

La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement

Diane Bélanger, Gaston Godin

La référence bibliographique de ce document se lit
comme suit:

Bélanger D, Godin G (2003)

La psychologie sociale au service de la santé publique
et de l'environnement.

In : Environnement et santé publique - Fondements et
pratiques, pp. 277-288.

Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P,
Dewailly É, rédacteurs.

Edisem / Tec & Doc, Acton Vale / Paris

Note : Ce manuel a été publié en 2003. Les connaissances
ont pu évoluer de façon importante depuis sa publication.

La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement

Diane Bélanger, Gaston Godin

- 1. Approches théoriques**
 - 1.1 Identification des facteurs explicatifs d'un comportement
 - 1.2 Élaboration et évaluation du programme d'interventions
- 2. Différence entre «approches théoriques» et «démarche de planification»**
- 3. Conclusion**

La qualité de l'environnement dans lequel nous vivons dépend beaucoup de certains comportements que nous adoptons ou n'adoptons pas. Réchauffement de la planète, amincissement de la couche d'ozone, pollution de l'air, du sol, de l'eau et pollution par le bruit en sont les témoins. En fait, plusieurs d'entre nous ne réalisent pas ou ne croient pas que notre façon d'agir peut avoir un impact si tentaculaire et insidieux sur la vie qui nous entoure. Et pourtant, l'augmentation dans le temps de la prévalence des maladies respiratoires, des allergies, des cancers et des maladies infectieuses n'est qu'une des conséquences qui nous touchent personnellement. Le défi en santé publique est donc majeur. Il doit déceler les facteurs qui expliquent et prédisent les comportements environnementaux néfastes (ou sains) pour les individus et développer, évaluer et, s'il y a lieu, améliorer les interventions visant à modifier (ou à maintenir) ces comportements. Le présent chapitre a comme objectif de proposer l'utilisation de cadres théoriques provenant surtout de la psychologie sociale pour aider les professionnels de la santé dans une telle démarche. Les informations présentées ici ne sont pas exhaustives et encore moins dogmatiques; elles permettent cependant d'ouvrir une fenêtre sur une façon de réfléchir et d'influencer les comportements humains liés à la santé et à la protection de l'environnement.

1. APPROCHES THÉORIQUES

Dans le domaine de la santé publique et de l'environnement, l'utilisation de certaines approches théoriques visant à comprendre ce qui influence un individu dans sa décision d'agir est avantageuse. Elle aide à reconnaître, dans un ensemble de facteurs psychosociaux, ceux qui ont réellement une ascendance sur le comportement ciblé par un programme d'interventions développé spécifiquement pour un groupe d'individus. De plus, l'approche théorique est au professionnel de la santé ce que la loupe est au philatéliste, soit un outil grossissant les particularités de chacun des facteurs retenus pour déterminer où et comment intervenir. Finalement, elle constitue un critère pour juger de l'impact d'un programme d'interventions d'éducation à la santé, tout comme est un

critère l'histoire naturelle d'une maladie pour évaluer l'effet d'un traitement.

Certaines des théories édifiées au cours des dernières décennies ont été souvent appliquées aux comportements liés à la santé et à l'environnement. Il s'agit des théories suivantes: le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock, 1974), la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977), la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1979), la théorie de Rosenbaum (Rosenbaum, 1990a, b) et l'approche transthéorique (Prochaska et coll., 1995). Des résultats provenant de recherches empiriques et d'autres de nature évaluative ont permis de les peaufiner au fil des ans. Cette évolution a rendu possible l'étude d'un plus grand éventail de comportements, tout en précisant la définition des facteurs psychosociaux qui leur sont associés, le lien qu'ils entretiennent entre eux, la façon de les mesurer et de les analyser. Rappelons cependant qu'évolution ne veut pas dire reniement du passé. Le choix de l'une de ces approches au dépens d'une autre ne dépend pas du moment de son apparition historique, mais de la clientèle étudiée et de ses comportements. Dans certains contextes, le regroupement de quelques-unes d'entre elles est même avantageux, notamment dans le domaine de la santé publique, où l'objectif ultime est le développement de programmes d'interventions dont le contenu sera le plus exhaustif possible et l'impact, facilement évaluable. L'illustration de ces propos est présentée ci-après sous deux rubriques: identification des facteurs explicatifs d'un comportement et élaboration et évaluation du programme d'interventions.

1.1 Identification des facteurs explicatifs d'un comportement

Le modèle des croyances relatives à la santé (HBM)*, apparu vers 1950, stipule qu'un individu peut poser des gestes pour prévenir une maladie (ou une condition désagréable) s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère cette dernière comme une dimension importante (Becker, 1974; Janz et Becker, 1984; Rosenstock et coll., 1988). Sur la

* *Health Belief Model*

base des informations acquises, il se sait susceptible de contracter la maladie (ou la condition désagréable) et comprend que son apparition est lourde de conséquences pour certains aspects de sa vie. Il juge également efficaces les interventions recommandées pour la prévenir, après avoir comparé leurs avantages à leurs désavantages. À titre d'exemple, un consommateur se procure des produits recyclables parce qu'il sait que l'emploi d'autres produits, en polluant l'air, constitue une menace pour sa santé. Il connaît les risques de problèmes respiratoires qu'il encourt et la gravité des conséquences de leur apparition sur la qualité de sa vie. Après avoir jugé que l'adoption d'un tel comportement a plus de bons que de mauvais côtés, il conclut que l'achat des produits recyclables est une mesure efficace pour préserver la qualité de l'air qui se retrouvera finalement dans ses poumons.

