

Séance du 27 mai 2013

## Itinéraires en “Éducation pour la Santé”

par René BAYLET

---

### MOTS-CLÉS

Santé - Éducation pour la santé, histoire (1945-2012) - Éducation pour la santé : modèles conceptuels.

### RÉSUMÉ

En éducation pour la santé, un obstacle persistant consiste à donner aux mots leur véritable sens. L'étude des différents modèles conceptuels adoptés dans l'éducation pour la santé en France entre 1945 et 2012 n'échappe pas à cet écueil et la caractérisation précise des différents termes utilisés au fil des ans constitue un préalable indispensable.

Après avoir analysé les facteurs internes de dysfonctionnement dans les années 1970, 1980 et 1990, l'auteur dresse un constat des résultats observés qui sont jugés globalement modestes en dépit d'un engagement et d'efforts méritoires déployés pendant plusieurs décennies.

Ce ressenti ne doit pas faire perdre de vue que des solutions concrètes restent à portée de main : le développement des compétences pédagogiques des acteurs, le renforcement des compétences individuelles (parce qu'informer n'est que la première étape d'une évolution vers un comportement préventif), mettre enfin en place les conditions d'une conduite stratégique plus efficiente.

Les craintes majeures rencontrées aujourd'hui sont celles d'une dérive vers une communication instrumentalisée, vers une gestion de la promotion de la santé enfermée dans une logique institutionnelle et non pas tournée vers l'individu.

L'éducation de ou pour la santé et la promotion de la santé relèvent de deux stratégies complémentaires.

---

L'éducation de et pour la santé désigne la stratégie qui vise à informer et finalement à éduquer des individus et des populations sur les moyens de conserver ou améliorer leurs situations sanitaires. Toute construction sociale étant exposée à l'ambiguïté, il faut prendre la précaution de donner un sens aux trois mots : éducation – santé – éducation pour la santé.

### I – Donner un sens aux mots

**I-1. L'éducation** est la mise en œuvre de moyens propres pour assurer la formation et le développement d'un être humain. Émile Rousseau a dit qu'on façonne les hommes par l'éducation. C'est une procédure de bonification par laquelle les

adultes agissent soit sur le développement d'un être humain grandissant soit sur un autre adulte pour le rendre capable de conduire sa vie d'une manière optimale. C'est une *“démarche orientée vers les valeurs de notre société y compris l'aptitude à porter un jugement critique sur ses propres valeurs”* (1).

Par le jeu d'une intégration et d'une assimilation, l'éducation est une appropriation de savoirs et de compétences qui transforment le sens de la vie pour que l'individu devienne l'acteur autonome de son propre engagement.

Maurice Barrès, Ecrivain et homme politique français (1862-1923) a écrit *“Aucune éducation ne transforme un être : elle l'éveille”*.

*“L'acte profond est d'intérioriser ce qui a été enseigné et de l'assimiler”* (2).

Il s'agit de passer d'un savoir par accumulation à l'idée d'une conscience consciente de ses méthodes et de ses objectifs, il s'agit *“d'apprendre à apprendre”*.

L'éducation constitue la clé pour répandre l'information, pour diffuser les notions de valeurs, les opinions.

L'éducation, ce mot omniprésent, inscrit dans une construction sociale, relève de pratiques pédagogiques éminemment variables selon les différentes époques. Elle a donné sens à deux modèles stratégiques essentiels : apporter simplement des connaissances ou favoriser les aptitudes à penser, à analyser, à comprendre.

*“L'éducation est un art avec sa part d'éthique, sa part d'esthétique et ses règles”* (3).

**I-2. La Santé** est aussi une construction à objectif variable, aux multiples représentations qui se traduisent par des images, par des perceptions qui évoquent les aspects bien différents de la santé en constante évolution dans le temps. La Santé est un concept qui se transforme et sa définition ne peut être définitivement exhaustive.

La Santé peut être ressentie comme un *“état sans maladie”* seulement ou alors comme un équilibre instable, fragile nécessitant pour être maintenu de mobiliser la ressource ou la capacité de supporter et de s'adapter aux dysfonctionnements, aux souffrances.

Elle peut encore être espérée, selon l'utopique déclaration de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946, comme un *“complet état de bien-être bio-psycho-social”* face à l'impasse d'une *“santé parfaite”* toujours souhaitée depuis le XVIII<sup>e</sup> par le plus grand nombre d'entre nous, espoir, vision d'un monde où tout serait possible, perfectible.

La Santé est un objectif, une raison, un motif qui nous impose d'intervenir tout autant que l'éducation est un moyen qui nous permet d'y parvenir. Cette réflexion préalable sur le sens des mots éducation et santé offre la possibilité de reconnaître parmi ces représentations possibles celles qui ont marqué le dernier siècle et le début de celui-ci.

### **I-3. Éducation “de” ou “pour” la santé (ES)**

L'Éducation *“de”* ou *“pour”* la santé est fille de *“éducation”* qui est son moyen et de *“santé”* qui est sa finalité. Elle a hérité, comme génétiquement, de leurs concepts, de leurs méthodes que nous savons évolutifs, variables.

