

Cours Socio-anthropologie de la santé (2022-2023)

Par BOA Assemien
Maître de Conférences
Docteur d'Etat Es Lettres et Sciences Humaines
UFHB COCODY

SOMMAIRE

INTRODUCTION: OBJECTIF DU COURS

- I. BREVES DEFINITIONS DE L'ANTHROPOLOGIE, LA SOCIOLOGIE DE LA SANTE, PSYCHOLOGIE & LA PSYCHOLOGIE MEDICALE**
- II. LE RISQUE SANITAIRE**
- III. LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES**
- IV. LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE**
- V. LES DETERMINANTS DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE COMMUNAUTE**
- VI. QUELQUES CONDITIONS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS**
- VII. L'ANNONCE DE LA MALADIE**
- VIII. LA GESTION DE LA MALADIE**
- IX. LES RAPPORTS ENTRE LES DIFFERENTS INDIVIDUS A L'HÔPITAL**
- X. LES RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT**
- XI. QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE**
- XII. LA PRISE DE DECISIONS**

CONCLUSION

INTRODUCTION (1/4)

- La santé publique, selon l'OMS, est « ***la prise en charge collective de la santé d'une population dans son milieu de vie, qu'il s'agisse de soins, prévention, éducation ou hygiène sociale*** ». Les différentes actions à mener dans ce contexte vont porter à la fois sur les individus, leurs comportements et leur environnement.
- La santé est une affaire à la fois individuelle et collective.

INTRODUCTION (2/4)

- « *La santé n'a pas de prix* ». Mais la maladie a un coût: social, économique, psychologique
- La santé est dynamique, évolue selon le temps et le contexte (saison sèche, saison des pluies, guerres/conflits, etc.).

Connaissance des dimensions anthropologiques, sociologiques et psychologiques de la santé et de la maladie, des enjeux, des conflits d'intérêt, de la problématique de la promotion de la santé, etc.

INTRODUCTION (3/4)

- **Objectif général du cours**

Monter que la médecine est une science qui est à cheval sur les sciences fondamentales et les sciences humaines

 D'où l'ouverture de la santé publique sur les autres sciences de la société et de la culture notamment la sociologie et l'anthropologie.

INTRODUCTION (4/4)

- **Objectifs spécifiques**
 - Montrer que la santé et la maladie sont inséparables du contexte socio-économique (Cara, Roy et Thibault, 2015)
 - La question sur la santé ne doit pas ignorer les aspects culturels, sociaux et psychologiques

I. BREVES DEFINITIONS (1/5)

- **Anthropologie médicale (1/2)**

Selon Raymond Massé (1995), elle s'intéresse à *l'analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé.*

I. BREVES DEFINITIONS (2/5)

• **Anthropologie médicale (2/2)**

Elle se donne comme principaux objets d'étude les conceptions populaires et professionnelles des causes de problèmes de santé, la nature des traitements de la maladie, les thérapeutes qui appliquent ces traitements, les processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et les institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé.

I. BREVES DEFINITIONS (3/5)

- **La Psychologie:** La psychologie est une science qui a pour but la description et l'explication sur un mode vérifiable les conduites/les comportements des êtres vivants. Elle vise l'être vivant en tant qu'unité élémentaire.
- **La Sociologie:** une discipline des sciences humaines et sociales qui s'intéresse à la compréhension du social. Elle a pour objectif d'observer et d'analyser de manière compréhensive et/ou explicative les comportements humains, le fonctionnement et les transformations au sein de groupes humains et de définir la façon dont fonctionnent les individus en société. Elle prend pour objet d'étude les individus insérés dans des collectivités (organisations, classes sociales...).

I. BREVES DEFINITIONS (4/5)

- **La Psychosociologie:** Les caractéristiques des individus (conduites, comportements, traits, etc.) sont déterminées par les groupes sociaux et culturels.
- Il convient de ne pas prendre seulement en considération le corps malade lors des traitements et des soins, mais aussi les différentes dimensions de la personne.
- Il est difficile de séparer la Psychologie et la Sociologie.

