à celui de son cerveau »). On le voit, la frontière entre ces deux registres est très mince. L'analyse de cette structure mixte conduit à poser la question : « **Qui dit quoi à qui ?** »

À RETENIR

RÉCIT ET DISCOURS

→ Le récit permet l'identification à une histoire et la présentation d'un modèle à imiter.

→ Le discours interpelle directement pour donner un conseil ou suivre un exemple.

→ Dans les deux cas, il faut bien connaître les codes culturels concernant l'émetteur : qui est le mieux placé pour tenir ce discours ou faire ce récit ?

4 / RÔLES/ PLACES DE L'ÉNONCIATEUR/ ÉMETTEUR

Le conventionnalisme des discours exige l'intervention ou le support de codes. Les conditions de perception résultent d'une série d'opérations codées : **comment adresse-t-on la parole dans telle ou telle culture ? Quels sont les modes d'interpellation les plus corrects ?** De même pour le récit, **existe-t-il des codes particuliers pour introduire un événement, un processus, un comportement ?** Une femme peut-elle représenter un personnage central, une héroïne pour présenter un conseil ? Le choix de représenter un enfant comme personnage central pour dénoncer des violences conjugales est-il pertinent dans des sociétés où l'enfant n'a tout simplement pas le droit à la parole ?

Attention ! On invite, dans le cas du discours, à suivre l'exemple ou le conseil d'une personne représentée sur une affiche mais sans préciser qui elle est, ni pourquoi il faut suivre son exemple. **Or, la légitimité de l'énonciateur compte tout autant, voire plus, que le message lui-même.** Les savoirs scientifiques se heurtent aux savoirs populaires pragmatiques basés sur l'expérience des énonciateurs.

Lors de la création d'outils ou d'un recrutement pour des communications interpersonnelles, il est fondamental de se demander quels sont les places, les rôles, les statuts donnés aux émetteurs. **Par la voix de qui parlent-ils ?** Dans les messages, on peut voir transparaître la voix de la science, celle du bon sens ou de la bonne conscience, celle du sens commun, voire la voix de l'enfance. On peut trouver ainsi des dispositifs, créés dans le milieu scolaire, dans une démarche d'éducation à la santé à l'école. Le principe étant, outre de former un futur adulte

autonome et responsable sur des problèmes de santé, de faire remonter l'information aux adultes par la voix de l'enfant : « On l'a vu en classe Maman, ne prends pas le risque ! » Or, dans beaucoup de sociétés, notamment africaines, l'enfant n'est pas en position (sociale, d'autorité...) de donner une information à des adultes.

Ce point n'est pas à négliger car des rôles et des places vont être assignés par les populations aux émetteurs. Pour un même message, la réception ne sera pas la même en fonction de l'énonciateur : **certaines personnes sont plus porteuses de vérité que d'autres** (par leur expérience, par ce qu'elles représentent, par leur histoire, par leur charisme, etc.). Là encore, le rôle et la crédibilité que l'on attribue aux émetteurs dépendent de la culture des destinataires : dans les sociétés où l'expérience est valorisée, quel crédit sera accordé au message d'une campagne de vaccination énoncé par une star du foot ? **Pour chaque thème d'intervention, il faut absolument comprendre qui est considéré comme le mieux placé pour en parler. Les rôles et les places qui vont être attribués sont fondamentaux dans les communications socio-éducatives car ils contribuent à la légitimité et à la crédibilité du message et de l'institution qui les porte.** De plus, ils contribuent, dans le cas des communications interpersonnelles, à créer un lien social grâce auquel les destinataires peuvent passer de passifs à actifs, par la confiance attribuée à l'émetteur.

