

FORMER POUR PROMOUVOIR UN CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS ? ENJEUX ET MÉTHODES DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.

Philippe MAIRIAUX et Chantal VANDOORNE,
Université de Liège - Santé au Travail et Education pour la Santé
Sart Tilman B23, B-4000 Liège

La formation des travailleurs est souvent considérée comme une stratégie de prévention spécifique destinée à réduire la composante « humaine individuelle » des risques professionnels au même titre que d'autres mesures sont conçues pour réduire la composante « technique » ou « environnementale » des risques. Dans ce contexte, il s'agit de faire évoluer des comportements qualifiés de négligents, imprudents, inappropriés,... Or, l'efficacité de cette approche comportementaliste de la prévention n'est pas démontrée.

Les limites de cette approche comportementaliste sont illustrées par la question de la prévention des lombalgies au travail. Quelle proportion du risque de survenue d'une lombalgie peut être attribuée à des postures ou mouvements incorrects ? Parmi les travailleurs effectuant régulièrement des manutentions, combien utilisent des techniques inappropriées ? Certaines observations suggèrent que cette proportion ne dépasserait pas 3 à 5%. En milieu de travail, la formation à visée comportementale s'inscrit souvent dans un débat qui oppose la prévention collective (les actions sur le contenu du travail ou sur son environnement) et la prévention individuelle (l'information et la formation). L'une est dite « passive » car ne dépendant pas de l'adhésion des individus et l'autre « active » car nécessitant la volonté et l'attention individuelle. Cette dernière est perçue comme moins sûre.

DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

L'analyse de l'évolution des concepts en éducation pour la santé apporte un éclairage intéressant à ce débat. En effet, dans sa conception traditionnelle, l'éducation pour la santé cherchait à modifier les comportements individuels (liés à l'alimentation ou au tabagisme, par exemple) connus pour constituer des facteurs de risque pour certains problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, par exemple). Cette approche était illustrée de façon explicite par le modèle PRECEDE de planification d'un programme d'éducation pour la santé proposé par L. Green et coll. en 1980.

Les chercheurs et les praticiens ont cependant pris conscience progressivement des limites d'une démarche basée seulement sur la modification des comportements de santé individuels. Citons quelques-unes de ces limites.

- Les comportements de santé individuels représentent une faible part de l'explication d'un risque.
- Ils sont déduits des études épidémiologiques qui nécessairement doivent sélectionner, isoler les objets susceptibles de fournir des indicateurs de part leur caractère observable et/ou mesurable. Par conséquent, ils simplifient les phénomènes en jeu.
- Les modèles psycho-sociaux et de planification éducative en santé montrent la diversité et le grand nombre de facteurs sur lesquels il faudrait agir de façon intégrée pour modifier un comportement. Ces facteurs sont d'ordre psychosocial ou matériel, individuels et collectifs. Il est donc très difficile de définir des schémas concrets, systématiques et efficaces de modification comportementale.

En éducation pour la santé, les modèles d'intervention ont donc intégré peu à peu les déterminants collectifs (culturels, sociaux, économiques) de ces comportements, tout comme ils ont replacé l'éducation au centre de la démarche. Cette évolution s'est formalisée en 1986 dans le concept de promotion de la santé, qui est défini comme un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa de l'O.M.S.). Dans la même évolution des idées, Green et Kreuter ont publié, en 1991, une version renouvelée de leur modèle où ils montrent toute l'importance des interactions réciproques entre les comportements individuels et les conditions de vie et d'environnement de ces mêmes individus.

FORMATION DES SALARIÉS ET PROMOTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Trois des principaux axes d'une politique de promotion de la santé s'appliquent particulièrement au rôle de la formation dans la santé au travail : « développer les aptitudes personnelles, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire ».

L'éducation et la formation peuvent devenir des composantes essentielles de la promotion de la santé si elles s'inscrivent pleinement dans une démarche d'éducation des adultes, considérés comme des acteurs essentiels des améliorations techniques et environnementales nécessaires à la prévention. Les objectifs de l'éducation pour la santé des adultes doivent donc dépasser la transmission de connaissances sur les comportements sains pour chercher à développer le désir et la capacité d'agir en faveur de la santé, non seulement sur soi-même, mais aussi sur son milieu de vie.

