



Université de Liège

**CERES**

Centre d'Enseignement et de Recherche  
pour l'Education et la Santé

G. REGINSTER-HANEUSE D. LECLERCQ

## Colloque "Apprendre et Vivre la Santé à l'Ecole"

Liège, 2-3 avril 1992

# LES FACTEURS DE PRODUCTION DE LA CONDUITE EN MATIERE DE SANTE

*D. LECLERCQ*

Centre collaborateur de l'Ecole de Santé Publique

Adresse pour ce courrier : Université de Liège au Sart Tilman — Bâtiment B 32 — 4000 Liège — BELGIQUE  
Tél. : (32) (41) 56 20 72 — Téléc : 41397 UNIVLG B — Téléfax : (32) (41) 56 29 44

## A. L'EFFET RETARD EN EDUCATION

Quand un éducateur essaye de faire acquérir une compétence ou une motivation nouvelle à une personne, il sait que, dans certains domaines, cette compétence ou cette appétence ne seront pas mis en oeuvre immédiatement. Ce que l'apprenant vient d'acquérir, il s'en servira... mais l'éducateur ignore quand, dans quelles circonstances et pour résoudre quel problème. Et ce n'est pas là un effet du manque de contrôle de l'éducateur sur la situation. Sur certains points, le futur est imprévisible; demain n'est pas forcément dans aujourd'hui.

Si les contextes et les problèmes à venir pouvaient être prédits à coup sûr, il suffirait d'installer chez les apprenants des réflexes qu'ils n'auraient plus qu'à déclencher une fois en présence des stimuli connus. Bref, il suffirait de CONDITIONNER les formés. Un tel schéma est possible, est pratiqué et est efficace, mais pour une classe de problèmes seulement (hygiène corporelle, brossage des dents, mastication, position du dos, etc.). Par contre, il ne peut être appliqué à toute une série de situations, qui ne seront plus exactement les mêmes que lors de la période d'apprentissage (prévention des accidents, des assuetudes, du SIDA, etc.). Le sujet "appliquera" ce qu'il a appris, mais il le fait MUTATIS MUTANDIS. Et tout le problème est là.

Comme l'éducateur peut-il faire en sorte qu'un jour qu'il ne connaît pas, dans des circonstances qu'il ne connaît pas, devant un problème qu'il ne connaît pas, la personne en formation adopte une conduite adéquate ? En dotant cette personne de ressources internes dans lesquelles elle ira puiser, le moment venu, pour CONSTRUIRE sa solution, la solution "ad hoc".

C'est sur ces ressources personnelles (ces "matériaux de construction") que nous voudrions porter notre attention :

- des attitudes (A) ou motivations (ou désirs);
- des savoir-faire(S) ou habiletés (en anglais : skills);
- des connaissances (C) ou savoirs;
- des images de soi (I) ou la capacité de "se voir" de façon réaliste.

## **B. LES FACTEURS DE PRODUCTION DE LA CONDUITE**

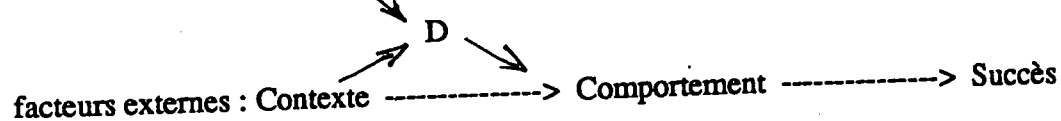
Entre le problème qui est posé et la solution (bonne ou mauvaise) qui sera adoptée, existe le **PRISME** complexe DE LA PERSONNE. C'est ce prisme qui explique largement le comportement. Or, ce prisme, les éducateurs peuvent contribuer à le façonner, à le polir.

Nous allons détailler les facettes changeables de ce prisme. Car il a aussi des facettes non changeables telles que l'âge, le sexe, l'histoire personnelle, l'entourage familial, etc.).

Les facteurs A.S.C.I. sont des facteurs "internes", qui aboutissent à une DECISION (D) et, enfin, si le CONTEXTE le permet, à un COMPORTEMENT.

Ceci peut se résumer comme suit.

facteurs internes : (ASCI)



Le (S) rappelle que les SAVOIR-FAIRE(S) ne pèsent pas seulement sur la décision, mais sont aussi un élément de succès (si le bon comportement est mal exécuté, la bonne décision débouche quand même sur un échec).

## C. PROGRAMMES D'INTERVENTION

Dans de nombreux programmes, on a "pesé" sur les ATTITUDES (programmes de mise en garde), en espérant qu'elles "entraînent" le comportement, selon schéma :

intervention -----> A -----> Comportement

Dans un second temps, on a préféré informer, fournir des savoirs, des CONNAISSANCES (C), en espérant qu'elles développent des attitudes(A), qui, à leur tour, déclencherait le Comportement, selon le schéma :

intervention -----> C -----> A -----> Comportement

Aujourd'hui, nous pensons qu'il faut travailler sur les quatre facteurs (ASCI) et tenir compte du poids du contexte dans la décision, donc simuler ces décisions. On voit que le présent modèle est le point d'aboutissement d'une évolution en matière de théorie causale.

L'introduction au facteur I, bref de la subjectivité, a été inspirée des travaux de FISHBEIN, de DULANY et de ROSENSTOCK. On connaît particulièrement le Health Belief Model (Modèle basé sur les croyances en matière de santé) de ROSENSTOCK (1983).