Elle s'inscrit dans une construction à objectif social et élabore selon l'époque sa propre politique d'action éducative soumise aux évolutions, aux métamorphoses ou aux ruptures.

L'éducation pour la santé est multiforme dans ses pratiques qui s'adaptent aux réalités du terrain, elle s'appuie sur des fondements conceptuels différents, glanant ici ou là les concepts utiles et opératoires dans telle science reconnue ou dans telle option politique.

Processus au service d'une finalité santé, l'éducation pour la santé est constituée d'un ensemble d'interventions qui vise à informer, à motiver et à aider les populations à adopter volontairement des comportements favorables à leur santé. Protéger la santé est indispensable à la réalisation de projets de vie.

*“Éduquer des personnes à la santé, c'est compte tenu des compétences acquises et potentielles de ces personnes, mettre en œuvre les informations, formations et apprentissages pour que ces personnes soient aptes à discerner (savoir) et à adopter (savoir être et faire) les attitudes et comportements requis en vue de promouvoir un bien-être – prévenir les risques de maladies, d'accidents, réduire les invalidités fonctionnelles” (4).*

Ce n'est pas une discipline austère visant à rendre les hommes uniformément parfaits ! Elle vise à l'épanouissement de la personnalité pour un équilibre harmonieux fondé sur une juste connaissance ; *“elle rend capable de vivre sainement et de prendre conscience de sa responsabilité personnelle” (5).* L'éducation pour la santé est une *“pratique sociale associant information, communication, éducation, c'est une posture éthique dans l'expression du respect de l'autre” (6).*

*“Le premier objectif de l'éducation sanitaire est soit de modifier le comportement de l'individu ou de la collectivité, soit de renforcer les comportements favorables préexistants. Mais l'action éducative a aussi un autre objectif sans doute plus lointain et certainement plus essentiel : “développer chez les individus le sens des responsabilités pour ce qui est de leur propre santé et de celle de la collectivité, ainsi que leurs aptitudes à participer de manière constructive à la vie de la collectivité” (7).*

Le groupe d'étude pour une réforme de la médecine (8) voit l'éducation sanitaire *“comme une pédagogie de la santé au service de la communauté. Cela suppose la mise en œuvre de tout moyen capable de créer des motivations positives vis-à-vis de la santé, de faire prendre conscience aux individus qu'il est possible d'agir personnellement et collectivement en vue d'améliorer et de promouvoir la santé, de les rendre conscients qu'ils sont responsables de leur santé et de leur faciliter une adaptation de leur comportement dans ce but”.*

Cette action sanitaire se développe suivant un processus d'échanges permanents entre ceux qui prennent l'initiative de l'action éducative et ceux à qui elle s'adresse.

## **II – Les itinéraires en éducation pour la santé, concepts et modèles**

**II-1.** De tout temps les groupes sociaux ont éduqué les leurs, protégeant la vie des jeunes enfants des risques primaires qui les menaçaient, aidant les plus grands à gagner leur appartenance au groupe des aînés, après les périodes d'initiation aux normes et aux valeurs qui l'identifient. C'est encore la règle dans de nombreuses régions du monde.

Refaire l'histoire serait citer pour l'Occident les philosophes grec et latin, Platon, Sénèque... Montaigne aussi, pour l'Orient les textes musulmans, pour l'Asie les philosophes chinois.

Certains précurseurs ont tracé la voie de l'information protectrice à l'occasion de grandes épidémies et endémies (tuberculose) et lors des grands problèmes de santé publique du XIX<sup>e</sup> et du début du XX<sup>e</sup> siècle (mortalité infantile – alcoolisme – maladies vénériennes), il s'agit de Pasteur, Duclaux ou Bouardel.

L'éducation pour la santé est issue de l'hygiénisme du XIX<sup>e</sup> siècle, au cœur des problèmes de santé des populations.

Elle a hérité d'un arsenal juridique issu de la loi d'hygiène de 1902, d'une philosophie humaniste, de l'expérience des éducateurs scolaires apparus en 1865, des associations thématiques de lutte contre le cancer, l'alcool, les pathologies mentales, des centres régionaux de propagande créés en 1924. L'ouvrage rédigé en 1936 par Lucien Viborel dans son ouvrage : "Savoir prévenir : guide pratique de la santé et des luttes contre les maladies sociales" est illustratif de cette période.

La présente réflexion portera sur l'évolution de l'éducation sanitaire durant ces 70 dernières années.

**II-2.** C'est en 1946, un an après l'avènement de l'O.M.S. et sa première magistrale Déclaration, bien après la Russie et les Etats Unis, qu'en France l'éducation sanitaire "entre en politique" : elle a acquis une spécificité reconnue. Son organisation s'est structurée avec pour mission d'assurer une information sanitaire et une éducation tout d'abord pour les parents et leurs enfants puis secondairement pour les individus et les différents groupes sociaux composant le tissu social.

Sa seconde mission visait à combattre et à neutraliser les effets contre-productifs pour la santé de pratiques de désinformation issues du *lobbying*.

L'ES s'est développée progressivement vers de nouveaux champs, vers les problèmes émergents, la précarité, l'inadaptation sociale, les conditions de travail, les pollutions, les dysalimentations, les addictions.