Un bon choix d'énonciateur va permettre aussi, en situation de communication interpersonnelle, d'accommoder le message, en construisant le discours et les pratiques à partir d'éléments de son expérience : cela permet d'attribuer du sens, autant pour les émetteurs que pour les populations cibles, à des préconisations qui parfois supposent des conduites éloignées de l'environnement culturel local et des modes d'être et de faire ordinaires. Le modèle médical nécessite

des adaptations pour être traduit en pratiques, surtout si ce modèle de soins a été élaboré loin de son contexte local de mise en œuvre. La proximité de l'énonciateur avec les bénéficiaires, en termes culturels, sociaux, de genre, d'âge, etc., permet d'adapter les messages au plus proche de la réalité des cibles.

La connaissance de la biographie des professionnels ou des bénévoles pour les communications de proximité est centrale pour comprendre comment le message va être transmis et adapté, et comment vont se réaliser les séances, celles-ci étant incarnées par un individu.

Les attitudes des individus peuvent changer en fonction de la présence réelle ou subjective des autres. C'est le processus d'influence sociale qui se rattache à des notions telles que l'éducation, l'imitation, le conformisme, l'obéissance, le conditionnement, l'obéissance, le leadership, la persuasion. L'influence sociale est prépondérante dans une société qui contraint l'individu à agir selon des normes sociales :

on parle d'influence normative pour exprimer l'attitude qui consiste à se conformer aux attentes des autres sous peine de « punition » sociale (être victime de rejet ou d'hostilité, peur d'être isolé). C'est ce sens de la soumission à la pression du groupe qui fait que l'individu contrôle son comportement extérieur (les femmes assistant à des séances de sensibilisation sont parfois accusées de vouloir vivre à l'européenne). Si l'influence est prépondérante, il faut alors identifier les personnes qui en ont :

- personnes vues comme une source de connaissances (les anciens, les femmes ayant eu beaucoup d'enfants, les tradithérapeutes, les matrones...);

- personnes vues comme une source d'intelligence (les professeurs, les médecins...);

- personnes bénéficiant d'un statut important, de prestige (chefs, leaders d'opinion, belles-mères, gardiennes...);

- ...

À RETENIR

LÉGITIMITÉ DE L'ÉNONCIATEUR ; QUI DIT QUOI, POURQUOI ET DE QUEL DROIT ?

→ Le rôle et la crédibilité des émetteurs dépendent de la culture des destinataires.

→ Il existe des processus d'influence sociale (persuasion, éducation, imitation, conformisme, obéissance...)

Il faut se demander :

– Qui est le mieux placé pour parler de ça et pour donner ce conseil ? Quelles sont les places et les rôles des énonciateurs ?

– Quelles sont les personnes influentes, perçues comme sources de connaissances, d'expérience ou de savoir.

– Quelle proximité culturelle et sociale, de genre, d'âge... faut-il avoir, pour adapter le message au plus proche de la réalité des populations ciblées ?

5 / LA POSTURE COGNITIVE DES DESTINATAIRES

Documents audiovisuels spécifiques, émissions de vulgarisation scientifique, spots télévisés, sketches ou encore émissions radiophoniques font partie des outils médiatiques utilisés dans les dispositifs de sensibilisation. On les utilise de deux façons : de manière autonome sur les écrans de télévision ou sur les ondes radiophoniques, ou comme supports pour les personnes-relais ou les soignants qui abordent alors des thèmes sanitaires en utilisant les aspects informatifs du média. On parle ainsi d'éducation par les médias. Les médias sont considérés comme disposant d'un gros potentiel informatif pour alimenter des études de cas ou favoriser une imitation, notamment technique, de manipulation. Les dispositifs sont élaborés à partir d'un canevas associant deux modes de médiation :

la médiation narrative et la médiation argumentative.