Pour rencontrer ces exigences, il s'agit de mobiliser chez les individus non seulement des capacités relevant de processus intellectuels (acquisition, compréhension, structuration de savoirs), mais aussi des attitudes et aptitudes appartenant à la sphère affective (la réceptivité, la motivation, l'engagement vis-à-vis de certaines valeurs, ...) et sociale (les relations interpersonnelles, le positionnement en tant que citoyen) et des savoir faire appartenant au domaine des gestes et des habiletés complexes (domaine psychomoteur).

Pour appliquer ces recommandations, il importe d'élargir, d'enrichir les pratiques de formation habituelles en

1. diversifiant les objets de la formation ;
2. créant des liens dynamiques entre la formation et l'aménagement des milieux de vie ;
3. utilisant la formation comme outil d'action communautaire.

1. Diversifier les objets de la formation

Il s'agit de développer

- La prise de conscience du risque pour la santé et des possibilités de prévention.
Pour favoriser cette prise de conscience il est préférable de privilégier le diagnostic établi par les individus à partir de leur vécu et de leurs représentations (*Exemple : le programme « Step by step » de prévention de l'alcoolisme*) ?
- La compréhension des phénomènes, mécanismes ou procédures en jeu dans les pratiques de prévention recommandées.

Il s'agit non seulement de connaître les déterminants des problèmes de santé, mais surtout de comprendre leur mode d'influence et les interactions qui existent entre eux.

- L'application des informations données par le formateur.

Cette application, communément appelée "exercice", peut prendre diverses formes :

- exercices en situations simulées ;
- répétitions en cours de formation et rappel(s) ultérieurs ;
- analyse critique de situations réelles filmées ;
- applications supervisées sur le lieu du travail ;
- retour d'expérience personnalisé après mise en pratique.

(Exemples : la formation « les 8 heures pour son dos » à Cockerill-Sambre et la formation de l'Université Laval pour la prévention des problèmes posturaux lors du travail sur ordinateurs)

Ce type d'apprentissage permet non seulement d'approfondir la compréhension des phénomènes grâce à la confrontation avec la réalité concrète, mais il a aussi une fonction de motivation par l'implication personnelle qu'il suppose.

- La capacité d'analyse critique des possibilités de prévention.

Cette capacité complexe suppose

- qu'aient été envisagés les enjeux à divers niveaux de l'entreprise, les différents niveaux de bénéfices et de contraintes pour le travailleur (non seulement sanitaires, mais aussi économiques, relationnels, psycho-sociaux, ..) et pour la collectivité ;
- que la personne ait éclairci son vécu du problème de santé concerné, des divers déterminants de celui-ci, et ses propres motivations par rapport à la prévention de celui-ci.

On le voit, cette dernière compétence ne relève plus du domaine purement rationnel, cognitif, elle intègre des éléments de l'expérience individuelle dont l'interprétation est déformée par le ressenti de chacun, par son expérience, par les valeurs auxquelles il a confronté les conséquences de cette expérience, par l'image et le jugement que lui ont renvoyé ses groupes d'appartenance (collègues, famille, amis,...) sur celle-ci, par son projet et ses motivations actuelles. On parle ainsi non plus de savoir à propos d'un problème donné, mais bien de représentations, ce qui correspond plutôt à la manière dont chacun s'est réapproprié le corpus de connaissances relatif à un thème.

(Exemple : la prise en compte des composantes psychosociales des lombalgies.)

2. Créer des liens dynamiques entre la formation et l'aménagement des milieux de vie

Ces liens peuvent être établis à différents niveaux d'intensité :

- Niveau 0 : La formation peut être organisée indépendamment des aménagements du milieu de travail et de la vie de travail.
(Exemple : Ecole du dos classique dont le contenu est standardisé quelle que soit l'activité de travail des participants.)
- Niveau 1 : des aménagements sont planifiés dans l'organisation de la vie au travail, de nouvelles technologies sont mises en place ; une formation est organisée par l'entreprise pour motiver et aider les travailleurs à s'adapter de façon "heureuse", confortable et efficace à ces modifications.
(Exemple : les formations aux nouveaux logiciels bureautiques organisés par l'entreprise.)
- Niveau 2 : la formation est utilisée pour construire avec les travailleurs un projet de modification de leur milieu de vie.

Dans cette perspective le processus de formation est structuré de façon à impliquer les personnes concernées à différents stades de construction du projet :

- les associer à l'analyse des déterminants des problèmes qu'eux-mêmes ou leur communauté rencontrent;
- stimuler les participants à se fixer des objectifs prioritaires par rapport à cette situation;
- les associer au choix et à la mise en place des solutions;
- les associer aux procédures d'évaluation et de régulation.