I. BREVES DEFINITIONS (5/5)

- **La psychologie médicale:** Elle a comme objet l'approche des aspects psychologiques personnels et interpersonnels, en relation avec la maladie.
- ✓ **L'attitude:** une disposition permanente à agir, elle sous-tend les opinions, les comportements (exemple, la peur de la mort, du serpent). L'attitude conditionne ou prépare l'individu à avoir un comportement.
- ✓ **Le comportement:** une conduite manifestée dans le rapport social et qui présente une signification globale pour l'auteur et l'observateur. C'est le reflet actif de l'attitude (se soigner, manger). Se soigner, c'est agir. Cela renvoie au comportement, à la pratique
- ✓ **L'opinion:** une idée que se fait un homme, un groupe d'un problème. C'est le pendant abstrait de l'attitude; ensemble des représentations face à un problème/fait et susceptible d'influencer le comportement d'une personne ou d'un groupe de personnes.
- ✓ **Le Rôle :** les attentes de la population à l'égard d'une personne
- ✓ **Le statut :** position sociale, exemple être un chef

II. LE RISQUE SANITAIRE (1/11)

- Il est difficile d'aborder la problématique de la promotion de la santé sans évoquer une notion fondamentale, le risque.
- Certains comportements ont-ils un rapport établi avec la survenue des maladies? Pourquoi les individus adoptent-ils souvent des comportements pathogènes ?

II. LE RISQUE SANITAIRE (2/11)

Définition du risque

- Le risque est un danger, un dommage plus ou moins probable auquel l'on est exposé. Ainsi, on peut dire, d'une manière simple, que le concept de risque renferme toutes sortes de dangers, de dommages qui sont nuisibles au bien-être et aux droits des individus. Ils peuvent être de différentes natures : économique, politique, sanitaire, socioculturelle ou environnementale.
- Les risques sanitaires sont les risques susceptibles d'affecter la santé de la population du fait d'agents infectieux

II. LE RISQUE SANITAIRE (3/11)

- La maladie existe. Mais, sa survenue peut être liée à plusieurs facteurs. Ainsi le risque de maladie est donc aussi bien une *agression extérieure* que quelque chose qui *existe en nous à l'état de latent et qui ne demande pour se développer que l'absence coupable de conscience et de vigilance*. Cas par exemple des *risques liés aux styles de vie et des risques liés aux technologies*.
- Il est souvent difficile à un individu de vérifier sa vulnérabilité sur le court terme et parfois sur le long terme, ce qui lui permet de penser que « *cela n'arrive qu'aux autres* ».

II. LE RISQUE SANITAIRE (4/11)

Typologie des risques : les risques idiosyncratiques et les risques covariants

Les risques idiosyncratiques: Ce sont les risques qui frappent les ménages les personnes de façon individuelle (la perte de revenu, les mauvaises récoltes, le chômage et le sous-emploi, la malnutrition les maladies et la mortalité, la non scolarisation ou l'abandon scolaire, et les violences et les abus)

II. LE RISQUE SANITAIRE (5/11)

Les risques covariants: Les risques covariants sont les risques qui touchent l'ensemble d'une communauté, d'une région, d'un pays. Ce sont, par exemple, les chocs économiques, climatiques ou politiques.

II. LE RISQUE SANITAIRE (6/11)

Facteurs de risque ou comportements de santé et les risques : Quelques exemples

- Les facteurs de risques à l'épidémiologie : ils renferment les facteurs qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé. Exemple, la pollution de l'environnement, la consommation d'aliments gras, le fait de déféquer dans la nature qui peut occasionner le choléra
- Les grossesses à risques : une grossesse qui présente un danger pour la mère, pour le fœtus ou encore pour la mère et le fœtus
- Le risque naturel : un phénomène naturel tel que, par exemple, les inondations, les tremblements de terre ou séismes, etc. qui sont dangereux pour les populations et leurs biens ;
- Le risque social : un évènement tel que par exemple la maternité, le chômage, l'invalidité, etc.