Selon cet auteur, le comportement (par exemple se présenter à un centre de dépistage du cancer) dépend de croyances et d'obstacles :

- la croyance dans la susceptibilité personnelle d'être atteint (la probabilité - forcément subjective - que la personne s'attribue d'être victime de la maladie); si cette croyance n'atteint pas un certain seuil, la personne n'agit pas (ne consulte pas);
- la croyance dans l'efficacité du dépistage (si la personne pense "de toute façon, même si je suis atteint(e), ils ne le détecteront pas", elle n'agit pas);
- la croyance en la possibilité de guérir (si la personne pense "il n'y a pas de remède", elle n'agit pas);
- les freins (ou obstacles) sont
  - le coût (du déplacement, ...);
  - le temps;
  - la crainte de la douleur;
  - la honte.

## D. LE FACTEUR 1 : LES ATTITUDES (ou désir, motivation, bref la facette affective)

### 1. D'où vient la motivation

La motivation est un élément essentiel au passage à l'acte, surtout en éducation pour la santé. Elle peut être suscitée par :

- et/ou - une anticipation des conséquences;
- et/ou - un besoin interne de résoudre un problème;
- et/ou - une contrainte externe;
- et/ou - un intérêt, reflet du système de valeurs.

On peut, par exemple, désirer arrêter de fumer :

- et/ou - pour prévenir un cancer;
- et/ou - pour un meilleur bien-être (retrouver son souffle);
- et/ou - sous la pression de son entourage social ou de la loi;
- et/ou - pour des raisons économiques.

La motivation est, bien entendu, d'autant plus forte que plusieurs de ces incitations interviennent et se combinent.

Le degré de motivation à l'égard d'un problème de santé peut se mesurer sur diverses échelles, comme nous l'avons montré ailleurs (LECLERCQ, 1986) : par exemple, sur une échelle de CONSCIENCE.

### 2. Conscience et motivation

Au bout inférieur de l'échelle, la personne n'est pas du tout consciente. Par exemple, que ses yeux sont en train de souffrir de la fumée du tabac ou de la violence de la lumière, qu'elle a une tension artérielle trop élevée ou un poids excessif, etc; A l'autre bout, on peut être très conscient de toutes ces choses, "être très conscient" comprenant aussi "envisager les implications et les conséquences des choses".

Le degré de motivation ne dépend pas que de la conscience des problèmes. L'intérêt pour un problème, (par exemple la malnutrition, ou la dénutrition) nous touche beaucoup plus quand il s'applique à des personnes proches qu'à des groupes humains éloignés.

Ainsi, alors que le degré de malnutrition est bien moins grave chez les déshérités de nos régions que chez les malnutris d'Ethiopie ou du Sahel, l'homme moyen accordera autant d'énergie, d'attention et de ressources aux restaurants du cœur proches de lui qu'aux affamés de l'autre bout du monde. Cet exemple-ci illustre deux autres choses. D'abord que la motivation peut aussi avoir une composante de culpabilité. Ensuite que la motivation est accrue à l'idée que l'on verra immédiatement les effets des actes que l'on pose.

### 3. La pyramide des besoins

Nous représentons les attitudes ou motivations par un triangle, qui rappelle la pyramide des besoins selon MASLOW :

#### 4. La mesure des préférences

Quelle est la place de la santé dans la hiérarchie des valeurs personnelles ? On pourrait croire qu'il suffit de le demander aux intéressés. Malheureusement, on doit craindre la phénomène de désirabilité sociale, par lequel le sujet interrogé ne répond pas ce qu'il pense, mais ce qui, selon lui, fera plaisir à l'interviewer. S'il soupçonne que le questionnaire concerne la santé, l'interviewé aura tendance à déclarer qu'il y accorde de l'importance.

C'est pourquoi, nous attirons l'attention sur les résultats d'une enquête menée en 1984 sur l'économie, auprès de jeunes de douze ans et de jeunes de seize ans dans quatre régions de la Communauté Européenne : Lyon, Manchester, Berlin et Liège. Cette enquête portait sur l'ECONOMIE, et, donc, on ne peut pas craindre un phénomène de désirabilité sociale vis-à-vis de la SANTE.