Les autorités sanitaires officialisent l'éducation de la santé, lui reconnaissant sa spécificité et sa nécessité en santé publique.

Les doctrines et principes du modèle culturel choisi sont inspirés d'un humanisme concret qui va chercher à créer chez les enfants des savoirs et des attitudes favorables à une vie saine, à promouvoir une conduite préventive, certes personnelle, mais aussi avec la finalité d'une conformité à la vie sociale.

Il s'agit également de contrer les contre-vérités diffusées par la publicité, les médias ou répandues par les fausses idées. On a vu certaines publicités vanter les mérites d'un mal de dents calmé chez l'enfant par des gouttes de "cocaïne" ou "ne pas prendre la route sans un petit verre de Cointreau" ou encore la promesse permanente de plaisir et bonheur par la consommation d'alcool de tabac, la bière présentée comme "nourissante" pour la mère qui allaite.

Le modèle choisi est celui d'une approche verticale sous l'autorité des parents et des maîtres d'une école primaire, devenue selon Etienne Burnet de l'institut Pasteur le "temple de l'hygiène". On y enseigne la préservation de la santé au travers d'une vie saine, en observant une hygiène de vie physique et sociale convenable, en éveillant la curiosité et l'intérêt en faveur de l'hygiène. Pour mériter la santé il faut

apprendre, savoir et intégrer l'équilibre et l'harmonie dans un modèle qui relève de l'ordre du cognitif. La connaissance des normes doit préserver l'individu contre les risques de la vie. Pour Pierre Delore il s'agit de "*Semer des idées saines*" (9).

Ce modèle, dit traditionnel, est pratique, réaliste, non moralisateur, vivant, concret, adapté, direct, adressé par les parents et les enseignants dans un langage accessible aux enfants et aux adolescents avec des moyens naturels et simples, par la diffusion de saynètes, de chansons, de livres, de brochures ou images, autour d'actions ciblées.

Ce modèle a bénéficié d'une organisation spécifique.

Le décret XII du 4 décembre 1924 crée l'Office National d'Hygiène Sociale dont la mission est "*d'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodique auprès du public, en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé, à la lutte contre les maladies sociales et à la préservation de la race*"

L'éducation pour la santé obtient sa reconnaissance officielle le 17 octobre 1945 lorsqu'est créé le Centre national d'éducation sanitaire qui reçoit pour mission de coordonner l'action des 25 centres interdépartementaux d'éducation sanitaire précédemment constitués "en vue de la diffusion des notions essentielles d'hygiène et de prophylaxie". Le gouvernement provisoire affirmait son intention de faire une place à l'information et à l'éducation.

Car, ainsi que devait l'indiquer le Pr Jacques Parisot quelques années plus tard, "partant du principe que la protection de la Santé exige la compréhension et la coopération active de la population, sans lesquelles elle demeurerait inerte et stérile", il appartenait à "*l'Éducation Sanitaire... d'apporter à l'ensemble de la collectivité les connaissances essentielles capables de développer chez elle l'esprit de prévention et de lui fournir les notions utiles à la défense de la Santé...*" (10). Le Centre National d'éducation sanitaire et sociale, et ses 25 centres interdépartementaux devant assurer la décentralisation de la politique nationale.

Ce modèle se pérennisera et restera appliqué jusqu'à nos jours ; il est remarquable car il remplit les conditions de qualité, de responsabilité des éducateurs que sont les familles et l'école, acteurs privilégiés garants de l'éducabilité des enfants.

**II-3.** Une métamorphose par un élargissement des cibles de l'Éducation pour la santé au-delà de l'enfance.

A la fin des années 50 et au début des années 60, l'esprit du temps, selon Edgar Morin, était à la "culture de masse" (11), intégrée et intégratrice, favorisée par les développements technologiques et sociaux. C'est aussi l'époque de l'éclipse de l'existentialisme et la montée des sciences sociales psycho-ethno-anthropologiques. On parle de règles, de codes, de systèmes.

En "éducation pour la santé", le modèle traditionnel des précédentes années est toujours présent. Ce sont des années peu favorables aux actions préventives actives qui apparaissent marginales et archaïques face aux succès de la nouvelle médecine. La notion de santé s'est déplacée, celle de prévention devient secondaire. C'est à cette même époque que la société paraît bloquée, "La France végétale à l'état artisanal". Les vagues de contestations annoncent les événements de mai 68. En 1962 le réaménagement des Conseils Régionaux et Nationaux tentait de réveiller l'opinion,

de mobiliser des acteurs compétents, d'actualiser les moyens d'information et de défendre l'éducation sanitaire. L'état prenait cependant enfin conscience de son rôle de leadership.

#### **II-4. Une (r)évolution : modèle de l'engagement personnel**

En réaction à la survivance des morales bourgeoises du XIX<sup>e</sup> siècle, à une standardisation étouffante du monde, les années post-soixante-huitardes ont été marquées par une évolution socioculturelle individualiste, libératrice avec une mutation dans la relation au corps, résumée par le slogan "mon corps est à moi". De nouvelles relations sociales se mettent en place qui font de l'individu un "noyé socialisé" dans un univers de réseaux médiatiques et informatiques ; Jürgen Habermas parle d'un "individu parlant en relation", le "mécanisme de pensée a pour sous-bassement le système de relations et d'interactions dans l'existence" (12).