II. LE RISQUE SANITAIRE (7/11)

- Il y a des risques perçus (savoir par exemple que poser un acte donné occasionne une ou des maladies données) et des risques non perçus (ne pas lier le moustique au paludisme). Si on ne perçoit pas cela, on trouvera difficilement les solutions à certains problèmes de santé

II. LE RISQUE SANITAIRE (8/11)

- Les comportements de santé peuvent trouver leurs sources/origines dans l'ancrage social. L'ancrage social des comportements de santé peut avoir des conséquences pathogènes pour les individus. Les comportements de santé apparaissent souvent comme plus coûteux socialement que productifs (bénéfiques) sur le plan d'un gain en bien-être hypothétique.
- boire avec les autres est une dimension importante de la sociabilité, et boire dans cette circonstance « ne fait jamais de mal » ;
- la nourriture est fortement marquée socialement et les aliments les plus valorisés ne sont pas forcément les plus diététiques ;
- refuser de partager le plat de quelqu'un signifie souvent ne pas être social, être méchant ;
- fumer est sans doute une habitude nocive mais c'est aussi une façon de se présenter comme un adulte, de manifester sa virilité ou sa séduction.

II. LE RISQUE SANITAIRE (9/11)

Risque et gestion de l'incertitude

- La notion de risque est toujours liée à la prise de décision en situation d'incertitude. La prise de décision est conçue comme un acte individuel, volontaire. Les individus calculent les risques.
- Les comportements à risque sont des actions volontaires qui ont des conséquences néfastes sur la santé des individus (Jeffrey, 1989). Cela signifie que certains, parfaitement conscients des conséquences de leurs conduites, se mettent volontairement en situation de nuire à leur santé. Tomber malade dans un tel contexte, c'est « faire un choix ». Or, pour choisir, il faut avoir une vision claire des alternatives et des conséquences. On passe là des « comportements à risque » à la « perception du risque ».

II. LE RISQUE SANITAIRE (10/11)

La gestion de l'incertitude

- **Prévention** : adoption de conduites préconisées par les campagnes d'information sanitaire, notamment le recours aux préservatifs
- **Protection** : les conduites élaborées par les individus sur la base de leurs représentations et expériences antérieures (abstinence, la fidélité, la sélection de partenaires sexuels)

II. LE RISQUE SANITAIRE (11/11)

La nécessité d'une vision interactive

- Tout individu est inséré dans des groupes sociaux et il adhère à leurs normes. L'adoption de certains comportements peut à la fois être bonne pour leur santé mais mauvaise pour leur identité et leur insertion sociale
- Dans un contexte interactif, l'apport d'information peut produire un changement individuel par le biais de l'implication dans une action collective et d'un changement normatif. Les groupes sont un relais pour l'information et un vecteur pour le changement.

III.LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES (1/2)

L'itinéraire thérapeutique est le cheminement d'un malade en quête d'un diagnostic et d'une thérapie. C'est le recours successif d'un patient à différents systèmes de santé (médecine moderne, médecine traditionnelle, lieux de culte, de prières) en vue d'accéder à la guérison.

III.LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES (2/2)

L'itinéraire thérapeutique repose sur certaines logiques :

- les causes structurelles, c'est-à-dire, la conception de la maladie, la place du patient dans la famille ou la société;
- les causes conjoncturelles ou situationnelles, en d'autres termes la situation financière, les conseils de l'entourage.

IV. LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE (1/7)

- **La santé selon l'OMS:** état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- Cette définition de l'OMS pas opérationnelle car elle suppose un état de santé idéal, universel, bon pour tous. Or, La santé est une notion dynamique, deux populations différentes ne vivent pas le même état de santé

IV.LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE (2/7)

- La santé est perçue par chaque communauté d'une manière différente (la culture sanitaire varie d'un milieu à un autre)
- Le manque de santé perçu, réel ou potentiel, entraîne une souffrance ou un risque de souffrance qui est lui-même perçu.

IV. LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE (3/7)

- La souffrance est tout manque perçu par une population ou un individu comme un mal-être. Il ne s'agit donc pas uniquement de la souffrance physique (André Rauch, 1995) .
- La souffrance est une notion objective par rapport aux critères d'une population et elle est fonction des facteurs socioculturels.

IV. LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE (4/7)

- La souffrance chez un individu ou une communauté s'exprime par une demande
- La demande est le comportement par lequel un individu ou une communauté cherche un soulagement de sa souffrance.
- La souffrance peut aussi être entendue comme crise de la confiance en soi, dans les autres, dans le monde.