La médiation narrative est semblable à celle des récits (contes, films, divertissements), qui fait de la cible un spectateur. Elle utilise le procédé de centration, puisque l'on attend du destinataire qu'il fusionne avec les événements racontés. Pour que la médiation narrative soit efficace, il est essentiel de connaître **les modes de narration qui sont familiers aux populations ciblées depuis leur petite enfance et d'utiliser des supports de communication propres à leur culture.** (Dans une société où le théâtre est apparu tout récemment, est-il pertinent d'utiliser ce support de communication ?) **Il faut se garder également de mettre en scène des histoires trop complexes, ou d'utiliser des concepts étrangers, des langues mal maîtrisées, tout cela pouvant conduire à des incompréhensions.**

La question des représentations est inévitable lors de la conception de l'outil médiatique si l'on veut qu'il produise l'effet escompté. En effet, **si le média veut avoir des effets sur les représentations des cibles, il doit s'en inspirer, en reprenant certains stéréotypes culturels, religieux ou autres.**

La médiation argumentative se rapproche, elle, du modèle scolaire. Dans la communication éducative, comme dans l'éducation pour la santé, on utilise ainsi fréquemment des références au monde scolaire. Ce modèle est élaboré sur celui de l'argumentation en tant que raisonnement : **l'argument est la preuve.** Ce modèle classique, basé sur des certitudes, **requiert une certaine habitude de raisonnement logique, propre à l'apprentissage scolaire.** Il confère à la parole de l'énonciateur, comme à celle du maître d'école, valeur de vérité. Ce qui a pour effet de rendre de nombreux documents autoritaires. La médiation de type argumentatif entretient des ressemblances avec le discours scientifique.

Elle tend à copier le discours de la science et à en conserver certaines caractéristiques comme l'utilisation de signes tels que « *médicaments = hors de portée des enfants* ».

Seulement, la rencontre télévision/enseignement ne se passe pas toujours très bien, pour des raisons institutionnelles mais aussi à cause d'un problème de posture cognitive inappropriée. **Les attentes du téléspectateur (se distraire, apprendre, passer le temps...), les propositions faites par l'émetteur (le programme TV, les spots...) et les conditions de leur rencontre (motivation, conditions concrètes de visionnage) vont avoir une influence les unes sur les autres.**

En fonction de ses attentes, le spectateur va se mettre dans une posture cognitive spécifique (état d'esprit). L'efficacité d'un document à visée d'apprentissage sera conditionnée à cette posture. En effet, des études ont montré que dans le cadre de programmes télévisés, des situations intéressantes d'apprentissage pouvaient avoir lieu quand les enfants ne venaient pas greffer un modèle scolaire (en ne cherchant pas volontairement à mémoriser l'information par exemple) sur leur réception audiovisuelle (F. Thomas). Si l'élève, en regardant un document télévisuel en classe, associe la télévision à une distraction et que cela correspond à son attente du moment, il sera plus réceptif au contenu que s'il cherche à lui appliquer un regard scolaire, auquel cas il s'imprégnera plus difficilement du document.

Cela veut dire aussi que **le genre annoncé peut influencer arbitrairement le spectateur dans ses attentes.** On n'a pas la même posture cognitive si l'on sait que l'on va regarder un film de fiction, un document de vulgarisation scientifique ou un journal télévisé. Il y a alors le risque pour le spectateur de se mettre dans une posture cognitive inappropriée. De plus, le destinataire

peut aussi ne pas avoir envie de modifier sa posture et ses attentes par rapport au genre annoncé et rester ainsi insatisfait. Soit il ne se reconnaît pas dans le public ciblé, soit il décide de n'être pas en posture de regarder le genre proposé. Ainsi, la diffusion de spots de prévention dans une salle d'attente n'est pas forcément efficace puisque les cibles sont le plus souvent en attente de distraction permettant de les faire patienter, et non dans une attente d'information. **Le contexte de diffusion de ce mode de communication est donc un facteur important.** Une salle de classe n'induit pas les mêmes comportements de visionnage ni les mêmes possibilités d'action qu'une salle de cinéma ou que le salon familial. Il y a des conditions spécifiques de visionnage qui peuvent modifier la posture cognitive des cibles.

Le spectateur, insatisfait, peut **offrir une sorte de résistance au document de façon plus ou moins consciente.** La résistance va se faire sur le contenu (selon son degré de connaissance initial) ou sur la forme (selon son degré de sensibilisation aux médias). Le document se présente donc comme possédant une **structure sémiologique particulière** et, face à ça, la cible négocie et ajuste sa posture.