Depuis les événements de 1968, l'E.S. s'est déplacée au sein de la population ; elle a pour rôle de responsabiliser la personne vis-à-vis de sa santé, de lui donner conscience des risques qui la menacent, de l'aider à développer sa capacité à lui faire face, d'y participer activement : "une participation effective aux prises de décisions à tous les échelons, à l'élaboration et à la réalisation d'une politique de santé publique. Il doit donc être sensibilisé, motivé pour avoir l'aptitude et la volonté permanente d'agir personnellement dans un monde en transformation culturelle où "tout bouge et en tous sens" (Balandier), "*monde hyper mobile et instantané*" (13).

Dans ce modèle se dessine le concept d'un dispositif éducatif, informant sur les risques, qui invite l'individu à l'engagement et à la responsabilité dans le choix raisonné de ses modes et de ses styles de vie favorables à son propre équilibre de santé.

Les années 1965 à 1975 représentent un tournant, une rupture même. Les années 1973-1975 marquent la fin des "Trente glorieuses" et le début d'une grave crise : le choc pétrolier et monétaire, l'inflation, la décroissance, le chômage dans un monde soumis à la mondialisation et aux pouvoirs de la finance. Le domaine de l'E.S. dépasse désormais les impératifs d'hygiène et tend à donner plus de sens et plus de valeur à la notion d'équilibre de santé ainsi qu'aux transformations de la vie sociale. L'ES est intégrée à l'ensemble de la vie, elle prend en considération l'individu dans sa globalité bio-psycho-sociale, en favorisant sa responsabilité, sa participation active à la neutralisation des comportements défavorables et à la prévention des risques auxquels il peut être exposé.

Parallèlement, les secousses subies par le système éducatif traditionnel ont entraîné une perte d'autorité des maîtres et la nécessité de développer une méthode éducative plus participative et active. L'enseignement précédemment basé sur l'autorité, sur l'écoute des conseils donnés par les aînés s'effrite peu à peu.

Ces évolutions ont entraîné la mobilisation de nouvelles compétences d'éducateurs venus d'autres disciplines que médicales et l'utilisation de nouveaux moyens techniques d'expressions, de relations, de diffusion de l'information à la disposition de chacun.

A partir de 1966, la France de l'E.S. végète, réduite à l'artisanat faute de ressources financières et de techniciens valablement formés. Les efforts sont concentrés sur des objectifs prioritaires. L'E.S. donne paradoxalement l'impression d'un sous-développement alors que, riche de motivations et d'idées nouvelles, elle évoque une locomotive à vapeur sous pression mais immobile sur ses rails.

Le “groupe d’études pour une réforme de la médecine” dans sa lettre 54 a identifié les obstacles à une action pédagogique adéquate : il s’agit d’une prévention trop négligée, d’un défaut de compétence en raison de l’absence de formations adéquates initiales et continues des éducateurs à former et à recycler, du bruit assourdissant des informations contre-productives, sensationnelles, erronées, publicitaires ou idéologiques, de l’absence de coordination des organismes communiquant des informations sanitaires, des défauts de moyens à la fois financiers et de supports pédagogiques adaptés.

### **II-5. Le modèle communautaire**

Dans les années 1950, la France coloniale avait exporté dans de nombreux pays le modèle d’éducation sanitaire en place dans la Métropole sans aucune adaptation aux réalités locales. Une telle transposition s’est évidemment révélée comme particulièrement inadaptée et partiellement inefficace.

Dans les années 1960-1970, un nouveau modèle éducatif a été adopté à l’occasion en particulier de la mise en place et du développement de la zone expérimentale de Niarhar au Sénégal dans le pays Serer. Le modèle d’“Education sanitaire communautaire”<sup>(14)</sup> est développé huit années avant Alma Ata (1978).

Il repose sur une stratégie d’éducation communautaire.

Dans un district, des agents de santé désignés par leur communauté sont réunis pour identifier leurs problématiques prioritaires de santé et élaborer un programme d’interventions avec l’aide d’éducateurs.

Sur le sujet de la “mortalité maternelle et mortalité des enfants avant un et trois ans”, le premier temps consiste à définir la nature des informations nécessaires, puis les actions stratégiques à mener autour de ce thème de façon simple, pragmatique, utile et réalisable. La transmission des messages passe par la rédaction de paroles ou de saynètes concrètes et démonstratives. Sans académisme, l’université sous le baobab se conduit par échanges en langue vernaculaire.

Chaque agent de santé ou de soins primaires de santé de retour dans sa communauté organise avec les personnes des villages, une éducation directe basée essentiellement sur des démonstrations au sein des foyers.

Les résultats, évaluables par le suivi comparatif du développement des enfants dans les familles ayant accepté ou refusé l’intervention de l’agent, ont prouvé le succès presque immédiat d’une intervention directe par échange, par l’apprentissage basé sur la confiance. Au vu de ces résultats marqués sur les fiches de croissance, les familles réticentes la première année ont demandé la venue des agents sanitaires l’année suivante.