IV.LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE (5/7)

- Les problèmes de santé renferment *les souffrances individuelles* et les *conséquences sociales, c'est-à-dire le coût social* (arrêt des activités, perturbation familiale) pour la communauté, que ces *souffrances soient actuelles ou potentielles*

IV. LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE (6/7)

- La maladie est un processus biologique ou psychologique qui a pour conséquence le mauvais état de santé; elle conduit à une rupture d'équilibre chez un individu.
- La maladie peut être vue comme une régression générale de la vie de l'être, dans ses relations et dans ses activités.
- **La maladie peut apparaître comme un moyen de libération** de l'individu, c'est-à-dire une occasion pour l'individu d'échapper à un rôle social qu'il trouve contraignant

IV.LES PERCEPTIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE (7/7)

- Les problèmes de santé sont vus comme les conséquences d'un processus qui perturbe l'état de santé de base et provoque un mal-être individuel et/ou collectif (douleur, souffrance, angoisse, chagrin).

V.DETERMINANTS DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE COMMUNAUTE (1/6)

- **La disponibilité:** C'est l'existence de services dans la communauté pour les activités de santé. La disponibilité peut concerner les infrastructures (centre de santé) comme les prestations de services (équipe mobile d'imprégnation de moustiquaires). Elle est *une appréciation de l'utilisateur*: si l'utilisateur ne sait pas que le service existe, il n'est pas disponible pour lui.

V.DETERMINANTS DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE COMMUNAUTE (2/6)

- **L'accessibilité:** L'accès des communautés concerne également les infrastructures et les services. L'accessibilité s'apprécie sur le plan géographique (distance) et financier (capacité à payer pour les prestations) mais aussi sur le plan psychologique. Sur le plan géographique, un service est accessible s'il se trouve dans un rayon de 5km de distance de la communauté ou une heure de marche.

V.DETERMINANTS DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE COMMUNAUTE (3/6)

L'accessibilité renferme: l'absence de discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique, et l'accessibilité de l'information.

V.DETERMINANTS DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE COMMUNAUTE (4/6)

- **L'utilisation:** Elle définit le premier contact avec le service et démontre qu'il a été utilisé *au moins une fois*. Exemple: première dose de DTCP (l'enfant a été vacciné au moins une fois).
- **La continuité:** Un service est continu quand il est disponible *sans interruption et à la demande*. La continuité concerne l'offre et l'utilisation.

V.DETERMINANTS DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE COMMUNAUTE (5/6)

- **La qualité:** C'est une *caractéristique du service offert*. Exemple: la qualité de la vaccination est fonction de la chaîne de froid, la date de péremption du vaccin; la qualité de la moustiquaire imprégnée et son imprégnation datant de moins de 6mois, etc.

V.DETERMINANTS DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE COMMUNAUTE (6/6)

La commodité : l'organisation du système de santé et de la capacité des populations à s'adapter à celui-ci : jours et heures d'ouverture des services de santé, présence régulière du personnel de santé, le temps d'attente, le coût des prestations, la prise en charge des urgences, etc.

VI. QUELQUES CONDITIONS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS (1/6)

La culture / les facteurs socio-culturels

La culture est un système de croyances et de pratiques ou un ensemble de dispositions, de pratiques (comportements, salutations, manière de manger, etc.), de savoir-faire, de savoir-être, des idées (croyances, valeurs) autour desquelles s'organise la vie d'une société, d'une communauté.

Les facteurs socio-culturels sont l'ensemble des pratiques, des croyances, des attitudes, des savoir-faire, des valeurs, par lesquels une société organise sa vie, maîtrise son environnement et assure la continuité de son système social, économique et culturel

VI. QUELQUES CONDITIONS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS (2/6)

- La société renferme les communautés, mais aussi les hiérarchies, les inégalités. Les facteurs de hiérarchisation sociale sont multiples. On retient par exemple l'âge, le sexe, l'appartenance familiale, le lignage, le groupe professionnel, la maîtrise du savoir ou de la technique, la richesse, etc.

VI. QUELQUES CONDITIONS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS (3/6)

- Dans une hiérarchie sociale, les individus ont une position sociale. Selon les sociétés, un individu peut évoluer dans une hiérarchie sociale. C'est la mobilité sociale.
- La mobilité sociale peut être ascendante ou descendante. Pour améliorer leur position, les individus développent des stratégies sociales de divers ordres: économique, mariage, diplôme, fréquentations, etc.

VI. QUELQUES CONDITIONS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS (4/6)

- Les représentations, les croyances;
- les relations sociales, du support social;
- l'accessibilité et l'acceptabilité des services de santé basée sur des expériences antérieures.