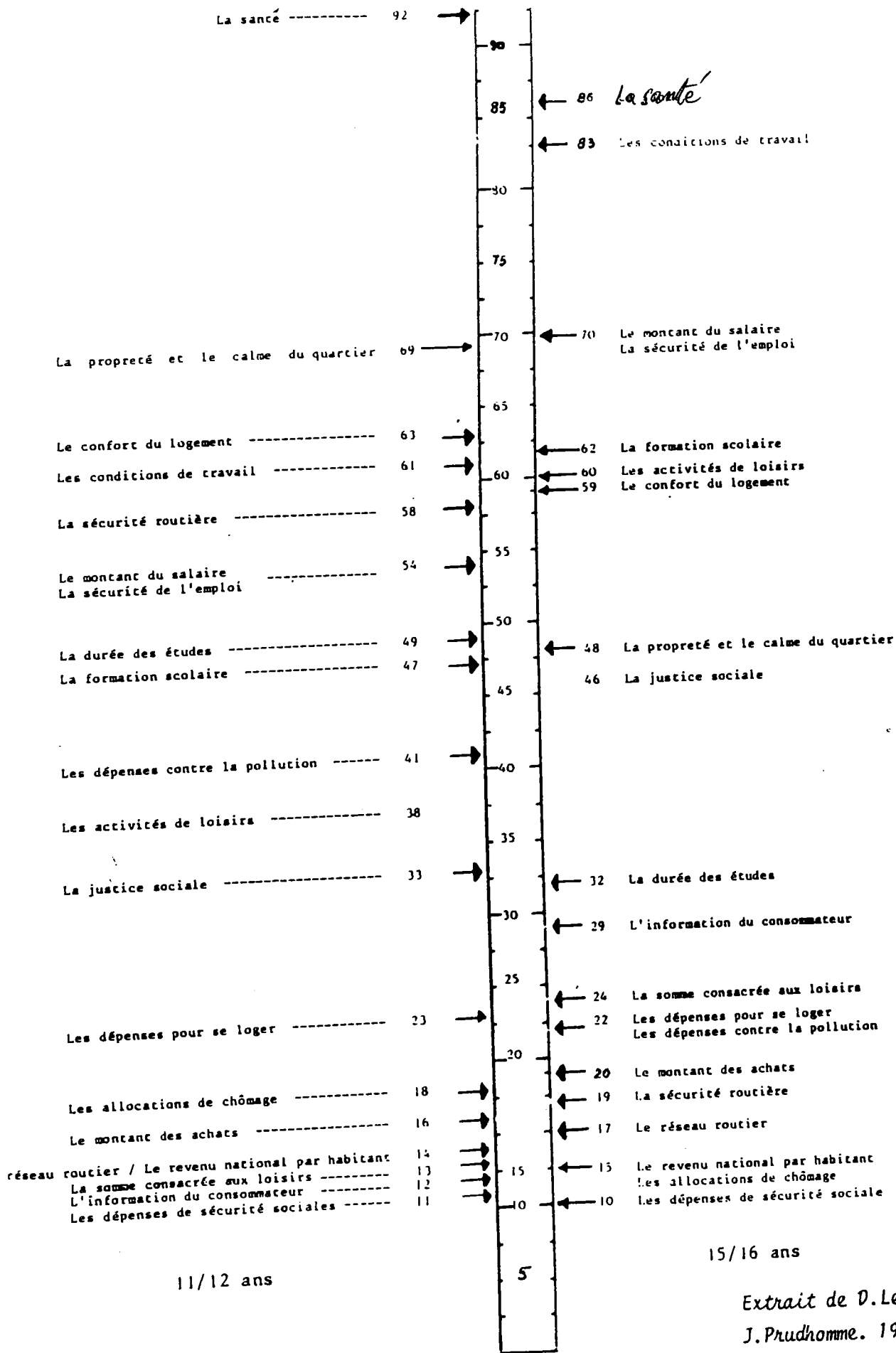
Les jeunes étaient invités à choisir, parmi dix-huit propositions, celles qui leur paraissaient le mieux représenter la QUALITE DE LA VIE :

01. le montant des achats
02. les conditions de travail
03. les activités de loisirs
04. le réseau routier
05. le revenu national par habitant
06. la propreté et le calme du quartier
07. la sécurité routière
08. les dépenses pour se loger
09. le montant du salaire
10. l'information du consommateur
11. la formation scolaire
12. les dépenses de sécurité sociale
13. le confort du logement
14. la sécurité de l'emploi
15. la somme consacrée aux loisirs
16. la durée des études
17. les allocations de chômage
18. la santé
19. les dépenses engagées contre la pollution
20. la justice sociale

Voici les résultats (à gauche pour les jeunes de 12 ans et à droite pour ceux de 16 ans) pour la région de Liège. Les résultats sont cependant semblables dans les trois autres régions européennes (voir ALBERTINI *et al.*, 1985).

Que, perdues dans des propositions de nature économique, la santé sorte première au hit parade, aussi bien à douze ans qu'à seize ans, et ce dans les quatre régions européennes considérées, montre l'importance de la santé dans le système de valeur de ces jeunes.

On constate également qu'à douze ans, les jeunes ont valeurs plus intimistes, centrées sur leur "micromonde" (propreté et calme du quartier, confort du logement), et qu'à seize ans, les valeurs se rapprochent de celles des adultes (conditions de travail), montant du salaire, sécurité de l'emploi).



11/12 ans

15/16 ans

5

Extrait de D. Leclercq et J. Prudhomme. 1982.

Voir aussi ALBERTINI, 1985.

## D. LE FACTEUR 2 : LES CONNAISSANCES (les savoirs, la cognition)

Chaque personne doit, selon PIAGET, reconstruire mentalement LE monde, pour en faire SON monde, et ce sous forme

- d'opérations logiques (c'est-à-dire des actions intériorisées);
- d'images mentales (c'est-à-dire aspects personnellement sélectionnés et encodés d'images réelles);
- de schèmes sensori-moteurs (liens personnels entre perception et motricité);
- d'associations verbales (liens personnels entre mots et choses, entre signifiants et signifiés);
- de représentations (système personnel d'interprétation, cognitive et affective, et de passage à l'action).

Nous distinguerons les CONNAISSANCES SPONTANÉES. On parle aussi de représentations spontanées (ce que nous avons appris sans qu'on nous l'enseigne) et les connaissances PARTAGÉES (ou officielles ou enseignées).

### 1. Les représentations

*"Les représentations sociales fournissent des systèmes de catégorisation du réel et suggèrent des modes de conduites (qui varient selon les groupes)." (MOSCOVICI, 1961).*

Il s'agit de *"saisir le réel en assurant une cohérence entre celui-ci et les expériences antérieures de la personne"* (CHARLIER, 1986, p. 54).

Les représentations naissent de l'action. Ce n'est pas pour rien que lorsque vous demandez à un enfant de quatre ans "Qu'est-ce qu'une chaise ?" (vous posez une question essentielle) il vous réponde "c'est pour s'asseoir", c'est-à-dire qu'il vous fournisse une réponse par l'usage (une réponse fonctionnelle).