Tel qu'illustré à l'exemple précédent, le HBM met essentiellement l'accent sur les croyances liées à la santé ou à la maladie. Or, la décision d'agir peut aussi découler de motifs très éloignés de ces croyances, comme l'achat de produits recyclables par mesure d'économie. Aussi, sur la base de cette observation, le HBM semble plus approprié pour l'étude des comportements liés à la détection et au traitement des maladies (observance des prescriptions médicales, test de dépistage) qu'à la compréhension des comportements associés à leur prévention (Becker et coll., 1977; Godin, 1991).

La théorie de Rosenbaum (1990a, b) s'utilise également dans le contexte de l'observance au traitement. Cette théorie stipule que les cognitions (perception, mémoire) régissent les processus par lesquels un individu détermine ses comportements et décrit, en plus, le rôle qu'y jouent les influences suivantes: traits de personnalité et aptitudes qui guident la capacité à se contrôler dans des circonstances stressantes, états physiologiques (fatigue, effets secondaires d'un traitement) et les facteurs contextuels capables d'entraver les processus cognitifs (possibilité de perdre son emploi, absence d'assurance salaire). Le cas suivant illustre ces propos. Un travailleur démesurément exposé au plomb reçoit d'un médecin une ordonnance d'arrêt de travail et de désintoxication au moyen de certains médicaments. Il est conscient d'une perte de sensibilité au bout des doigts et d'une fatigue générale. Malgré tout, il n'observera pas cette ordon-

nance. De nature anxieuse, il a presque toujours fui les situations stressantes et a donc peu ou pas développé les aptitudes destinées à composer avec elles. Par ailleurs, se conformer à cette ordonnance pourrait entraîner une baisse importante de ses revenus et, peut-être, sa mise à pied.

Bien avant Rosenbaum, Bandura (1977) avait souligné l'importance des apprentissages au moment de changer une façon d'agir. Selon la théorie sociale cognitive, un individu adopte un comportement donné s'il considère que ce dernier apporte les résultats escomptés, mais, avant tout, s'il a suffisamment confiance en lui au moment de le faire. Ainsi, il sera plus enclin à adopter cette nouvelle conduite, à fournir les efforts nécessaires et à prendre le temps requis pour se l'approprier même dans des contextes difficiles. À titre d'exemple, un fermier qui se prépare à utiliser des pesticides peut être tenté de ne pas prendre le temps de se protéger adéquatement avec un masque et des gants: c'est une journée sans vent, ce qui diminue le risque d'intoxication, et il est très en retard sur son horaire de la journée. Malgré tout, il se protégera s'il a appris à surmonter ce genre de circonstances atténuantes et qu'il est convaincu de l'efficacité de cette mesure préventive.

L'efficacité personnelle perçue a servi à expliquer avec succès plusieurs comportements dans le secteur de la santé, ainsi que l'ont démontré les recherches soutenues ou non par des approches théoriques. Ce déterminant semble tellement important dans la genèse d'un comportement que certains auteurs d'autres théories l'ont incorporé à leur modèle (Maddux et Rogers, 1983; Stanley et Maddux, 1986; Strecher et coll., 1986; Rosenstock et coll., 1988) ou, comme Ajzen (1991), ont construit une variable similaire (Ajzen et Madden, 1986).

Ajzen (1991) a proposé la théorie du comportement planifié qui découle de ses travaux de recherche préalablement réalisés avec Fishbein (1975), lors du développement de la théorie de l'action raisonnée. Selon cette théorie, l'adoption d'un comportement contrôlé par la volonté dépend seulement de la motivation (intention) laquelle, à son tour, canalise toutes les attitudes et les normes qu'un individu entretient dans un contexte bien défini, à l'égard du comportement à modifier. Les attitudes regroupent les réponses cognitives et émotionnelles surgis-

sant spontanément à la pensée d'adopter cette conduite ainsi que l'évaluation subjective des conséquences de cette dernière sur sa vie. Les normes subjectives informent sur l'importance que l'individu accorde à l'opinion des gens de son entourage à propos de sa nouvelle façon d'agir et sur son désir de se conformer à celle des personnes qu'il considère particulièrement importantes. Par exemple, un jeune adulte a la ferme intention d'utiliser la crème solaire pour se protéger des rayons ultraviolets. Il ne croit pas qu'un teint très basané le rende plus séduisant. En plus, ses copains en font usage, et cette crème lui est utile, car il travaille comme sauveteur à la piscine du quartier, alors autant l'utiliser.

Bien qu'intéressante, la théorie de l'action raisonnée n'inclut que les comportements régis par la volonté. Il se présente cependant des situations dans la vie où un individu ne peut tout contrôler. En effet, il est peu probable qu'un employé asthmatique demande à son patron de faire enlever les moquettes s'il ne peut appuyer sa démarche sur un recours légal. De même, il est peu vraisemblable qu'un citoyen fasse le recyclage des produits toxiques périmés si sa communauté n'offre pas ce service. C'est pour pallier cette lacune qu'Ajzen a ajouté la perception du contrôle comportemental, une variable jugée équivalente à l'efficacité personnelle perçue, à la théorie de l'action raisonnée, devenue par la suite la théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986). Cette composante reflète la capacité d'un individu à adopter un comportement dans un contexte général ou au moment d'affronter certaines difficultés éventuelles. Tout comme les attitudes et les normes subjectives, la perception du contrôle comportemental peut influencer l'intention, mais en plus elle peut agir directement sur le comportement.