Il importe de garder présent à l'esprit que ce processus vise, à part égale, la formation et l'action, et éviter que les critères d'efficacité de l'action ne nuisent à la mise en place d'un réel apprentissage.

Par ce troisième niveau, on rejoint les stratégies d'ergonomie participative, dont la valeur formative est reconnue. (Berthelette D. et al. 1997)

3. Utiliser la formation comme outil d'action communautaire

L'action communautaire, qui est un des points centraux du concept de promotion de la santé, pose des exigences supplémentaires par rapport aux stratégies participatives évoquées ci-dessus. Pointons particulièrement trois d'entre elles.

- Ce sont les employés/salariés eux-mêmes qui décident quel sera l'objet de l'intervention, à partir d'une analyse globale de leurs demandes/besoins en matière de santé.
- Le principal objectif de l'action communautaire est l'augmentation de la capacité d'action collective d'un groupe déterminé de la population et la persistance à long terme de l'engagement de ce groupe ou des individus qui le composent dans l'amélioration de la santé.
- Dans cette optique, les objectifs fixés à la formation concernent essentiellement des capacités dites démultiplicatrices, transversales, stratégiques ou dynamiques, et des aptitudes sociales :
 - maîtriser certaines procédures et outils d'apprentissage : savoir chercher une information, ...
 - défendre son avis, partager ses sentiments ;
 - prendre sa place dans un groupe pour mener à bien une tâche ;
 - pouvoir s'intégrer dans des structures d'action collectives en milieu de travail (comité CSHCT,...).

En résumé, dans la perspective de la promotion de la santé, la formation aura pour objectif de « développer les aptitudes personnelles », de telle manière que les travailleurs ainsi formés disposent de ressources nouvelles pour « créer des milieux favorables » c'est-à-dire pour agir sur leur propre environnement de travail. Dans certaines conditions, les démarches ainsi mises en œuvre au cours de la formation peuvent contribuer à « renforcer l'action communautaire », c'est-à-dire la capacité d'action du collectif de travail.

LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL DANS UN PROJET DE FORMATION

La plupart des praticiens de la santé au travail (médecins, infirmières,...) sont à un moment ou à un autre impliqués dans un projet de formation des salariés, soit à leur initiative, soit à celle de partenaires dans l'entreprise. L'énergie déployée en ces occasions mérite cependant d'être utilisée à bon escient. Quelques conditions préalables doivent, à notre avis, être satisfaites avant de s'engager dans un projet de formation :

- engagement clair de la direction ;
- soutien de l'encadrement direct des personnes visées par la formation ;
- insertion du projet dans une politique à long terme de prévention et de qualité de vie au travail ;
- attribution de moyens suffisants pour la réalisation.

Ces conditions étant remplies, le praticien doit alors réfléchir aux objectifs et au contenu de la formation. Les quelques questions qui suivent peuvent aider à définir la projet de formation et à augmenter la probabilité que celui-ci ait un impact réel et durable :

- Le problème est-il jugé important par les travailleurs ?
- Quel mode de formation choisir ? Information, prise de conscience, développement d'habiletés, formation participative, formation-action ?
- Comment intégrer la formation dans une approche de prévention globale ?
- Quand et comment associer l'encadrement ?
- Quels objectifs fixer et quelles procédures utiliser pour informer en retour les participants ?

En conclusion, la formation des salariés est bien autre chose qu'une technique un peu démodée visant à modifier des comportements individuels. Structurée autour des axes développés dans cet exposé, elle constitue une vraie stratégie de transformation des conditions de travail, qui implique les travailleurs dans une amélioration globale à long terme de leur santé.

RÉFÉRENCES

Berthelette D., Desnoyers L., Gourde A., Authier M. (1997) Implementation evaluation of an occupational health and safety program. In From experience to innovation, IEA 97 Proceedings, vol 1, 300-302.

Demarteau M. (1991) L'A.P.P.R.E.T., une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé. APES, Collection Méthodes, n°6, Université de Liège, pp. 27.

Green L.W., Kreuter M.W., Deeds S.G., Partridge K.B. (1980) Health Education Planning – a diagnostic approach, Mayfield Publ., USA, pp. 306.

Green L.W., Kreuter M.W. (1991) Health Promotion Planning – an educational and environmental approach, Mayfield Publ., Mountain View, USA, pp. 505.

O.M.S. (1986) Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, Genève.