PIAGET a bien montré que l'action était nécessaire pour que naissent les opérations, et comme l'action prend du temps, le processus de la construction intellectuelle prend du temps.

Il est crucial, en éducation, et donc en éducation pour la santé, de connaître les représentations des sujets auxquels on s'adresse parce que les connaissances que l'on acquiert (pardon, que l'on reconstruit) prennent place dans la structure mentale sur base de ce que l'on a déjà acquis.

C'est un grand principe, mis en évidence par AUSUBEL (1968). Si les informations nouvelles concordent avec ce que l'on sait déjà, alors il n'y a guère de problème : le réseau mental de relations augmente (se nuance ou se densifie de quelques mailles. Mais s'il y a discordance entre le nouveau et l'ancien, alors ou bien la structure existante est modifiée (détricotage suivi de reticotage), ou bien l'information nouvelle est "arrangée" pour "coller" avec les structures préalables, dans lesquelles elles sont "accueillies" (AUSUBEL dirait "subsumées").



Prenons quatre exemples en éducation pour la santé qui montrent l'importance des représentations préalables.

Premier exemple, le phénomène de dissolution du sucre dans l'eau. Pour l'enfant, on ne voit plus le sucre : il a disparu. Sur ce quoi il se trompe, c'est qu'il n'a disparu qu'à la vue. Mais il est toujours bien présent. Ceci pourrait expliquer que les enfants interrogés sur les aliments qui apportent du sucre ne citent presque jamais les boissons gazeuses SUCREES.

Pour continuer sur le sucre, les éducateurs savent les efforts qu'il faut déployer pour faire comprendre que les pâtes, le pain, les féculents contiennent eux aussi du sucre, complexe peut-être, mais du sucre quand même, même s'ils n'ont pas le GOUT sucré. Et c'est là la clé de la résistance : l'image mentale gustative associée au mot sucre fait obstacle à ce que l'esprit admette qu'il puisse exister des sucres qui n'en ont pas le goût.

Autre exemple, pris cette fois en éducation sexuelle. Un petit garçon de quatre à cinq ans que le mystère de sa création préoccupait avait reçu pour réponse des parents la fameuse histoire de "la petite graine déposée par le père dans la maman". Un soir, au repas, ramassant une des miettes de pain traînant sur la table, il la dépose dans le décolleté de sa maman. Interrogé sur le sens de sa conduite, il répond : "Moi aussi, je mets une petite graine !". C'est qu'il avait de la notion de graine : une image mentale d'une chose solide (bien loin du liquide spermatique), dénombrable, visible et manipulable à la main. Un autre père qui à un autre enfant avait pris la précaution d'ajouter à l'explication traditionnelle que cette "graine" était tellement petite, qu'on ne pouvait la voir, s'est évidemment vu répliquer, pour les mêmes raisons "Comment as-tu fait pour la déposer alors ?". Ce qui n'a pas manqué de l'entraîner dans d'autres considérations qu'il avait réservées pour plus tard.

Dernier exemple, encore en éducation sexuelle. Un enfant de dix ans annonce à son camarade : "Je sais comment se font les enfants : le père a les têtes d'enfants dans ses testicules et la mère a les corps des enfants dans son ventre". On voit que la représentation de la fécondation est proche, dans l'esprit de cet enfant, du vissage d'une ampoule (la tête) sur son réceptacle (le corps). En fait, cette représentation trouve son origine dans le message (mal compris) du père : "Dans les testicules du père sont les spermatozoïdes. Un spermatozoïde, c'est une tête et un flagelle. Les spermatozoïdes vont à la rencontre de l'ovule, plus gros". L'enfant a oublié les termes techniques (spermatozoïde, flagelle), mais a retenu TETE (qu'il a abusivement assimilé à TETE D'ENFANT) et PLUS GROS (il en a déduit qu'il s'agissait du RESTE DU CORPS).