La richesse des théories de Fishbein et Ajzen (1975) est la mise en évidence du caractère prédictif de la motivation (intention) sur la décision d'agir. Loin d'être simpliste, cette observation a permis de poser un jalon important pour la compréhension de la chaîne de causalité d'un comportement, ce qui constitue un atout pour le développement d'interventions de santé publique. En effet, à quoi sert de déposer une demande d'installation d'un turbidimètre (appareil servant à mesurer la turbidité de l'eau

de consommation) auprès d'un élu municipal si l'on sait, *a priori*, qu'il n'a pas l'intention d'approuver la requête. Mieux vaut cerner les raisons qui l'en empêchent et lui présenter les arguments contraires de façon convaincante.

Comme Ajzen, Triandis (1979) limite la portée de la motivation comme indicateur prédictif du comportement. Il avance, dans sa théorie des comportements interpersonnels, que l'habitude et la présence de conditions facilitantes pourraient y contribuer. De façon plus précise, la force de l'intention est déterminante pour l'adoption d'une nouvelle conduite. L'habitude, importante pour plusieurs comportements sociaux réalisés quotidiennement (Langer, 1978), augmente avec le degré d'automatisme engendré par sa répétition. Des contextes et des situations variés peuvent également interférer avec la décision d'agir, mais, à l'inverse des deux facteurs précédents, ils ne dépendent pas de la nouveauté de l'action à entreprendre.

L'intention se définit par la composante cognitive et la dimension affective de l'attitude, les déterminants sociaux et les convictions personnelles, en regard du comportement souhaité. La composante cognitive résulte de l'analyse subjective qu'un individu fait de certaines conséquences résultant de sa nouvelle conduite, et la dimension affective constitue l'état physiologique survenant à la pensée de l'adopter.

Les déterminants sociaux sont évalués par les normes comportementales, les pressions ressenties, la croyance en l'existence de rôles sociaux spécifiques et l'automonitorage (Snyder, 1974; Triandis, 1979). Les normes comportementales réfèrent à l'influence implicite de personnes significatives sur le comportement d'un individu donné (le fait que des amis recyclent des produits toxiques le motive à l'imiter), alors que les pressions ressenties agissent de façon explicite (ses amis insistent pour qu'il recycle des produits toxiques). Ce que croit un individu sur les devoirs d'une personne occupant une position similaire à la sienne dans la structure sociale définit la croyance dans les rôles sociaux (il trouve légitime qu'un citoyen de la ville voisine recycle les produits toxiques), et l'automonitorage est la capacité à adapter son comportement selon ce qu'il vit tout en contrôlant les états affectifs qui en découlent (de façon générale, il agit selon ce qu'il pense, ressent ou croit) (Snyder, 1974).

Finalement, les convictions personnelles reflètent les principes moraux d'un individu. Elles résultent du processus de socialisation et, tout comme les normes sociales, elles limitent sa conduite. Par contre, contrairement à ces dernières, les balises ne sont pas érigées en fonction de ce que les autres pensent, mais à partir de normes sociales auxquelles il a personnellement choisi d'adhérer (par conviction personnelle, une personne responsable recycle les produits toxiques).

Les nombreuses précisions associées aux déterminants proposées par la théorie des comportements interpersonnels sont appréciables pour le développement d'interventions d'éducation à la santé. Malgré cela, il peut être bénéfique de les raffiner un peu plus dans certains contextes, notamment avec le modèle socio-psychologique du comportement de l'altruisme de Schwartz (1968a, b; Hopper et Nielsen, 1991) et le concept d'acculturation décrit par Berry (1985).

Selon Schwartz, un individu n'agit pas nécessairement en accord avec une norme morale qu'il endosse. Il doit d'abord se l'approprier, parce qu'au départ elle demeure abstraite et très éloignée de lui. Puis, il l'ajoute à son registre personnel à la demande de personnes importantes pour lui et dans l'attente d'un échange réciproque. Ceci ne signifie pas pour autant que cette norme morale oriente son comportement. Pour ce faire, il doit avoir conscience des conséquences de son action (ou inaction) et s'en sentir responsable. Si tel est le cas, violer cette norme suscitera chez lui de la culpabilité et, à l'inverse, s'y confirmer contribuera à sa fierté (Berry, 1985).

Cette démarche personnelle est nuancée par la culture d'appartenance. Or, certains contextes peuvent amener un individu à en côtoyer plus d'une. Selon Berry, il est alors important de vérifier le degré d'acculturation en comparant la valeur que l'individu attribue au maintien de son identité culturelle d'origine à celle qu'il alloue à ses relations avec les personnes de sa culture d'accueil (intégration, séparation, assimilation, marginalisation). En fait, la question est de savoir dans quelle mesure l'interaction entre ses deux cultures a une ascendance sur sa conduite (consommation de mollusques, recyclage de déchets domestiques). Le mot «culture» ne doit pas être compris de façon limitative. En

santé publique, il pourrait inclure la sous-culture des individus rejoints par un programme d'éducation à la santé (sous-culture d'origine) et celle des professionnels qui l'ont développée (sous-culture d'accueil). La force de leur influence réciproque sur le comportement à modifier pourrait être un indicateur de l'efficacité des interventions. Plus un programme serait teinté des valeurs et des attitudes véhiculées dans le milieu de la santé, plus il serait éloigné de la réalité de la clientèle à atteindre. Conséquemment, moins les interventions seraient efficaces pour favoriser une nouvelle façon d'agir, comme c'est encore trop souvent le cas!