À RETENIR

ÉDUCATION PAR LES MÉDIAS ET POSTURE COGNITIVE

- utiliser des types de communication adaptés à la culture des spectateurs ;
- connaître les modes de narration des cibles ;
- reprendre des stéréotypes culturels ;
- prendre en compte l'influence que les conditions spécifiques de visionnage (salle de classe, salon familial, salle de cinéma...) peuvent avoir sur la posture cognitive des spectateurs (ses attentes : apprendre, se distraire, passer le temps...).

6 / LA DISSONANCE COGNITIVE

(Festinger, 1957)

Les populations cibles ne sont pas des « récepteurs » passifs des informations, elles vont s'approprier et reconstruire le sens des informations en fonction de leurs contraintes, de leurs contextes et de leurs stratégies. Autour d'un dispositif, la population va opérer des négociations multiples. Concrètement, face à un message qui provoque une gêne, une peur (violence sur les femmes, prévention routière, prévention sur le tabac), l'individu peut mettre en place des stratégies telles que l'aveuglement, le déni, l'incompréhension pour alléger la tension provoquée.

Une théorie américaine, la dissonance cognitive, élaborée par le psychosociologue Festinger, en 1957, postule que **l'individu a besoin de cohérence rationnelle.** La dissonance cognitive, c'est le tri des informations selon les attitudes et les conduites qui préexistent au message. Selon cette théorie, une personne en présence d'une nouvelle connaissance incompatible avec son savoir préexistant éprouve un état de tension désagréable (appelé l'état de dissonance cognitive). La dissonance peut aussi être provoquée lorsque les convictions et les comportements de la personne sont remis en cause. Cela a pour conséquence un certain inconfort psychologique que la personne tente de réduire. Dès lors, cette personne va user de stratégies pour restaurer son équilibre cognitif, par exemple en ne voyant pas ou en oubliant (de manière inconsciente) ce qui ne cadre pas avec ses anciennes références (processus dit de rationalisation) : un homme violent qui ne se reconnaîtra pas dans le spot de prévention des violences conjugales proposé en invoquant l'ethnie du personnage : « *Chez eux c'est culturel la violence, moi ce n'est pas*

pareil, ce n'est pas de la violence. »

C'est pourquoi **la rectification d'idées acquises est plus difficile pour une personne que l'apprentissage d'idées nouvelles pour lesquelles elle ne possède pas encore de modèle.** On sait aussi que plus l'investissement et l'engagement de la personne lui ont coûté, moins elle est prête à y renoncer. Dans l'application de cette théorie dans la communication, **un message visant à modifier le comportement de personnes ne peut être considéré comme efficace et accepté que lorsque toute dissonance cognitive a disparu pour la cible.** Lorsqu'une contradiction existe entre le message et les convictions ou représentations des personnes, il y a un risque de rejet de l'information. Pour réduire cette dissonance, la cible peut soit éviter le message, soit l'interpréter pour en diminuer la portée, jusqu'à remettre en cause sa valeur. Pour faire accepter le message, il faut par exemple lui donner des gages de crédibilité importants, grâce à des interventions/validations de médecins, d'experts...

À RETENIR :

DISSONANCE COGNITIVE

- La population cible reconstruit le sens de l'information en fonction de ses contraintes, de ses besoins et de ses attentes.
- Les individus ont besoin de cohérence rationnelle.
- La rectification d'idées acquises est plus difficile que l'apprentissage d'idées nouvelles.
- Un message en contradiction avec un savoir populaire risque d'être rejeté.
- Il faut donner des gages de crédibilité au message par l'intervention de personnes vues comme source de savoir.

5 C

CONCLUSION

Si l'on veut mettre plus efficacement en place des mesures de sensibilisation auprès des populations que l'on cible, il faut développer des outils de communication culturellement appropriés et spécifiques à la transmission adéquate de ces messages de santé.