### **II-6. Les années 80 ; un bilan – un tournant**

Les années 80 ont été des années de grandes diversités conceptuelles, marquées par de puissantes campagnes médiatiques destinées au grand public.

En France, la prévention était redevenue une priorité au cours des 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> plans. A l’aube du 8<sup>e</sup> plan de développement élaboré en 1981 sous l’impulsion du Ministre de la Santé Jack Ralite, les observations critiques soulignaient :

- l’impréparation fréquente des intervenants,
- la dispersion des moyens financiers,
- le foisonnement d’initiatives et des désordres dans l’action,



- la pauvreté des informations épidémiologiques (l'Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon a été créé la même année),
- des actions non adaptées à la spécificité des groupes,
- la méconnaissance des facteurs sociaux déterminants de santé,
- des acteurs devenus "partenaires sociaux",
- la persistance d'un enseignement de type académique,
- la méconnaissance de la pluridisciplinarité et une faible prise avec le réel.

Ces années 1980 représentent un tournant très important caractérisé par une situation instable dans le domaine politique avec la mise en place de la décentralisation et une économie touchée par le chômage et la précarité. C'est dans cette période liée à des cycles de crises qu'émergent les politiques de la Ville.

Il s'agit d'une nouvelle ère de développement sanitaire ; le Comité Régional de l'OMS pour la région Europe a approuvé en 1981 la Stratégie pour "instaurer la santé pour tous" ; le Comité d'experts a marqué le point de départ d'une conception élargie en Éducation pour la santé qui fait suite à la nouvelle orientation de la Santé publique après Alma Ata (1978). Cet objectif suppose des changements à l'égard des soins de santé, accordant une priorité plus élevée à la prévention, proposant des mesures positives pour préserver et améliorer la santé.

Le concept de santé a évolué, la santé est devenue santé positive, en amont des maladies et des risques.

L'idée de santé positive est fondée sur la promotion, en premier plan, d'un meilleur "vouloir être en santé et le rester" et sur la prévention devenue prioritaire. Pour atteindre cet objectif, différentes actions doivent être engagées. Il s'agit :

- d'identifier et de réduire les risques écologiques présents dans l'environnement, dans les milieux où vivent et travaillent les gens,
- de réaliser des actions responsabilisantes avec une participation active dans le respect des valeurs et des normes sociales,
- de créer les conditions nécessaires à la santé par une réduction des risques sociaux et environnementaux,
- de reconnaître les besoins sanitaires fondamentaux des individus et des différentes communautés dans les lieux où ils vivent pour adopter les mesures en faveur des plus défavorisés.

En somme, l'objectif accorde la priorité à la prévention, à une éducation au sens large du terme "*pour les gens, avec les gens, par les gens*" : promouvoir une activité incitant les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment le rester, à faire tout pour la conserver et la créer dans la collectivité.

C'est donc une nouvelle forme de pensée que de passer de l'empirique approche traditionnelle dans laquelle les composantes éducatives étaient définies en fonction de programmes hautement finalisés (épidémies, problèmes de santé publique ou "devoirs" familiaux et scolaires) et exécutés conformément aux attentes des "éducateurs", à la promotion d'un engagement personnel responsable, à un dialogue entre communautés et prestataires fondé sur l'écologie dans le respect des missions familiales et scolaires.

C'est un grand changement que de passer du dire ce qui est bon à une motivation, d'évoluer d'un comportement au mode de vie d'une personne dans un contexte social évolutif, de travailler sur les environnements sociaux et les modifi-



cations collectives. L'approche est donc bien de réduire les risques qui menacent notre santé et pour cela d'intervenir sur leurs déterminants plus que sur les comportements (stress, activité, tabac, infections, tuberculose), de tenir compte (sans accuser, sans culpabiliser) des risques associés à nos styles et modes de vie.

Ainsi à l'avenir, adoptant une attitude positive envers une qualité de vie dans une approche fondée sur l'identification des risques et la motivation de les réduire, les problèmes acquièrent un caractère moins médical que social et environnemental.

La mauvaise santé ne peut être allégée que par un changement dans les modes de vie. Le modèle "Santé pour tous d'ici l'an 2000" constitue une approche holistique et écologique qui inspirera la rédaction de la charte sur la promotion de la santé à Ottawa en novembre 1986.

Ces changements ont des impacts multiples.

Les formateurs ont besoin d'une pédagogie adaptée s'éloignant de l'enseignement académique et de la vulgarisation médico-scientifique pour aller vers un choix de thèmes calqué sur l'intérêt de ceux que l'on informe et une sélection des connaissances utiles.

Le citoyen devient acteur participant, il doit se tenir informé des problèmes de santé, être motivé et être apte à opérer les changements.

Les personnes sont reconnues capables d'initiatives pour identifier et résoudre leurs problèmes de santé et elles doivent prendre une part active à l'éducation et la prévention avec le soutien du corps social et politique.

En matière d'information plus spécifiquement liées à E.S., apparaît l'exigence d'une information soigneusement pensée et techniquement vérifiée, fiable, ainsi que la demande attendue d'une information libre, liée à l'actualité.