Plusieurs informations se rapportant aux théories de Triandis (1979) et de Schwartz (1968a, b), ainsi qu'au concept d'acculturation décrit par Berry (1985), ont été présentées dans les derniers paragraphes. Leur transposition dans une situation concrète pourrait prendre la forme suivante. Un Amérindien traditionaliste descend en canot une rivière du Canada jusqu'à New York afin de manifester en faveur de la réduction des pluies acides. Il sait pertinemment que celles-ci intoxiquent la faune aquatique et, par conséquent, ceux qu'il aime. Il est très conscient du rôle qu'il doit jouer en tant qu'adulte responsable au sein de sa communauté. Le respect de son environnement fait partie de ses convictions les plus profondes, de son propre code d'éthique. Demeurer inactif le couvrirait de honte. Il se considère garant de l'héritage écologique et culturel à transmettre aux plus jeunes, ce qui inclut le maintien de leurs habitudes alimentaires, malgré les nombreux avis de contamination et de restriction de consommation émis par les professionnels de la santé publique.

L'histoire du dernier cas, tout comme les précédents d'ailleurs, semble statique. La réalité en est cependant toute autre. Une personne peut reconsidérer à plusieurs reprises sa façon d'agir avant de passer à l'action. Tout au long de ce cheminement qui peut prendre des mois, voire des années, elle intègre de nouveaux éléments susceptibles d'influencer sa décision. L'originalité de l'approche transthéorique suggérée par Prochaska et coll. (1995) est justement la mise en lumière de ce processus dynamique. Nommée «spirale de changement de comportement», cette approche est constituée de six étapes: précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et phase finale.

Très succinctement, la précontemplation (1^e étape) est la période pendant laquelle l'individu n'a pas l'intention de changer son comportement; il peut même le dénier. Lors de la contemplation (2^e étape), il commence à prendre conscience des conséquences néfastes de sa conduite sur sa vie et à réaliser qu'il serait souhaitable de chercher des solutions pour l'amener à la modifier. Au cours de la troisième étape (préparation), l'individu amorce quelques tentatives de changement, de façon très ponctuelle, pour ensuite, lors des quatrième et cinquième phases, passer réellement à l'action et consolider sa nouvelle conduite. Si la consolidation dure suffisamment longtemps pour ne plus penser à l'ancienne façon d'agir, alors le changement de comportement aura atteint sa phase finale. Les théories présentées précédemment peuvent aider à définir les descripteurs de chacune de ces six étapes.

À titre d'exemple, le propriétaire d'une maison unifamiliale épand des insecticides dans son potager. Un jour, son enfant qui revient de son cours d'écologie lui signale l'effet malsain de ce comportement sur leur santé. Après avoir lu quelques rubriques dans le journal hebdomadaire et en avoir discuté avec des amis, il commence à envisager à des solutions de rechange telles que d'entretenir le sol de façon assidue et d'organiser la plantation pour tenir compte de la compétition naturelle entre les espèces. Malgré cette préparation, il hésite encore à passer à l'action. La vérité est qu'il n'est pas encore suffisamment motivé et ne possède pas les ressources personnelles pour surmonter les difficultés que cela occasionne. Avant de délaisser à jamais les insecticides, il oscillera entre l'épandage de produits chimiques et les solutions écologiques pendant trois ou quatre ans.

En conclusion, le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock, 1974), la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977), la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1979), la théorie de Rosenbaum (Rosenbaum, 1990a, b) et l'approche transthéorique (Prochaska et coll., 1995) proposent différentes conceptions du comportement humain. Mises au service des professionnels de la santé publique et de l'environnement, elles orientent la définition du contenu de programmes d'intervention. Leur champ d'appli-

cation est très varié tel que l'illustrent les exemples rapportés dans le tableau 10.1.

1.2 Élaboration et évaluation du programme d'interventions

Mettre au point des programmes d'intervention efficaces et efficients est loin d'être facile. Si cela était, les automobilistes porteraient tous leur ceinture de sécurité, les baigneurs feraient tous usage de la crème solaire et les dentistes seraient tous au chômage! Ce n'est pas le cas, et pour cause! La plupart de ces programmes ont été basés sur la prémisse que le transfert des connaissances pouvait à lui seul modifier les comportements liés à la santé. Heureusement pour la nature humaine, cette proposition est erronée, et la décision d'agir repose en fait sur diverses dimensions personnelles. Cela rend par contre l'élaboration des programmes d'éducation à la santé un peu plus délicate. Aider un individu à améliorer sa confiance en sa capacité d'adopter un comportement (l'efficacité personnelle perçue) est beaucoup plus difficile à réaliser que de l'informer sur les facteurs de risque de maladie. Le professionnel de la santé a donc tout avantage à appuyer sa démarche sur des théories provenant de la psychologie sociale.

L'utilité des théories psychosociales dans le domaine de la santé publique et de l'environnement va au-delà de la connaissance des facteurs qui expliquent et prédisent un comportement. Ces théories facilitent l'identification des messages d'éducation à véhiculer et des processus cognitifs enclenchés lors de l'assimilation de ces messages. D'autre part, elles guident l'évaluation du programme.

Identification des messages d'éducation à la santé

Dans les programmes d'intervention, on retrouve les informations incluses dans les variables théoriques qui ont été reconnues, au moment de l'analyse, comme étant les principaux facteurs discriminant les personnes qui adoptent le comportement visé de celles qui ne le font pas. Ces composantes, tout comme les autres d'ailleurs, avaient été élaborées à partir des propos tenus par les personnes à rejoindre, sur le comportement à changer*. Conséquemment, après l'analyse, le

* Pour de plus amples informations sur la mise au point d'un questionnaire, voir Fishbein et Ajzen (1975), Ajzen (1991), Pelto (1970), Gagné et Godin (1999), Fleiss (1981) et Eagly et Chaiken (1993).