Par ailleurs, on retient aussi que les classes sociales les plus aisées utilisent plus les services de santé

VI. QUELQUES CONDITIONS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS (5/6)

- l'entourage est moins sollicité en cas de maladie
- le comportement des médecins ou des professionnels de la santé varie selon la classe sociale du malade.

VI. QUELQUES CONDITIONS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS (6/6)

L'offre et la demande

La combinaison de l'offre et de la demande conditionne l'utilisation des services de santé par la population. La relation opérationnelle entre le service et la population est fonction de plusieurs facteurs que sont la souffrance, la motivation, la confiance, l'accessibilité et l'acceptabilité.

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (1/9)

- L'annonce est déterminante dans les relations entre le malade et le médecin. Il en va de même du degré de la maladie. Le degré de la maladie va déterminer le comportement du malade. Le contexte social et psychologique de l'annonce doit tenir compte de la personnalité du patient

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (2/9)

Brève définition de la personnalité

La personnalité est l'ensemble des comportements qui constituent l'individualité d'une personne. Elle est unique et propre à chaque individu et se manifeste par et à travers la conduite.

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (3/9)

Chaque personne a son histoire qui lui est propre. Les individus ne vivent pas en général les mêmes faits. Une des sources de la personnalité d'un individu est les faits ou les évènements qu'il a vécus depuis sa première enfance et dans la façon dont ces faits ont été résolus ou surmontés dans la société et/ou dans la famille

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (4/9)

La famille

La famille constitue une réalité universelle, sa forme varie en fonction des sociétés, c'est-à-dire le nombre de personnes qu'elle inclut ou la solidarité accordée est variable

La famille est une institution sociale fondamentale soumise à des règles précises qui déterminent son fonctionnement (Claude Lévi-Strauss, 1956; Mariatou Koné et Kouamé N'guessan, 2005).

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (5/9)

- **La famille:** Cara, Roy et Thibault (2015) voient en la personne un lien dialectique entre la famille, les proches, l'environnement. « *La personne correspond à l'individu, la famille et les proches, la communauté ou la population en interrelation continue, réciproque et dynamique avec son environnement. Elle comprend des dimensions indissociables (développementale, spirituelle, etc.) desquelles peuvent émerger des préoccupations et priorités. Elle possède un potentiel, un pouvoir d'agir et accorde une signification à ses expériences* »

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (6/9)

Quelques attitudes et comportements de l'agent de santé à l'annonce d'une pathologie

- . Réfléchir sur la personnalité du malade et au contexte social et psychologique dans lesquels est survenue la maladie
- Se préparer à répondre aux différentes questions du patient sur la pathologie en question.
- Eviter les annonces brutales.

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (7/9)

Quelques attitudes et comportements des patients à l'annonce d'une pathologie

- le malade prend conscience qu'il lui faut composer et s'entendre avec les personnalités médicales s'il veut avancer dans la connaissance de son mal ou plus simplement avoir des informations médicales délivrées lors des consultations

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (8/9)

- Leur esprit est capté par le verbe médical ou le discours du médecin, les termes techniques employés par le médecin.
- Certains éprouvent un sentiment de dégradation et connaissent un temps de sociabilité contrarié qui occasionne une négligence de soi

VII. ANNONCE DE LA MALADIE (9/9)

- Les malades reprochent aux médecins le fait qu'ils leur consacrent moins de temps. Selon eux, en passant plus de temps avec eux, ils comprendraient mieux leur mal.
- Face à un malade qui se dit être seul, la prise en charge médicale devient difficile car il peut se laisser mourir. Certains malades abandonnent le traitement parce qu'il est lourd.

VIII. GESTION DE LA MALADIE (1/3)

La maladie sans malade

- Chez les grands malades, apparaît souvent la notion de destin ou de maladie-destinée ou encore la destinée. Bien qu'étant encore en vie, il ne reste plus rien du malade qui se dit être envahi par le destin biologique. Le temps, l'avenir, les projets n'existent plus. Pour le malade, « *la vie est finie. Il ne faut rien envisager* ». C'est le désespoir absolu.

VIII. GESTION DE LA MALADIE (2/3)

L'épreuve de la souffrance

- Les références à Dieu, à la foi, à la prière qui apparaissent souvent pendant la lutte contre la maladie apparaissent souvent pour évoquer l'impuissance des malades devant la souffrance. Elles peuvent constituer un « *dernier recours* » lorsque la médecine moderne et/ou la médecine traditionnelle se montrent défailiantes.