## **2. Les concepts**

### **a) Leurs inter-relations**

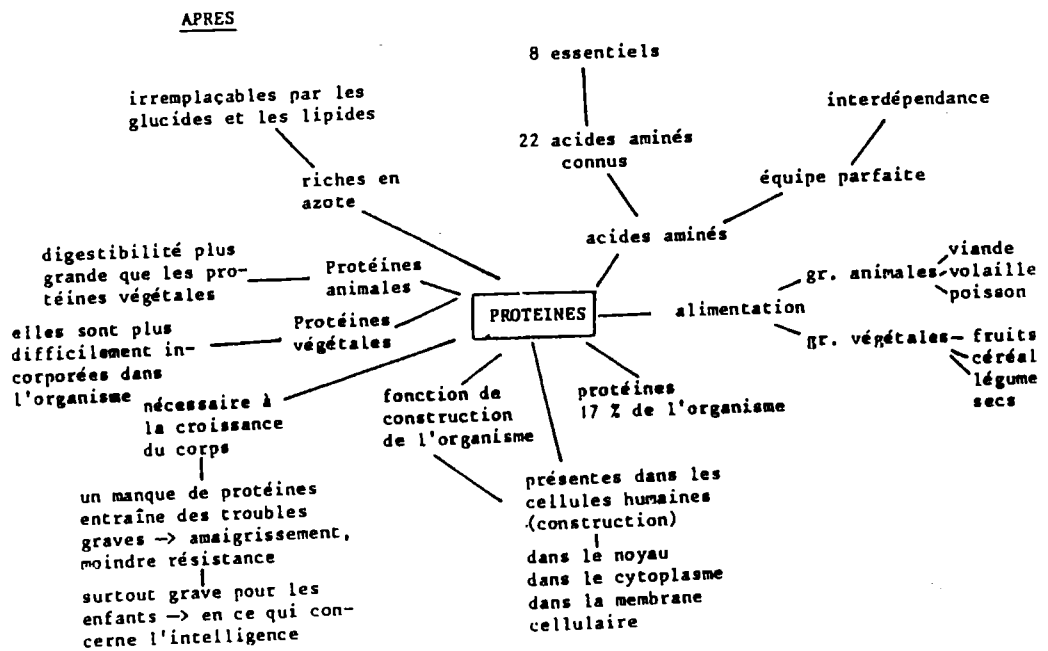
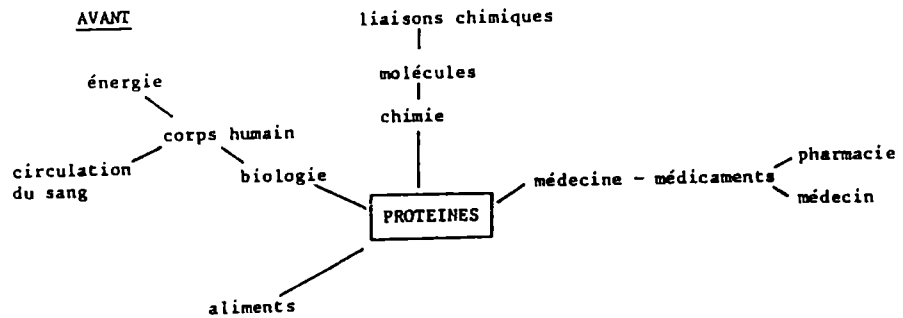
On n'installe pas une notion, un concept, dans le cerveau comme une pièce de puzzle qui vient prendre sa place dans un trou inoccupé. En fait, il faut l'installer dans un réseau de liens existants, quitte à devoir détricoter des mailles pour mieux les associer aux nouvelles. Souvent d'ailleurs, en sciences, on est amené à enseigner plusieurs concepts ensemble, qui ont besoin l'un de l'autre pour créer un réseau sémantique cohérent (on pourrait dire une dentelle conceptuelle).

En physique, c'est le cas pour les concepts de MASSE, de POIDS, D'INERTIE et de PESANTEUR. En éducation nutritionnelle, il est intéressant d'aborder en même temps les concepts de TRANSIT intestinal, de BOL alimentaire, de FIBRES, d'assimilation, etc.

Le SAVOIR se constituera, chez l'individu sur base de réseaux de concepts, c'est-à-dire des liens qu'ils entretiennent entre eux.

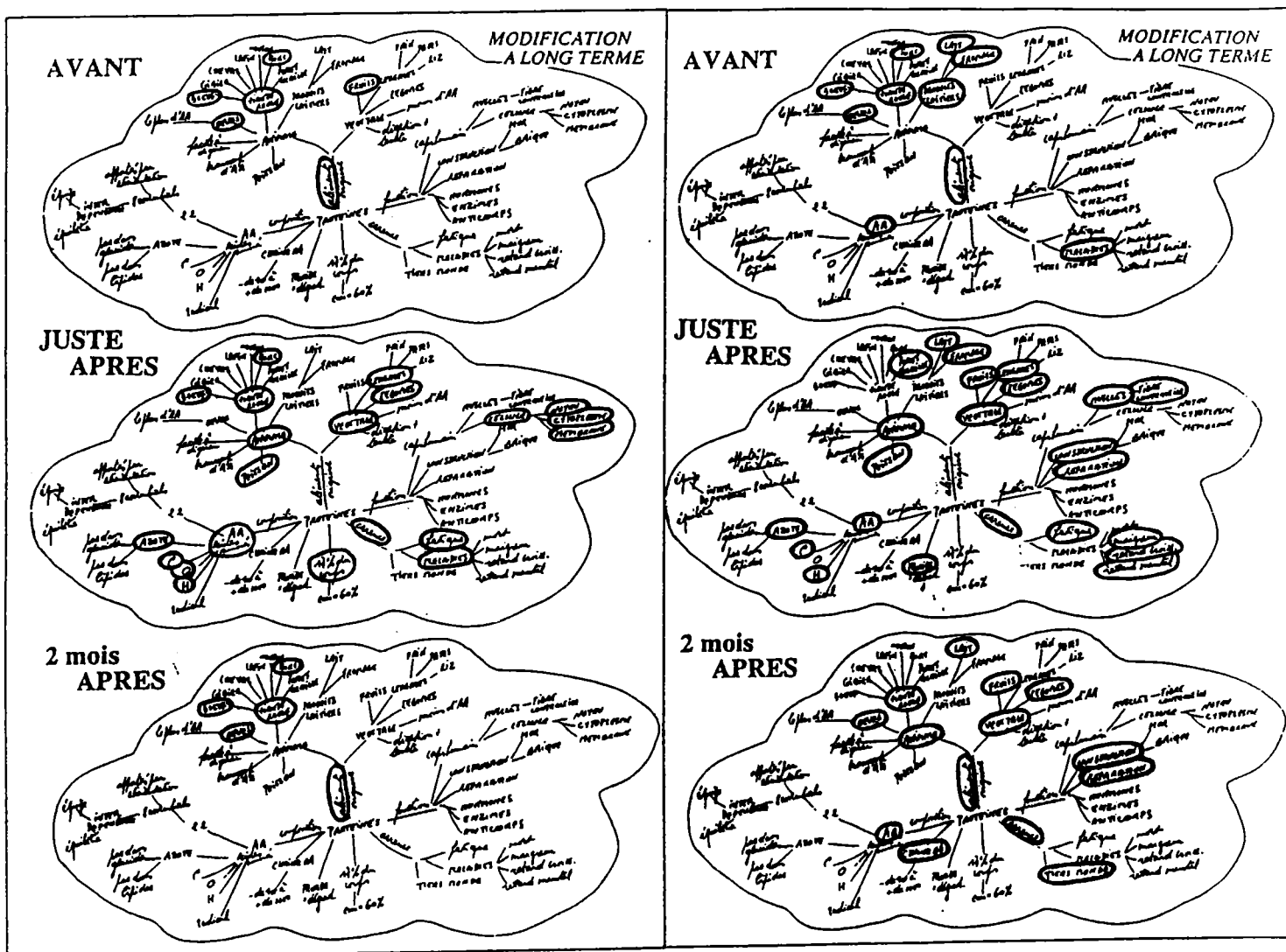
On peut illustrer de tels réseaux de concepts par la technique de la "carte conceptuelle" où l'on demande au sujet d'écrire les concepts liés à une notion indiquée au centre de la feuille.