Tableau 10.1 Champs d'application de théories du comportement lié à la santé et à l'environnement (avec exemples de références bibliographiques)

Comportements liés à la santé et à l'environnement	
Recyclage	(Cheung et coll., 1999)
Conservation de l'eau	(Murphy et coll., 1991)
Signature d'une pétition anti-pollution	(Hamid et Cheng, 1995)
Comportements écologiques	(Kaiser et coll., 1999)
Utilisation de papier non blanchi	(Harland et coll., 1999)
Utilisation des transports en commun	(Murphy et coll., 1991)
Utilisation d'ampoules électriques à économie d'énergie	(Harland et coll., 1999)
Fermeture du robinet pendant le brossage des dents	(Harland et coll., 1999)
Abaissement de la température ambiante la nuit	(Macey et Brown, 1983)
Changement des filtres de la fournaise	(Macey et Brown, 1983)
Calfeutrage extérieur	(Macey et Brown, 1983)
Réduction de la consommation de viande	(Harland et coll., 1999)
Comportements liés à la santé, mais non à l'environnement	
Usage des contraceptifs oraux et planification des naissances	(Davidson et Jaccard, 1975)
Consommation d'alcool ou de drogues	(Wingood et DiClemente, 1998)
Pratique de l'activité physique	(Godin et coll., 1986)
Usage de la cigarette	(Godin et Lepage, 1988)
Utilisation du préservatif	(Bélanger et coll., 2002)
Dépistage du cancer du col de l'utérus	(Seibold et Roper, 1979)
Vaccination contre l'influenza	(Montano, 1986)
Délits de conduite automobile	(Parker et coll., 1992)
Dépistage par mammographie	(Baumann et coll., 1993)
Partage de matériel d'injection	(Bélanger et coll., 2002)
Arrêt du tabagisme	(Katz et Singh, 1986)
Maintien de la réduction de masse corporelle	(Kenneth et Ackerman, 1995)
Observance du traitement d'hémodialyse	(Rosenbaum et Smira, 1986)

professionnel de la santé connaît ce qui influence le comportement faisant l'objet du programme ainsi que les messages à véhiculer dans les interventions. À titre d'exemple, un professionnel en santé environnementale veut rejoindre les adolescents sur son territoire pour les inciter à utiliser de la crème solaire. Une étude basée sur le modèle de Triandis (1979) permet d'observer que les facteurs facilitants peuvent influencer l'adoption de ce comportement. Pour les adolescents visés par

le programme, cela signifie qu'ils accepteront d'utiliser la crème solaire s'ils n'ont pas l'impression «d'avoir la peau grasse», «d'être moins à la mode s'ils ne sont pas bronzés» et si cela ne les empêche pas «de se foutre à l'eau en arrivant à la piscine». Ces précisions apportées par les adolescents sont précieuses pour qui veut intervenir auprès de cette clientèle, car elles représentent justement les trois messages à diffuser lors des interventions.

Identification des processus cognitifs enclenchés lors de l'assimilation des messages d'éducation à la santé

Après avoir mis en évidence les messages d'éducation à la santé à transmettre par le programme d'interventions, il faut trouver comment les personnes rejointes pourraient les assimiler. Autrement dit, dans le but de maximiser l'impact du programme, le professionnel en santé publique et en environnement doit déceler quelles approches théoriques lui permettront d'influer sur les processus cognitifs enclenchés lors de cette assimilation. Les deux prochains paragraphes, dont le premier porte sur l'efficacité personnelle et le second sur l'intention, illustrent ces propos.

Pour Bandura (1977), l'efficacité personnelle perçue est la confiance qu'a un individu en sa capacité d'adopter un comportement. Plus l'individu se sent efficace et plus il est enclin à l'initier, à fournir les efforts et le temps nécessaires pour le maintenir même lorsqu'il rencontre des difficultés pouvant l'en empêcher! L'expérience personnelle, le modeling, la persuasion verbale et l'état physiologique constituent certaines des sources qui peuvent l'influencer tout au long de ce changement personnel. Ainsi, par exemple, la probabilité, pour une personne, d'abandonner avec le temps l'utilisation d'un broyeur à déchets est augmentée lorsque cette personne en connaît les raisons environnementales lui confirmant le bien-fondé de ne pas l'utiliser voit les autres membres de la famille ne pas s'en servir et qui se fait rappeler les solutions de rechange à ce comportement (meilleure gestion des aliments).

L'intention est un déterminant incontournable d'un comportement volitif puisqu'elle est l'expression de la motivation à agir (Fishbein et Ajzen, 1975; Triandis, 1979; Ajzen, 1991). Il est donc important de bien saisir ce qui amène une personne à passer de cette phase à celle de l'adoption d'une nouvelle conduite. Le processus d'autorégulation défini dans la théorie de la mise en œuvre de l'intention (Gollwitzer, 1990; Orbell et coll., 1997; Sheeran et Orbell, 1999) favorise cette transposition selon les deux étapes suivantes: la planification et le contrôle de l'action. La planification concourt à transformer