Le Comité Régional de Promotion de la Santé constitue une création originale précoce. En Languedoc-Roussillon, le Comité Régional d'Éducation pour la Santé créé quelques années plus tôt par le professeur Hervé HARANT, Professeur à la Faculté de Médecine, Directeur du Jardin des Plantes de Montpellier, avait décidé dès 1982 de mettre en place un Comité Consultatif Régional de Promotion de la Santé en complément du Comité Régional d'Éducation pour la Santé et du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé (CRES-CODES). Il devait être un organisme consultatif de réflexion et de concertation destiné à recueillir les informations épidémiologiques et sociales sur les problématiques de santé régionale en concertation avec l'Observatoire Régional de la Santé puis à en débattre avec les institutions et avec les populations.

Il souhaitait également impulser et aider les bénévoles communaux à planifier des actions préventives de santé à la demande des communes en vue d'une aide à la création de comités locaux et au développement de projets dans les territoires.

Le Comité Régional de Promotion de la Santé avait pour mission de favoriser une concertation entre les différents acteurs de la politique sanitaire et sociale, de définir des priorités dans le domaine de la promotion de la santé, de faire des propositions aux Commissaires de la République de Région pour l'utilisation des crédits déconcentrés inscrits au budget de l'Etat.

Au plan local, le Comité Local a été un élément essentiel de la politique de promotion de la santé s'appuyant sur les associations et les organismes municipaux existants. Le Comité Local de Promotion de la Santé (CLPS) a constitué un noyau

actif opératoire. Dans l'Hérault en 1986, 25 comités locaux regroupant 80 communes ont fonctionné avec un appui marqué de la Mutualité Sociale Agricole. Dès 1985 avait été créée l'association départementale de coordination et de liaison des CLPS qui éditait une revue trimestrielle.

#### De la Promotion de la Santé (1986)

En septembre 1984, le Comité Régional Européen a approuvé les grands thèmes inspirant la "stratégie pour l'instauration de la santé pour tous" (1981) qui s'appuie sur :

- l'idée positive de la santé fondée sur la promotion de la santé et la prévention des maladies,
- la participation active des gens,
- l'action coordonnée pour réduire les risques présents dans l'environnement physique, économique, social (aux endroits où les gens vivent et travaillent),
- des services accessibles, acceptables basés sur une participation communautaire mobilisant comme participants actifs, les gens, les autorités, les professionnels, et les autres secteurs intervenant en santé.

En novembre 1986, est présentée à Ottawa la charte pour l'action visant la "Santé pour tous d'ici l'an 2000".

La "Promotion de la Santé" ne relève pas seulement du secteur sanitaire, c'est un processus qui demande aux populations d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ; elle dépasse les modes de vie pour viser le bien-être. Elle n'est pas un but de la vie mais une ressource de la vie quotidienne pour satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu. Il s'agit d'une approche holistique et écologique qui résulte de l'aptitude à décoder et à contrôler ses conditions de vie, de la volonté de neutraliser les déterminants écologiques, sociaux ou environnementaux responsables d'une atteinte à la santé.

Sa mise en œuvre demande de promouvoir l'idée d'une santé globale, multi-déterminée d'où la nécessité d'une action concertée des praticiens intervenant dans les domaines de la santé, du social, de l'environnement et des "gens" intervenant en tant qu'individus.

Elle conduit à :

- l'élaboration d'une politique publique saine dans une approche socio-écologique de la santé à la création de milieux favorables,
- la participation effective et concrète de la communauté aux prises de décisions et aux réalisations d'où la nécessité d'un accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé, aux financements,
- l'acquisition d'aptitudes individuelles en assurant l'éducation pour la santé parmi les cibles destinées à appuyer la "Stratégie" (sept concernent l'éducation),
- la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Nous sommes donc passés ou du moins proposons de passer d'un modèle biomédical avec une E.S. dans son approche traditionnelle, diffusant des informations sur les risques et les maladies à éviter par le changement de comportements individuels, à un modèle social, la santé, résultant des conditions de vie, s'exprimant en terme de bien-être dans un groupe de population.

Quelle place donner à l'E.S. dans la Promotion de la Santé et éviter les confusions actuellement fréquentes ?

L'Éducation pour la santé est un des éléments moteurs de la promotion. Elle est engagée dans les réalités sociales ce qui l'expose à des confrontations, à des difficultés mais elle garde toute ses valeurs, son éthique, dans son souhait de changement : changer les comportements, les habitudes et styles de vie ou s'y adapter. Elle ne vise pas à "changer le monde" (15).

La promotion prend en considération la santé positive, globale. Elle vise à améliorer notre vie dans tous ses secteurs en développant des programmes sociaux au niveau local. Elle considère la personne dans son unité dans ses interactions avec les autres et son environnement et comme un acteur capable dans et avec sa communauté. Elle tend à "*instaurer une politique de santé publique qui vise à promouvoir une citoyenneté responsable, à éviter l'exclusion sociale, à favoriser les relations intergénérationnelles et à assurer l'égalité entre hommes et femmes*" (D. Piette).

La "promotion" a les caractéristiques d'une action de développement "avec et pour les gens".