Pour cela, il faut tenter de pénétrer la « culture de l'autre » et être capable de se demander quels sont **les représentations de la santé ainsi que les valeurs et concepts essentiels de la culture d'une population afin de les utiliser comme outils de transmission d'un savoir médical utile à celle-ci**. Mais cela ne suffit pas puisqu'il faut aussi comprendre de l'intérieur le rapport à l'explicite et à l'implicite contenu dans ces documents. Le dit et le non-dit, le montré et le caché, les contextes décrits, le rapport au texte et à l'image, les contenus véhiculés (présentations parfois très normatives), l'analyse de la mise en œuvre (langage utilisé, forme donnée aux contenus, relation que l'on instaure), le milieu relationnel (climat de confiance, de coopération, de soumission...).

La question des énonciateurs est ainsi essentielle, leur place et leur rôle, ainsi que leur relation avec les cibles, conditionnent la réception des dispositifs.

La conception des outils de sensibilisation est une chose délicate : l'objectif d'une communication sanitaire ne doit pas être de transmettre de simples messages à un public donné mais doit traduire un problème en comportements, par un texte et/ou des images, pour un public large. Ces communications n'ont pas forcément la possibilité de détailler la complexité des situations

et des itinéraires individuels et/ou familiaux. Et il est par ailleurs difficile de représenter certaines maladies, comme la malnutrition par exemple. On ne peut pas être certain qu'un contenu conduit à une action de prévention adéquate. La difficulté réside notamment dans la mise en scène (la « monstration ») des populations ciblées susceptibles d'être atteintes sans les stigmatiser ou provoquer rejet ou dissonance. De même, la diversité à la fois sur le plan social, ethnique, linguistique et culturel est parfois négligée. Observe-t-on aujourd'hui une évolution des messages prenant en compte les intérêts, les attentes et les besoins des diverses populations bénéficiaires ? Les messages commencent-ils à se segmenter de manière adaptée en fonction des différents groupes ?

Pour éviter d'apporter des réponses figées qui ne reflètent que le questionnement des émetteurs, il faut apporter aux messages la voix des destinataires, empreinte de doutes, de questionnements, et d'interrogations.

QUELQUES RECOMMANDATIONS

- chercher la proximité culturelle, verbale et iconique (vocabulaire, image, codes) : représenter la réalité des cibles ;
- refléter la complexité du sujet : s'intéresser aux questionnements, doutes, interrogations des cibles ;
- ne pas formuler d'injonctions sans les accompagner de solutions et d'explications : donner des informations sur les conséquences (budget santé, mortalité, prison...) accompagnées d'alternatives.

5 D

ANNEXES



1 / ANALYSE D'UNE AFFICHE

« Sans capote, tout capote » (Mdm)

La structure de ce dispositif mêle iconique et verbal, et se pose dans le registre du récit : iconique avec le dessin de la jeune femme, verbal avec le texte à droite et récit puisque la phrase est présentée sous la forme d'un constat

(registre informatif) sans interpellation directe. L'analyse de la forme verbale montre que l'on est dans la recherche d'une prise de conscience individuelle. La construction iconique est assez simple, puisqu'il n'y a que la représentation de la jeune femme (représentation d'une jeune femme « moderne », sans boubou ni foulard) et les logos des institutions. Il y a cependant un code couleur, celui propre à l'ONG Mdm (bleu/blanc). Le logo de l'ONG vient informer le destinataire

de l'origine du message, à condition qu'il soit reconnu par celui-ci. L'analyse sémiologique de l'affiche pose plusieurs questions :

- sur l'interprétation du geste de la jeune femme (elle présente l'objet ? Elle le donne ? elle le propose ?) ;
- sur l'objet qu'elle tient à la main (pour une personne analphabète, l'image sans le texte n'est pas claire) ;
- sur le choix de la représentation du personnage (femme, jeune, « moderne »...) ;
- sur les couleurs choisies (bleu/blanc) pour parler de sexualité (plus le fait d'associer le message à une ONG occidentale) ;
- sur l'expression verbale et le « jeu de mots » avec le terme capote (est-ce un mot courant dans le langage ? L'expression « capoter » est-elle fréquente ? ; → etc.