Voici, à titre d'exemple, pour la notion "PROTEINE", la carte conceptuelle d'un étudiant de 18 ans avant et après un montage audio-visuel (40 diapositives sonorisées) sur les PROTEINES.



Pour étudier ce qu'il reste d'une modification, nous avons réappliqué (1987) le principe de la carte mentale AVANT l'intervention sur les protéines, puis JUSTE APRES et enfin DEUX MOIS APRES. Les réponses des sujets ont été placées (ovales noirs) sur la carte conceptuelle dressée par les auteurs du montage audiovisuel.

Voici deux résultats typiques.



Le résultat de gauche n'est guère encourageant et montre qu'il faut se méfier des résultats A COURT TERME, qui pourraient laisser une impression trop optimiste (les résultats A LONG TERME se révélant décevants). Ceci relative aussi les apprentissages qui ne sont que cognitifs.

## **F. FACTEUR 3 : LES SAVOIR-FAIRE (exécution, action, réalisation)**

Il ne suffit pas, dans la vie, de DESIRER ou de SAVOIR. Encore faut-il qu'une fois le choix fait, la mise en oeuvre (la réalisation) soit efficace.

C'est le cas pour les fameux "gestes qui sauvent" que la Croix-Rouge essaye d'installer chez les secouristes. Décider de faire un garrot à bon escient est inutile si le garrot que l'on fait est mal exécuté. Il en va de même pour une injection intraveineuse ou pour la respiration artificielle.

### **1. L'importance de l'entraînement**

Le temps d'exécution peut avoir d'importantes conséquences sur la performance. Il est évident que le respirateur artificiel doit être préparé en moins de trois minutes, que l'injection intraveineuse doit traumatiser le moins possible la veine, etc. Dans le même registre, on sait que les douleurs fantômes (celles que l'on ressent au doigt, alors que la main a été amputée depuis longtemps) durent d'autant plus d'années que l'opération elle-même fut longue. Nous avons donc intérêt à nous faire opérer par un chirurgien qui a l'habitude... et qui travaille vite. On dit que LARREY, le chirurgien de Napoléon, amputait une jambe en dix minutes... Il est vrai que son patron lui donnait l'occasion de s'exercer.

### **2. Modifications physiologiques et réflexes**

L'exercice, l'habitude, transforment non seulement la capacité psychique à exécuter mais aussi parfois la capacité physiologique. On sait que le fait de fumer réduit la capacité respiratoire, que le fait de manger moins réduit le volume de l'estomac et les "exigences" de ce dernier.

Les cours de sécurité routière que nous ont donnés nos institutrices maternelles et primaires non seulement nous ont fait comprendre les principes à respecter pour traverser la rue, mais surtout ont installé chez nous une série de réflexes, d'actes automatiques efficaces (tels que, lors de la traversée d'une rue, regarder d'abord à gauche, puis à droite), que nous posons, même quand nous sommes absorbés par d'autres problèmes... et qui ne sont pris en défaut que quand la situation elle-même est modifiée. C'est le cas, par exemple, quand nous, Continentaux, nous retrouvons en Angleterre.

## G. FACTEUR 4 : IMAGE DE SOI (se voir ou l'auto-estimation)

### 1. La confiance en soi

Il s'agit ici de l'auto-évaluation ou (plutôt l'auto-estimation) par l'individu de ce qu'il sait, de ce qu'il aime, de ce qu'il est capable ou incapable de faire. Par exemple, même si un individu possède les savoir techniques nécessaires (C), les Savoir-faire (S), et s'il est motivé (A) pour réaliser cet acte, il ne réussira pas tant qu'il ne s'estimera pas capable de l'exécuter (I).

De même, une communauté peut savoir (C) comment organiser une campagne de prévention, elle peut désirer l'organiser (A) mais ne pas le faire parce qu'elle considère qu'elle ne possède pas les structures adéquates pour la mettre en place, ni les ressources financières pour créer de telles structures (I). Elle ne "SE VOIT" pas la faire, elle ne s'en croit pas capable.