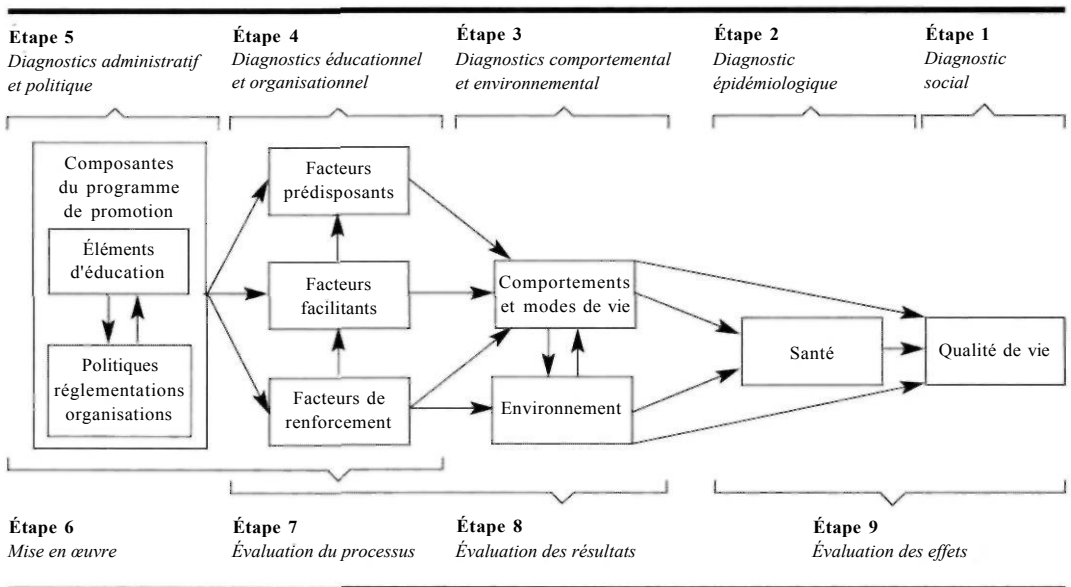
l'intention en instructions plus détaillées et à préciser la séquence d'actions visant à leur réalisation, alors que le contrôle de l'action est l'expérimentation de ces dernières. Disons qu'un professionnel en santé publique aimerait que certains représentants de groupes environnementaux assument leur rôle en demandant l'adoption d'un règlement visant à obliger les usines de pâtes et papier à se pourvoir d'un système amélioré d'épuration des eaux usées. Afin d'augmenter les chances que cela se produise selon l'échéancier prévu, le professionnel planifiera un ensemble d'activités pour soutenir chacun des représentants: 1) précision du moment où il fera la demande de l'adoption du règlement, 2) précision des différentes actions qu'il devra préalablement effectuer (sensibiliser le grand public), 3) évaluation de ses actions pour réajuster dès le départ sa planification et 4) déceler des mécanismes pour se souvenir des actions qu'il a envisagées d'accomplir.

Guide d'évaluation du programme

L'utilisation des approches théoriques facilite l'évaluation des effets des programmes d'éducation à la santé. L'identification et la précision du contenu transmis, ainsi que la connaissance des rouages internes induisant leur intégration et leur transposition en comportement, signalent les aspects sur lesquels l'évaluation de l'impact doit porter. Par ailleurs, la mise en évidence des forces et déficiences des programmes incitera à restructurer les activités pour mieux les adapter aux personnes touchées, au comportement visé ainsi qu'au contexte de réalisation.

En conclusion, les théories issues de la psychologie sociale appuient le professionnel en santé publique et en environnement lors de l'élaboration d'un programme d'éducation. En effet, les précisions apportées par les variables théoriques jugées importantes pour l'explication du comportement faisant l'objet des interventions définissent le contenu du programme. De même, ces théories permettent de circonscrire les processus cognitifs mis en cause au moment d'adopter la nouvelle conduite. Cette façon de procéder pose les phases de l'évaluation du programme dont les résultats servent à améliorer les interventions à venir.

Figure 10.1 Modèle de planification «précéder/procéder» de Green et Kreuter (1991)



2. DIFFERENCE ENTRE «APPROCHES THÉORIQUES» ET «DÉMARCHE DE PLANIFICATION»

Dans le domaine de la santé publique, les professionnels utilisent souvent une démarche de planification pour élaborer un programme d'interventions visant le changement d'un comportement, alors qu'en réalité l'élaboration de ce programme devrait être basée sur une ou plusieurs approches théoriques telles que celles décrites précédemment. De perpétuer cette façon de faire peut invalider la portée du programme ainsi mis en place. Il est donc important de bien saisir la différence entre les approches théoriques et une démarche de planification, tout en comprenant comment elles s'imbriquent les unes avec les autres. Pour ce faire, la démarche de planification «précéder/procéder» suggérée par Green et Kreuter (1991) a été retenue, en raison de sa popularité en santé publique (figure 10.1).

Les neuf étapes du modèle «précéder/procéder» suggéré par Green et Kreuter permettent de bien camper au sein d'une démarche de planification le programme d'éducation à développer. La première étape consiste à déceler, à l'aide d'indicateurs sociaux (et nous ajoutons culturels), les problèmes prioritaires qui inter-

viennent avec la qualité de vie des individus. À la deuxième étape, l'effet de ces problèmes sur la santé est mis en lumière par des mesures épidémiologiques (taux d'incidence). Les étapes 3 et 4 visent principalement à comprendre quels facteurs incitent les individus à adopter des comportements néfastes (ou sains) pour eux. L'étape 5 porte sur le développement du programme d'éducation à la santé, sur la base des informations précédentes, tout en tenant compte du contexte légal, politique et organisationnel dans lequel s'insère ce programme. L'étape 6 concerne la mise en œuvre du programme alors que les étapes 7, 8 et 9 ont respectivement comme objectif d'évaluer son processus (comment s'est implanté et déroulé le programme?), ses effets (quel impact le programme a-t-il eu sur le changement de comportements et sur les mesures épidémiologiques, sociales et culturelles?) et son rendement (quel est le rapport rendement/investissement des activités du programme?).