On est dans le registre de la centration puisque l'on cherche à présenter un comportement à imiter (le seul qui soit présenté ici), sans aucune autre possibilité proposée : cette affiche informative, proche de l'injonction, inscrit le destinataire dans un rapport où le sens critique est réduit à sa plus simple expression. **On a cherché volontairement à ce que le destinataire se reconnaisse dans le personnage et cherche à l'imiter.**

Toujours concernant le contenu verbal, il n'est nullement demandé aux individus de comprendre les raisons pour lesquelles « sans capote, ça capote ». Par la certitude annoncée, elle plonge l'individu dans une affirmation où son point de vue est secondaire. On sait pourtant combien ce sujet est difficile et ce qu'il peut impliquer de culpabilisant. **Attention donc :** la santé ne peut justifier l'utilisation de dispositifs susceptibles d'entraîner une culpabilisation individuelle et nier la complexité de la réalité.

En effet, la construction iconique, qui met en valeur le personnage du fait qu'il n'y ait pas d'arrière-plan, ne permet pas de connaître le

contexte du message : la jeune femme parle à son conjoint ? À une assemblée ? À une amie ? Ce processus entraîne une certaine décontextualisation de la réalité, puisque le destinataire n'a pas d'éléments lui permettant de situer son propre contexte. L'affiche construit une vision très simplifiée d'une proposition de préservatif, renforcée par l'aspect dichotomique du texte. L'affirmation n'invite pas à la réflexion et décrit un comportement auquel l'individu doit se conformer. Elle n'invite pas les personnes à réfléchir sur leurs comportements ou à les inscrire dans un contexte personnel plus global. **Ce panneau cherche à prouver plus qu'à démontrer, à convaincre plus qu'à initier.** D'autre part, dans un contexte où le taux d'alphabétisation est faible (surtout chez les femmes), l'image n'est pas du tout explicite.

Il faut se demander à qui s'adresse l'affiche ? À des étudiants (puisqu'elle est installée sur un campus) ? À des femmes (le personnage est féminin) ? On comprend que cette affiche ne va pas être destinée à une catégorie large de destinataires. Ensuite, dans la relation homme/femme, est-il réaliste de présenter l'image d'une femme qui propose un préservatif ?

Attention ! Danger de l'affiche : ce serait sur la femme que reposerait la proposition de l'usage du préservatif : si elle ne le propose pas, elle serait responsable implicitement du comportement à risque...

Deux aspects positifs de ce support : cette affiche ne présente pas l'aspect très autoritaire de certaines injonctions et l'expression verbale fait office de petit proverbe facile à retenir, tout en présentant le sujet sous un jour non contraignant.

Néanmoins, est-ce une représentation fidèle de la réalité ? Est-ce que cette affiche répond aux interrogations, aux doutes et aux craintes qui expliquent le non-usage du préservatif par les populations ?