VIII. GESTION DE LA MALADIE (3/3)

Les groupes de malades

- Appartenir à un groupe ou une famille de malades est « *un moyen de lier des contacts, de se retrouver dans le même contexte de façon à parler un peu et de se distraire. Entre malades, il y a une espèce de sympathie qui se produit, on vit la même expérience* ».

X. RAPPORTS ENTRE LES DIFFERENTS INDIVIDUS A L'HÔPITAL

- La complexité des rapports les médecins et les patients
- Le manque de dialogue entre les agents de santé et les patients
- La complexité des rapports entre les professionnels de santé

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (1/14)

- Changer de comportement n'est pas facile. En effet, lorsqu'on vous demande d'arrêter de fumer, de boire ou encore d'utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels, le feriez-vous simplement parce qu'on vous a demandé de le faire ? ou alors parce que vous avez analysé :

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (2/14)

- Les obstacles et les avantages qu'impliqueraient pour vous l'adoption d'un tel comportement ?
- Si vous aviez la capacité et l'assurance nécessaire au changement de comportement ?

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (3/14)

- L'impact qu'un tel changement aurait sur vous et ceux qui vous entourent ?
- Ce que vous auriez à faire ou avoir comme par exemple l'accès à des services ou produits avant de pouvoir changer de comportement ?

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (4/14)

- **Le comportement** se rapporte à la manière de se d'agir, de réagir, de se conduire devant une situation ou un fait donné.
- Le comportement est une conduite manifestée dans le rapport social. Il présente, c'est-à-dire a une signification globale pour l'auteur et l'observateur. C'est le reflet actif de l'attitude (se soigner, manger). Se soigner, c'est agir. Cela renvoie au comportement, à la pratique.

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (5/14)

- **L'attitude** est une disposition permanente à agir, elle sous-tend les opinions, les comportements (exemple, la peur de la mort, du serpent renvoie à l'attitude). L'attitude conditionne ou prépare l'individu à avoir un comportement. Elle est un élément interne à l'individu.

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (6/14)

- **L'opinion** renvoie à une idée que se fait une personne, un groupe de personnes d'un problème donné. C'est un ensemble des représentations face à un problème, un fait. L'opinion est susceptible d'influencer le comportement d'une personne ou d'un groupe de personnes.

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (7/14)

Les facteurs qui influencent le changement de comportement

- **Résultats attendus** : lorsqu'on envisage de changer de comportement, est-ce que le public s'attend à des résultats positifs ou négatifs ?
- **Intention** : est-ce que l'individu ou la population a exprimé une intention ferme ou est-ce qu'il/qu'elle s'est déjà engagé(e) à adopter le comportement ?

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (8/14)

- **Image personnelle** : est-ce que le comportement est compatible avec l'image personnelle de l'individu ?
- **Capacités** : est-ce que l'individu a les capacités nécessaires pour adopter le nouveau comportement ?

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (9/14)

- **Efficacité personnelle** : est-ce que l'individu est confiant qu'il peut adopter le nouveau comportement ?
- **Emotions** : si l'individu choisit d'adopter le nouveau comportement, est-ce qu'il ressent un sentiment positif à le faire (plaisir, enthousiasme, joie) plutôt qu'une émotion négative ?

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (10/14)

- **Normes sociales perçues** : est-ce que l'individu ressent une pression sociale (de l'ensemble de la société ou d'un sous-groupe social) plus forte la poussant à adopter le comportement plutôt qu'à ne pas l'adopter ?

IX. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (11/14)

- Comment l'individu perçoit-il les sentiments ou la réaction de la communauté lorsqu'il adopte ce nouveau comportement ? Est-ce que l'individu pense que le nouveau comportement serait en contradiction avec les normes sociales en place ?
- Outre ces facteurs, on peut citer :

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (12/14)

- **Les services de santé** : quels sont les services offerts par le centre de santé ? Constituent-ils un obstacle ou un avantage pour l'individu ou la population cible qui fait appel à ces services ?

IX. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (13/14)

- **Connaissances** : quel est le niveau de connaissances de l'individu ou de la population cible par rapport au problème de santé ? Qu'est-ce qu'il/elle sait du comportement correct qu'il faut adopter face à ce problème ?