Les approches théoriques présentées ci-dessus s'appliquent aux étapes 3 et 4 du modèle de planification. Il semblerait que les liens les entrelaçant pourraient différer de ceux proposés par Green et Kreuter (1991). Bien qu'intéressante, la démonstration théorique qui sous-tend cette affirmation déborde le cadre du présent

ouvrage. Il est cependant essentiel de bien comprendre que les comportements et les modes de vie qui en découlent, ou vice versa, interagissent avec les autres phases du modèle de Green et Kreuter et même plus: ils en constituent la clef de voûte. L'exemple suivant illustre ces propos.

Un programme promouvant l'usage de la bicyclette pour se rendre au bureau vise à atteindre les attitudes et les normes qui amènent un individu à l'enfourcher. Il favorise l'accessibilité aux pistes cyclables et offre des bons de réduction sur le prix de l'essence dont le montant est inversement proportionnel au nombre de kilomètres parcourus en vélo. Ce programme s'est avéré efficace, car plusieurs des individus rejoints ont adopté ce mode de transport. Cette pratique améliore la qualité de leur vie et réduit leur risque de morbidité et de mortalité, deux dimensions à l'origine de cette démarche de santé publique. Finalement, ce groupe de travailleurs nouvellement «cyclistes» a décidé d'agir comme lobby dans le but de faire voter un règlement obligeant leurs municipalités à construire un nombre de pistes cyclables suffisamment élevé pour desservir leur population.

3. CONCLUSION

Au-delà des mots, les approches provenant de la psychologie sociale aident les professionnels de la santé à réfléchir à ce qu'ils veulent promouvoir, à développer ce sur quoi ils ont réfléchi, à évaluer ce qui a été développé, pour à nouveau réfléchir à ce qu'ils veulent promouvoir. De façon tout aussi juste, on peut dire que, au-delà des actions, elles aident les professionnels à réfléchir à partir des mots des personnes concernées par l'activité de promotion, à élaborer sur ce qu'elles disent, à évaluer ce qui a été développé, pour à nouveau réfléchir à partir des mots des personnes concernées. C'est justement sur la base de cette translation que repose l'efficacité des programmes d'intervention en éducation à la santé supportés par les approches provenant de la psychologie sociale. Efficacité ne signifie pas pour autant perfection, surtout dans le domaine du comportement humain teinté de tellement de subjectivité et de non-dit, un univers où il y n'y aurait que des avantages à faire se côtoyer les approches décrites dans ce chapitre avec des approches qualitatives.

Bibliographie

- Ajzen, I. «The theory of planned behavior», *Organ Behav Hum Dec Process*, 50, 1991, p. 179-211.
- Ajzen, I. et T.J. Madden. «Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control», *J Exp Soc Psychol*, 22, 1986, p. 453-474.
- Bandura, A. «Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change», *Psychol Rev*, 84, 1977, p. 191-213.
- Baumann, L. J., R. L. Brown, S. A. Fontana et L. Cameron. «Testing a model of mammography intention», *J Appl Soc Psychol*, 23, 1993, p. 1733-1756.
- Becker, M. H. «The health belief model and personal health behavior», *Health Educ Monographs*, 2, 1974, p. 324-473.
- Becker, M. H., D. P. Haefner, S. V. Kasl, J. P. Kirscht, L. A. Maiman et I. M. Rosenstock. «Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors», *Med Care*, 15, 1977, p. 27-46.
- Bélanger, D., G. Godin, M. Alary, L. Noël, N. Côté et C. Claessens. (In collaboration with community workers at the needle-exchange program Point de Repères.) *Prediction of needle sharing among injection drug users*. Accepté pour publication dans *J Appl Soc Psychol*, 32, 2002.
- Bélanger, D., G. Godin, M. Alary et P. M. Bernard. (In collaboration with community workers at the needle-exchange program Point de Repères.) *Factors explaining the intention to use condoms among injection drug users participating in a needle-exchange program*. Accepté pour publication dans *J Appl Soc Psychol*, 32, 2002.
- Berry, J. W. «Acculturation among circumpolar peoples: implications for health status», *Arctic Medical Research*, 40, 1985, p. 21-27.
- Cheung, S. H., D. K. S. Chan et Z. S. Y. Wong. «Reexamining the theory of planned behavior in understanding wastepaper recycling». *Environ Behav*, 3, 1999, p. 587-612.
- Davidson, A. R. et J. J. Jaccard. «Population psychology: a new look at an old problem», *J Pen Soc Psychol*, 31, 1975, p. 1073-1082.
- Eagly, A. H. et S. Chaiken. *The psychology of attitudes*, HBJ College Publishers, New York, 1993-
- Fishbein, M. et I. Ajzen. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*, Addison-Wesley, Reading, MA, 1975.
- Fleiss, J. L. *Statistical methods for rates and proportions*, John Wiley & Sons, New York, 1981.
- Gagné, C. et G. Godin. «Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire», Québec, Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, École des sciences infirmières, Université Laval, 1999.
- Godin, G. «L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs», *Sci Soc Santé*, 9, 1991, p. 67-94.
- Godin, G. et L. Lepage. «Understanding the intentions of pregnant nullipara to not smoke cigarettes after childbirth», *J Drug Education*, 18, 1988, p. 115-124.
- Godin, G., R. J. Shephard et A. Colantonio. «The cognitive profile of those who intend to exercise but do not». *Public Health Rep*, 101, 1986, p. 521-526.
- Gollwitzer, P. M. «Action phases and mind-sets», dans *Handbook of motivation and cognition: foundations of social behavior*, Guilford, New York, 1990, p. 53-92.
- Green, L. W. et M. W. Kreuter. *Health Promotion Planning: an Educational and Environmental Approach*, Mayfield, Mountain View, CA, 1991.
- Hamid, P. N. et S. T. Cheng. «Predicting antipollution behavior. The role of molar behavioral intentions, past behavior, and locus of control», *Environ Behav*, 27, 1995, p. 679-698.
- Harland, P., H. Staats et H. A. M. Wilke. «Explaining proenvironmental intention and behavior by personal norms and the theory of planned behavior», *J Appl Soc Psychol*, 29, 1999, p. 2505-2528.
- Hopper, J. R. et M. J. Nielsen. «Recycling as altruistic behavior: Normative and behavioral strategies to expand participation in a Community Recycling Program», *Environ Behav*, 23, 1991, p. 195-220.
- Janz, N. K. et M. H. Becker. «The health belief model: a decade later», *Health Educ Quart*, 11, 1984, p. 1-47.
- Kaiser, F. G., S. Wolfing et U. Fuhrer. «Environmental attitude and ecological behaviour», *J Environ Psychol*, 19, 1999, p. 1-19.
- Katz, R. C. et N. Singh. «A comparison of current smokers and self-cured quitters on Rosenbaums's self-control schedule», *Addict Behav*, 11, 1986, p. 63-65.