### 2. Exemples de la nécessité du réalisme

Le premier exemple concerne les Alcooliques Anonymes. On sait que c'est un principe de ce mouvement, peut-être le plus fondamental de ses douze principes de base, que l'alcoolique ne peut "se sauver" s'il n'a pas "touché le fond", c'est-à-dire s'il ne reconnaît pas qu'il est incapable de s'en sortir seul, qu'il a besoin de l'aide d'une "puissance supérieure" et, entre autres, du groupe. Tant qu'il gardera une parcelle de confiance en lui-même quant à sa capacité de s'en sortir seul, il n'a aucune chance d'y arriver. Voilà donc un principe basé sur une image de soi négative, voire nulle (mais, selon les A.A., réaliste !) sur un point précis.

Le principe qui consiste à s'en remettre à d'autres et aux sanctions du groupe est à la base de bien d'autres mouvements (les WEIGHT WATCHERS par exemple).

Un certain nombre d'ex fumeurs déclarent : "Je n'ai vraiment arrêté de fumer que lorsque j'ai compris que j'en aurai toujours envie, et que j'ai renoncé à atteindre (ou à attendre) un état d'indifférence vis-à-vis de la cigarette".

### 3. Exemples de la nécessité de l'optimisme

Certains thérapeutes en matière de drogue pensent - au contraire de la philosophie des Alcooliques Anonymes - que seule une force interne peut aider l'individu à sortir de la défonce... et ils "travaillent" à améliorer chez leurs patients l'image d'eux-mêmes.

Il est des matières où, cependant, un certain optimisme est utile. Ainsi, quand j'ai eu quarante ans, je me suis exclamé : "Déjà au tiers de ma vie !".

### 4. Apologie du doute

Le réalisme et le doute sont intimement liés (comme l'avait déjà fait remarquer DESCARTES) :

- Arriverai-je à manger tout ce que je m'apprête à mettre sur mon assiette ? Sinon, j'en mets moins.
- Saurai-je regarder cette émission TV jusqu'au bout sans m'endormir ? Sinon, je la magnétope d'emblée.
- Ai-je cuit convenablement ces denrées alimentaires ? Sinon, je laisse cuire.

Le doute est fécond : il nous amène à vérifier (auprès d'autrui ou dans des sources de documentations), bref à prendre des précautions... et à APPRENDRE.

## H. FACTEUR 5 : LA DECISION (choisir ou préférences)

### 1. Le poids (subjectif) des choses

Devant la série de solutions possibles que, grâce à son "savoir", il prend en considération, un individu ou une communauté fera un choix sur base de ses préférences. Dans le domaine de la santé, comme ailleurs, toute action a des conséquences positives et des conséquences négatives. On en rencontre des exemples dans les actions anti-tabagiques ou anti-alcooliques : il s'est créé dans certains milieux socio-culturels de telles représentations positives du fumeur (viril, actif) ou du buveur (sociable, bon vivant) que l'action éducative dans ce domaine a bien du mal à "faire peser" d'un poids égal les conséquences négatives dans l'esprit de ces personnes. Quoi d'étonnant à ce que la "balance" de la décision continue à pencher vers la toxicomanie ? il faut beaucoup de temps pour "rééquilibrer" ces arguments et "peser" sur les décisions. Dans les pays les moins alphabétisés, il en est de même de certaines traditions dont il faut bien connaître l'origine et l'historique pour tenir compte de leur "poids" dans les décisions, si l'on veut avoir l'espoir de modifier, voire de faire disparaître certains comportements.

### 2. Le mécanisme de prise de décision

La théorie des décisions, développée par les économistes, est aussi appelée "théorie de la maximisation de l'utilité attendue".

L'utilité est l'attraction (subjective) qu'exerce un objet ou un événement sur une personne. En cela, pour les économistes, la valeur d'une chose (100 FB a la valeur conventionnelle, donc collective que lui attribue la bourse de Paris de New York) se distingue de son utilité, affaire individuelle (100 FB a une plus grande utilité pour une personne pauvre que pour une personne riche).

L'utilité attendue est la multiplication de l'utilité par la probabilité ( $U \times p$ ). Ainsi, l'utilité de recevoir, maintenant, une bombe atomique sur la tête, est très négative pour moi ( $U$ ), mais (j'estime) sa probabilité ( $p$ ) très faible, si bien que je ne me retrouve pas, actuellement, dans un abri bétonné. Lorsque je veux traverser une rue, je considère (même inconsciemment) l'utilité (très négative) d'être écrabouillé par un camion ( $U$ ). Regarder à gauche et à droite, pour fixer le moment de traverser, vise à modifier (diminuer) la probabilité ( $p$ ) de cet événement. Lorsque l'utilité (faible) de me retrouver de l'autre côté de la route (avec certitude) donne une utilité attendue supérieure à celle de l'accident, alors je choisis de traverser.

L'expression maximisation de l'utilité attendue fait référence à la loi qui veut qu'une personne, parmi plusieurs possibilités, choisit celle dont l'utilité attendue est supérieure à toutes les autres. Ce fait est observé dans de nombreux contextes expérimentaux, que la personne agisse de façon consciente ou non. Il arrive aussi que les personnes se trompent sur les probabilités... et même sur les utilités.

### 3. Assumer les décisions

Il arrive que le choix, irréversible, que l'on a fait s'avère a posteriori moins pertinent qu'il le paraissait a priori.

C'est le cas de Monsieur X qui achète une voiture parce qu'elle est la moins chère de sa catégorie et qu'elle offre les trois avantages auxquels cette personne tient le plus : le confort, la rapidité et l'économie de consommation. Peu de temps après, un ami lui fait remarquer qu'une autre voiture offrait ces trois avantages, en mieux, pour le même prix. Objectivement, Monsieur X a eu tort. Il a fait le mauvais choix.