X. RAISONS DE L'ADOPTION D'UN COMPORTEMENT (14/14)

- **Compatibilité du comportement** : est-ce que le nouveau comportement est compatible avec son attitude normale ? Est-ce qu'il/elle pratique actuellement des comportements similaires ou semblables ?

XI. QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (1/13)

Plusieurs théories permettent d'expliquer l'adoption ou non d'un comportement en matière de santé. Parmi celles-ci, on peut noter : le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie de l'action raisonnée, la théorie sociale cognitive et le modèle de comportement planifié ou le modèle transthéorique et le locus de contrôle

XI. QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (2/13)

Le modèle des croyances relatives à la santé (Health belief model)

Ce modèle suggère que le comportement en matière de santé est fonction de 4 croyances :

- le sentiment personnel d'une prédisposition à une menace de maladie ;
- la perception de la gravité de son état de maladie ;

XI. QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (3/13)

- la perception de l'efficacité d'un comportement particulier face à la maladie ou à l'état de santé ;
- la perception des obstacles à ce comportement.

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (4/13)

La théorie de l'action raisonnée

- un comportement est essentiellement fonction de l'intention de la personne d'avoir ce comportement ;
- l'intention d'avoir ce comportement est perçue comme étant fonction de 2 facteurs que sont le facteur personnel et le facteur social ou la norme subjective

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (5/13)

La théorie sociale cognitive

- les résultats attendus sont l'interprétation par un individu des conséquences de son comportement ;
- l'efficacité personnelle d'un individu réside dans la croyance en sa capacité, la confiance dans son comportement et son désir de persévérer.

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (6/13)

Le modèle de comportement planifié

Le modèle postule que le changement de comportement s'opère selon les étapes suivantes :

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (7/13)

Le modèle de comportement planifié

- Pré-conscience (pré-contemplation). Les personnes qui se trouvent à ce stade n'ont nulle intention de changer de comportement dans un avenir prévisible, ne sont pas conscientes du risque ou rejettent les conséquences d'un comportement à risque.

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (8/13)

Le modèle de comportement planifié

- Conscience (contemplation). Les sujets sont conscients, qu'il y a un problème, pensent sérieusement à le résoudre, mais n'ont pas encore pris la résolution d'agir.
- Intention (préparation). A ce stade, on a l'intention d'agir dans un avenir proche, mais on a dû, dans un passé récent, entreprendre une action incohérente.

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (9/13)

Le modèle de comportement planifié

Action. C'est l'étape où l'on modifie son comportement, ses expériences ou l'environnement pour surmonter ses problèmes; le changement de comportement est relativement nouveau.

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (10/13)

Le modèle de comportement planifié

Maintien. Les sujets font des efforts pour éviter une rechute et garder le nouveau comportement pendant longtemps.

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (11/13)

Le « locus de contrôle »

- Il considère l'individu comme un être responsable, rationnel, libre de ses choix et ses décisions et motivé par l'envie de vivre longtemps possible en bonne santé.
- Avec la mesure du locus de contrôle, *être bien informé sur certains risques sanitaires ne conduit pas immanquablement au changement.*

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (12/13)

Locus de contrôle interne

- *Je contrôle ma santé (donc pas besoins de pratiques préventives modernes, etc.) ;*
- *Ma santé est affectée principalement par ce je fais moi-même.*

Locus de contrôle externe : l'intervention d'autrui

- *Si je ne me sens pas bien, il faut que j'aille voir un professionnel qualifié ;*
- *Si je me remets d'une maladie, c'est généralement grâce au fait que d'autres (médecins, infirmières, familles, amis) ont pris soin de moi.*

QUELQUES THEORIES DU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS EN MATIERE DE SANTE (13/13)

✚ *Locus de contrôle externe : le hasard*

- Quoi que je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade ;
- La chance joue un grand rôle dans la rapidité avec laquelle je me remets d'une maladie

✚ *Limites du locus de contrôle*

- La notion de locus de contrôle pose des questions pertinentes par rapport à la gestion de la santé. *Il s'agit de mettre en évidence les logiques de leurs actions en fonction de leurs contraintes et de leurs ressources*

XI. LA PRISE DE DECISIONS (1/12)

Essai de définition

Décider, c'est donc choisir sciemment entre deux ou plusieurs possibilités.