- Kenneth, D. J. et M. Ackerman. «Importance of learned resourcefulness to weight loss and early success during maintenance: preliminary evidence», *Patient Educ Couns*, 25, 1995, p. 197-203.
- Langer, E. J. «Rethinking the role of thought in social interaction», dans *New directions in attribution research* (Vol. 2), Laurence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1978.
- Macey, S. M. et M. A. Brown. «Residential energy conservation. The role of past experience in repetitive household behavior», *Environ Behav*, 15, 1983, p. 123-141.
- Maddux, J. E. et R. W. Rogers. «Protection motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitude change», *J Exp Soc Psychol*, 19, 1983, p. 469-479.
- Montano, D. E. «Predicting and understanding influenza vaccination behavior», *Med Care*, 24, 1986, p. 438-453.
- Murphy, M., R. Watson et S. Moore. «Encouraging water saving: the role of knowledge, attitudes, and intention», *Aust J Environ Educ*, 7, 1991, p. 71-78.
- Orbell, S., S. Hodgkins et P. Sheeran. «Implementation intentions and the Theory of Planned Behavior», *Pers Soc Psychol Bull*, 23, 1997, p. 945-954.
- Parker, D., A. S. R. Manstead, S. G. Stradling et J. T Reason. «Determinants of intention to commit driving violations», *Accident Anal Prev*, 24, 1992, p. 117-131.
- Pelto, P. J. *Anthropological Research*, Harper & Row, New York, 1970.
- Prochaska, J. O., J. C. Norcross et C. C. Diclemente. *Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*, Avon Books, New York, 1995.
- Rosenbaum, M. et B. A. Smira. «Cognitive and personality factors in the delay of immediate gratification of hemodialysis patients», *J Pers Soc Psychol*, 51, 1986, p. 357-364.
- Rosenbaum, M. «A model of research for self-regulation: reducing the schism between behaviorism and general psychology», dans *Unifying Behavior therapy: contribution of paradigmatic behaviorism*, Springer Publishing Co, New York, 1990a, p. 126-149.
- Rosenbaum, M. «The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior», dans *Learned Resourcefulness on coping skills, self-control and adaptation behavior*, Springer Publishing Co, New York, 1990a, 1990b, p. 3-30.
- Rosenstock, I. «Historical origins of the Health Belief Model», *Health Educ Monogr*, 2, 1974, p. 328-335.
- Rosenstock, I. M., V. J. Strecher et M. H. Becker. «Social learning theory and the health belief model», *Health Educ Quart*, 15, 1988, p. 175-183.
- Schwartz, S. H. «Awareness of consequences and the influence of moral norms on interpersonal behavior», *Sociometry*, 31, 1968a, p. 355-369.
- Schwartz, S. H. «Words, deeds, and the perception of consequences and responsibility in action situations», *J Pers Soc Psychol*, 10, 1968b, p. 232-242.
- Seibold, D. R. et R. E. Roper. «Psychological determinants of health care intentions: test of the Triandis and Fishbein models», dans *Communication Yearbook 3*, Transaction Books, New-Brunswick, NJ, 1979, p. 625-643.
- Sheeran, P. et S. Orbell. «Implementation intentions and repeated behaviour: augmenting the predictive validity of the Theory of Planned Behavior», *Eur J Soc Psychol*, 29, 1999, p. 349-369.
- Snyder, M. «Self-monitoring of expressive behavior», *J Pers Soc Psychol*, 30, 1974, p. 526-537.
- Stanley, M. A. et J. E. Maddux. «Cognitive processes in health enhancement: investigation of a combined protection motivation and self-efficacy model», *Basic Appl Soc Psychol*, 7, 1986, p. 101-113.
- Strecher, V. J., B. McEroy De Vellis, M. H. Becker et I. M. Rosenstock. «The role of self-efficacy in achieving health behavior change», *Health Educ Quart*, 13, 1986, p. 73-91.
- Triandis, H. C. «Values, attitudes, and interpersonal behavior», dans *Nebraska symposium on motivation*, University of Nebraska Press, London, 1979, p. 195-259.
- Wingood, G. M. et R. J. DiClemente. «The influence of psychosocial factors, alcohol, drug use on African-American women's high-risk sexual behavior», *Am J Prev Med*, 15, 1998, p. 54-59.

Troisième partie

Contamination des milieux, exposition
des populations et risques sanitaires