2 / BIBLIOGRAPHIE

- Bury J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, De Boeck Université, 1988.
- Cadre de référence *Éducation pour la santé*, S2AP 2008, disponible sur Intranet.
- Cherubini B., « L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention : du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif », *Autrepart*, n° 29, 2004, p. 99-115.
- Jaffré Y., « Éducation pour la santé et conceptions populaires de la prévention. À propos d'un programme d'amélioration de la couverture vaccinale au Burkina Faso », *La Revue du praticien-médecine générale*, t.5, n°154, 1991, p. 2489-2494.
- Jaffré Y., banos M.-T., Kabo M., Moussa F., « Prévention et communication dans le cadre d'un programme de santé oculaire », *Cahiers Santé*, n° 3, 1993, p. 9-16.
- Lemonnier F., Bottéro J., Vincent I., Ferron C. « Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité ». Inpes 1997.
- Taverne F., « Valeurs morales et messages de prévention : la fidélité contre le sida au Burkina Faso », communication au colloque international « Sciences sociales et sida en Afrique : bilan et perspectives », 4 - 8 novembre 1996, Saly Portudal - Sénégal, pp. 527-538.
- Thomas F., « Un corpus d'affiches d'éducation à la santé sous la loupe d'une analyse sémiopragmatique : dispositif de prévention, dispositif de persuasion ? », 2004.
- Winkin Y., *Anthropologie de la communication : de la théorie au terrain*. éditions du Seuil, collection Points, n°448, février 2001, 332 pages.
- Barth B.-M., *Le Savoir en construction*, éditions Retz, Paris, 1993, 208 p.
- Barthes R., *L'Aventure sémiologique*, éditions du Seuil, Paris, 1985, 358 p.
- Baylon C. et Fabre P., *Initiation à la linguistique*, Nathan Université, 1990, 235 p.
- Bebel-Gisler, D., *La Langue créole force jugulée*, L'Harmattan et Nouvelle Optique, 1976, 255 p.
- Benveniste E., *Problème de linguistique générale*, Gallimard, 1966.
- Bourdieu P., *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Fayard, Paris, 1982, 244 p.
- Boutaud J.-J., *Sémiotique et communication : du signe au sens*, L'Harmattan, Paris, 1998, 318 p.
- Cavet L.-J., *Linguistique et colonialisme*, Payot, Paris, 1974, 250 p.
- Cervoni J., *L'Énonciation*, PUF, coll linguistique nouvelle, 1987, 128 p.
- Ducrot O. et Alii, *Les Mots du discours*, Édition de Minuit, coll. Le sens commun, 1980, 241 p.
- Ducrot, O. *Le Dire et le Dit*, Édition de Minuit, coll. Proposition, 1984, 239 p.
- Eco U., *Le Signe*, Biblio essais, Labor, Bruxelles, 1988, 276 p.
- Garanderie (de La) A., *Construire une pédagogie du sens*, Lyon, 2002, Chronique sociale.
- Joly M., *Introduction à l'analyse d'image*, Nathan Université, Paris, 1993, 128 p.
- Joly M., *L'Image et son interprétation*, Nathan, Paris, 2002, 219 p.
- Kerbrat-Orecchioni C., *Les Interactions verbales*, Armand Colin, Paris, 1990.
- Mounin G., *Introduction à la sémiologie*, Paris, Éditions de Minuit, 1970, 244 p.
- Peirce, C. S., *Le Raisonnement et la logique des choses*, Le Cerf, Paris, 2002, 496 p.
- Schaff A., *Langage et connaissance*, éditions du Seuil, coll. Point, 1964, 248 p.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., et Jackson Don D., *Une logique de la communication*, Paris, éditions du Seuil, coll Point, 1979, 280 p.
- Yaguello M., *Catalogue des idées reçues sur la langue*, édition du Seuil, coll. Point virgule, 1988, 157 p.

3 / POUR ALLER PLUS LOIN

- Anscombre J.C., Ducrot, O., 1983, *L'Argumentation dans la langue*, Pierre Mardaga éditeur, coll. Philosophie et Langage, 1983, 184 p.

Document élaboré par Juliette Gueguen, Guillaume Fauvel, Niklas Luhmann, Magali Bouchon,
Service d'Analyse, Appui et Plaidoyer (S2AP), Médecins du Monde, juin 2010. /

Conception et réalisation graphique: 18Brumaire / Photographies de : Marie Pierre Buttigieg (p. 1),
Lam Duc Hien (p. 2-19), Jacky Naegelen (p. 7-89), Benoit Guenot (p. 47-49), Sophie Brändström (p. 83),
Stéphane Lehr (p. 85) / Corrections : Thérèse Benoit et Pauline Langlois / Impression : Imprimeries Paton