La prise de décisions s'impose lorsqu'on observe qu'il y a un écart entre la situation présente et la situation souhaitée ou idéale (McFarland, 1974).

XI. LA PRISE DE DECISIONS (2/12)

- Décider présente des risques pour le décideur et pour la personne ou la structure pour laquelle on décide. *Car la décision doit être de qualité ; mais cette qualité repose aussi sur la qualité du décideur.*
- Prendre en compte un certain d'éléments que sont les ressources humaines, financières disponibles et leurs effets potentiels.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (3/12)

Conditions de la prise de décisions: les intrants et l'extrant.

- **les intrants** : ce sont les éléments de base, c'est-à-dire, par exemple le système de valeurs, l'expérience, la personnalité du ou des décideurs, les ressources disponibles en temps, en argent ou en matériel, la compréhension du problème, les objectifs avoués ou présentés.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (4/12)

- **L'extrant** : c'est la décision, c'est le choix.
- Le choix est en rapport avec les moyens dont on dispose.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (5/12)

Les types de décision

La décision prévue ou de routine: Elle représente 90% des décisions. Ces décisions sont généralement répétitives.

- Elles ont peu d'influence sur l'organisation/la structure
- Elles peuvent par conséquent être prises en l'absence des dirigeants.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (6/12)

La décision imprévue

- Elle se prend dans une situation inattendue, cruciale et susceptible d'avoir des effets à long terme et des conséquences graves sur l'avenir de l'organisation.
- Elle décision ne se conforme à aucune règle ni aucun modèle prédéterminé.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (7/12)

- **Les méthodes de décision**

La décision intuitive

- Elle est instinctive et instantanée. Selon Bergson (1983), le décideur, sans trop savoir pourquoi, a le sentiment de devoir agir de la sorte.
- Il n'y a pas de recherche d'information additionnelle, pas de souci d'analyse détaillée de la situation.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (8/12)

La décision par jugement

- Elle se fonde sur l'expérience et les connaissances du décideur qui prend appui sur des éléments objectifs et vérifiables.
- On prend appui sur des faits ou des expériences passées.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (9/12)

La décision rationnelle

- Selon Cyert (1970), c'est une démarche très structurée, par laquelle le décideur s'efforce de trouver le maximum d'information et de données objectives pour étayer ou appuyer son argumentation.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (10/12)

Quelques techniques de prise de décisions

- **Le remue-méninges ou le brainstorming (Gordon, 1961 ; Osborn, 1965)**
- C'est une technique souple. Mais obéit cependant à certaines règles.
- Son but est d'engendrer le plus grand nombre d'idées possibles. Toute idée émise est la propriété du groupe et sert de tremplin pour en élaborer de nouvelles.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (11/12)

- **Le remue-méninges ou le brainstorming (Gordon, 1961 ; Osborn, 1965)**
- Afin de permettre à tout le monde de s'exprimer plus librement, il est déconseillé d'avoir dans le groupe le chef et ses subalternes.

XI. LA PRISE DE DECISIONS (12/12)

- **La méthode Delphi**
- C'est une technique de groupe. Mais les participants sont géographiquement éloignés les uns des autres et s'ignorent. Elle permet d'éviter le jeu des influences.

CONCLUSION

La question de la santé et de la maladie: une question au carrefour de plusieurs disciplines notamment les sciences médicales et les sciences humaines ou sciences de l'homme, à savoir les sciences qui traitent de l'homme dans sa dimension sociale et culturelle, en tant que membre du groupe humain (sociologie, anthropologie, psychologie, etc.).

Sujets d'Evaluation

1, Montrer en quoi la santé et la maladie sont inséparables du contexte socio-économique d'un individu

2, Montrer en quoi les rapports entre agents de santé dans une communauté peuvent être source de démotivation de l'utilisation de ce centre de santé par les populations

3. Montrer en quoi lutter contre les risques sanitaires est une gageure

4. Santé rurale, santé urbaine: la partage des miettes

Qu'en pensez-vous?

5, En quoi l'image personnelle peut-elle l'influencer dans l'adoption d'un changement de comportement en matière de santé?

NB:

Sujet au choix à traiter sur une page

Devoir à rendre le 31 mars 2023 (voir Mme Sess)