### **II-7 Dans les années 90, selon le Professeur Jean-François Girard, (16) "La santé devient publique"**

Durant ces années, plusieurs évolutions contribuent à inscrire la santé dans le débat public. Après l'affaire du sang contaminé et les contaminations par le virus VIH des années 1980, de nouvelles épidémies ou drames sanitaires continuent d'émerger : la vache folle et le drame de l'hormone de croissance en 1996, puis le scandale de l'amiante.

On assiste à une critique croissante de la qualité des soins, à l'émergence d'un débat bio-éthique dans un contexte de crise des financements sociaux. La réponse politique se traduit par l'élaboration de lois, de décrets, de normes.

L'évolution socio-culturelle conduit à une nouvelle représentation de la santé qui bouleverse la relation médecin - malade, modifie profondément les relations entre la santé et le social. La santé s'ancre autour d'un concept populationnel de la santé publique.

Le Haut Comité de Santé Publique souligne, en exergue de son premier rapport en date de 1994, le fait que les déterminants de la santé sont avant tout socio-économiques, culturels et donnent une large place aux usagers dans les nouvelles stratégies des campagnes d'éducation pour la santé. L'accent est mis, avec un certain idéalisme, sur les possibilités d'agir sur les comportements à risque, sur les facteurs de protection et sur le rôle de l'environnement matériel et social dans la santé.

De nouvelles préventions voient le jour : la promotion de la santé en milieu de travail, en milieu scolaire et universitaire, l'éducation thérapeutique du patient.

Inscrit dans cette mouvance, le Comité Régional d'Éducation pour la Santé en Languedoc-Roussillon avait développé plusieurs projets autour de ces différents axes présentés dans un livre blanc intitulé la "Promotion de la Santé en Languedoc-Roussillon" (17).

Il s'agit de la création de "Forums santé demain" organisés par les organismes de Sécurité Sociale et le réseau des Comité d'Éducation pour la Santé, associant les responsables de nombreuses disciplines médicales pour assurer une meilleure coordination entre l'ensemble des acteurs et la présentation d'expériences. Une place importante était réservée à l'éducation pour la santé, à ces difficultés que sont les

processus humains de l'apprentissage, à ses limites et notamment l'écueil d'un moralisme médical, d'une médicalisation de la vie quotidienne, d'une culpabilisation, d'une simplification excessive.

À Montpellier, des journées de formation mensuelles en anthropologie de la santé seront organisées entre 1988 et 1992. Enfin, aux mêmes dates, des initiatives en éducation du patient menées par les docteurs Claude Terral et Brigitte Sandrin-Berthon conduiront à l'ouverture d'un Diplôme d'Université à la Faculté de Médecine de Montpellier. Le bon usage des soins dans les actions de développement social deviendra ultérieurement, "l'Éducation pour la Santé des individus malades" puis "l'Éducation Thérapeutique du Patient".

Les années suivantes voient la mise en place entre 1994 et 1998 de conférences régionales de santé organisant des débats publics et accompagnant les Programmes Régionaux de Santé. Les premières participations des usagers dans le cadre d'une démocratie sanitaire aboutiront entre 1998 à 2004 à la mise en place d'Etats généraux sur la santé.

### **II-8 Les années 2000** sont marquées par des mutations structurelles.

La loi de 2004 relative à la politique de santé publique fixera un catalogue de 100 objectifs (plan régional de santé Publique, mise en place du Groupement régional de santé publique...).

En 2009 la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) crée les Agences Régionales de Santé (ARS), action de déconcentration pour une politique globale de santé dans les Régions.

Durant cette période récente les actions d'Éducation pour la Santé ont été nombreuses et diverses, ciblant des publics différents selon les opportunités politiques et financières, les orientations de nombreuses institutions et associations permettant le développement d'actions locales multiples, la déclinaison de programmes prioritaires nationaux tels la lutte contre le cancer, la lutte contre le tabac ou l'alcool...

Dans l'actualité se croisent ou évoluent parallèlement les courants liés au concept de l'éducation traditionnelle et les courants abondants du modèle pédagogique. Le modèle dynamique paraît plus exceptionnel ; quant au modèle "promotion de la santé", bien que figurant dans de nombreux projets, il est apparu bien absent des actions menées sur le terrain.

#### Le développement de l'éducation thérapeutique

Sous l'impulsion de la loi HPST qui lui donne une définition et un cadre légal, l'éducation thérapeutique du patient se développe mais essentiellement dans les établissements de santé. L'approche est populationnelle, les programmes reçoivent un agrément de l'ARS en fonction de la pathologie chronique ciblée, patient diabétique, cardiaque, asthmatique... L'action est devenue restrictivement thérapeutique s'adressant à des malades et se déroulant sur le modèle plus traditionnel que socio-écologique promotionnel.

L'éducation thérapeutique du patient a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées y compris le soutien psychosocial.

Le but est “d’aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement, à collaborer avec l’équipe de soins et à assurer sa responsabilité dans la propre prise en charge afin de maintenir et améliorer la qualité de vie”. (O.M.S.)

L’éducation thérapeutique du patient constitue un accompagnement visant à améliorer la santé par une approche bio-psycho-sociale des personnes. “*Elle apporte des connaissances, des compétences, elle permet une adaptation des comportements pour améliorer la qualité de vie et diminuer d’éventuelles complications*” (18).