Devant cette DISSONANCE (entre la réalité et la décision), plusieurs solutions sont possibles. Tout d'abord, la personne peut reconnaître son erreur. C'est rarement le cas, car nous avons tendance à "réduire la dissonance cognitive", comme l'a montré FESTINGER (1972)... et pour cela, tous les moyens sont bons. Depuis la recherche de faiblesses dans le choix concurrent, jusqu'à la révision de ses propres priorités : la personne déclarera qu'elle ne tient pas autant au confort qu'on pourrait le croire ou qu'elle l'avait déclaré. Par contre, elle découvrira une nouvelle qualité (que seule sa voiture possède)...

Ces "rationalisations a posteriori" abondent en éducation pour la santé : chez les fumeurs, chez les obèses, chez les alcooliques, etc.

## H. ASPECT MULTIPLICATIF DU MODELE

En résumé, le modèle développé (voir détails in D. LECLERCQ, 1985), peut être représenté comme suit :

PROBLEME            A . S . C . I -----> D -----> (A) -----> CONDUITE

Il s'agit d'un modèle multiplicatif, au sens mathématique du terme. Il suffit qu'un des facteurs soit nul, par exemple qu'il n'existe aucune motivation (manquent les attitudes positives) ou que la solution ne soit pas connue (manque la connaissance de ce qu'il faut faire) ou que la personne s'en croie incapable (manque l'image de soi) ou que la solution envisagée ne "fasse pas le poids" dans le système de valeurs (manque la décision) ou que la personne manque d'habileté pour exécuter correctement la solution (manque le "SAVOIR-FAIRE") pour que le résultat soit nul, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de conduite apportant une solution pertinente au problème.

Il faudrait encore ajouter un facteur à ce modèle. Nous l'avons laissé en dehors des cinq premiers, parce qu'il ne concerne pas l'individu, mais les circonstances, (le milieu) : le POUVOIR, c'est-à-dire les possibilités matérielles, temporelles, légales, financières, etc. qui échappent à la personne et qu'elle doit subir (REGINSTER et LECLERCQ, 1987), bref le CONTEXTE.

## I. CONCLUSIONS

Nous n'avons fait ici que passer en revue, et d'une façon superficielle, quelques facteurs de production de la conduite, sans évoquer ni leurs mécanismes psychologiques de fonctionnement, ni les moyens de les influencer. Nous l'avons fait ailleurs (LECLERCQ, 1990 et 1992).

Les enseignants sont très créatifs dans les moyens d'intervention. On le verra dans les autres contributions du présent colloque.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTINI, J.-M. (Ed.), *Les jeunes, l'économie et la consommation*, Bruxelles : Labor, 1986.
- AUSUBEL, D., *Educational Psychology : a cognitive view*, New York, 1968.
- BANDURA, A., *L'apprentissage social*, Bruxelles : Dessart, 1976, Collection Psychologie et Sciences Humaines.
- BERTHET, E., *Information et éducation sanitaires*, Collection "Que sais-je ?", Paris : PUF, 1983.
- BERTHET, E., Les objectifs de l'éducation pour la santé, *Hygie*, vol. II/3, 49-53, 1983.
- CHARLIER, E., Représentation et formation, département Education et technologie, Facultés NDP, Namur, doc. 3.8 et 3.9, 1985.
- FESTINGER, L., A theoretical interpretation of shifts in level aspiration, *Psychol. Review*, 1972.
- LECLERCQ, D., S'impliquer dans la santé ?, Communication à la Journée d'études "famille, éducation pour la santé et Travailleur social", Wégimont, 1987.
- LECLERCQ, D., Implication du public à l'égard des problèmes vécus par les personnes handicapées, in LECLERCQ, DEGHAYE et MARLAIR, "Handicaps et Technologie", Liège - Edit. CÉRES, Collection Santé-Education, n°4, 217-225.
- LECLERCQ, D., La mesure des représentations au service de la psychologie de l'apprentissage, in G. REGINSTER, D. LECLERCQ et M. DEMARTEAU, Education pour la Santé à l'Ecole, Séminaire européen, Liège : Centre d'Enseignement et de Recherches pour l'Education et la Santé (CERES), Collection Santé Education, 1985, 133-154.
- LECLERCQ, D., Psychologie éducationnelle, notes de cours à l'Agrégation, Service de Technologie de l'Education, Université de Liège, octobre 1990.
- LECLERCQ, D., Introduction à la Technologie de l'Education, notes de cours, Service de Technologie de l'Education, Université de Liège, janvier 1992.
- LECLERCQ, D., Audiovisuel et apprentissage, notes de cours, Service de Technologie de l'Education, Université de Liège, avril 1992.
- MOSCOVICI, S., *La psychanalyse, son image et son public*, Paris : PUF, 1961.
- NORMAN, D., *Learning and memory*, San Francisco : Freeman and Co, 1982.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé, Série de rapports techniques, n°670, Genève, OMS, 1983.
- REGINSTER, G et LECLERCQ, D., Une taxonomie de la prévention dans le domaine de la santé, in Arch. B. Med. soc., Hyg., méd. tr. et méd. lég., 1985, 43, 137-143.
- SCHIELE, B. et BELISLE, C., Les représentations, collection "Communication Information, Université Laval, Québec, Editions Coopératives Saint-Martin, vol., VI, n°2-3, hiver 1984.
- SERON, X., VANDERLINDEN, M., LAMBERT, J.-L., *La modification comportementale*, Bruxelles : Ed. Mardaga, 1981.