Il s’agit “d’aider les patients à prendre soin d’eux-mêmes”, à agir dans un sens favorable à leur santé, leur permettre de retrouver une autonomie” (19).

“L’éducation thérapeutique du patient est d’abord une culture” (20). “*Le changement d’une posture intellectuelle à la place d’une posture classiquement prescriptive ou injonctive, trop technicienne*” (21). C’est un ensemble coordonné d’activités d’éducation animé par des professionnels de la santé qui établissent une relation menant à l’écoute.

En conclusion de ce chapitre, le sort réservé aux “conceptions” de l’Éducation pour la Santé montre que l’on a toujours respecté les missions familiales et scolaires sans douter de leur efficacité et que l’on a toujours maintenu dans l’air du temps une intense diffusion des informations “sanitaires” par les médias.

L’Éducation pour la Santé est traditionnelle ; elle l’est toujours restée.

La révolution des années 1968-1970 a modifié les objectifs en E.S. La mutation d’une Éducation de la santé à une Éducation pour la santé devait modifier la méthode éducative pour rendre la personne capable et l’engager.

Mais il y a eu peu de changement en pratique faute de compétences nouvelles et de moyens financiers traduisant le désintérêt pour la prévention.

En 1980 on change le sens du concept de santé : apparaît la santé positive. On précise le rôle des facteurs écologiques, économiques, sociaux.

Par contre “la participation active”, l’implication individuelle dans les actions de santé populationnelle, collective “pour les gens, avec les gens, par les gens” n’a pas modifié sensiblement la pratique de l’E.S.

Quant à la “Promotion de la santé”, inspirée des mêmes principes de “Santé pour tous”, collés comme une étiquette sur de nombreuses actions d’E.S. elle est restée comme une “intention appréciée” de promouvoir la santé sans traduction réelle au niveau des populations et des communautés. L’approche socio-écologique d’un modèle social étant peut-être mal appréciée en Santé publique et difficilement réalisable en France.

### III – Les résultats

L’Éducation pour la Santé a permis l’émergence d’organismes spécialisés que sont depuis 1945 les comités régionaux et départementaux ou l’actuel institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES), des structures spécifiques investies dans la lutte contre le cancer, le diabète, les maladies cardiaques, cardiologie... et une multitude d’associations œuvrant dans le champ de la santé.

Mais les résultats semblent incertains, à tout le moins en deçà des espoirs mis dans tant d’initiatives depuis 70 ans. L’évaluation des actions menées est trop souvent basée sur une approche quantitative et non pas qualitative. Il est aujourd’hui

difficile d'apprécier réellement les résultats en termes de savoir acquis et de changements de comportements obtenus. Cette évaluation est certes difficile et complexe d'autant que toute problématique de santé est multi-déterminée et l'Éducation pour la Santé n'en est qu'une parmi les conduites de prévention nécessaires et ces grandes problématiques paraissent réagir plus rapidement aux solutions répressives mises en place en matière de lutte contre le tabac ou les accidents qu'aux solutions éducatives. Cependant il existe un important décalage entre la masse et la multiplication des actions menées au service de l'Éducation pour la Santé pour au final des résultats relativement modestes. Les causes possibles d'obstacles à la réussite des actions pédagogiques adéquates peuvent être analysées au travers de déterminants méthodologiques, opérationnels ou de contexte social.

### **III-1 Les dysfonctionnements**

Sous un intitulé qualifié de désordre galactique ou de règne de l'empirisme, un premier dysfonctionnement est le foisonnement d'initiatives publiques ou privées, organisatrices de projets éducatifs mais pour une part non négligeable d'entre elles, il s'agit d'une simple activité de distribution de documents et ne menant pas de fait d'actions éducatives. A ceci se rajoute une diversité des structures, des institutions pilotant des projets de santé : Etat, organismes de protection sociale, mutuelles, collectivités territoriales, autant d'acteurs aux origines différentes, aux enjeux différenciés, aux finalités propres, aux priorités de santé spécifiques.

Cette pluralité des donneurs d'ordre se décline dans la mise en œuvre des actions, caractérisée par une remarquable hétérogénéité et une incoordination. Les moyens humains engagés sont très variables quant aux niveaux des compétences, quant au statut avec une majorité de bénévoles, et une minorité de professionnels formés à l'Éducation pour la Santé.

S'agissant de l'efficacité, il est probable que les actions programmées et excentrées par les grands organismes, projetées par percolation de l'extérieur en recréant le contexte de l'enseignement traditionnel télécommandé, ont eu moins d'impact et moins d'effets durables que les actions menées à l'échelon du premier recours, en proximité.

Enfin, sur le plan du financement, l'insuffisance chronique de moyens financiers, la diversité des ordonnateurs et de leurs commandes a renforcé l'instabilité et les difficultés à ancrer des actions dans la durée sur le moyen ou le long terme.

Ce désordre artisanal a eu pour conséquence une atomisation des projets aboutissant à des contradictions dans le contenu éducatif. Certaines thématiques porteuses de financements ont été surexploitées avec une pléthore d'interventions alors que d'autres portant sur des thèmes plus sensibles ou sur des groupes vulnérables à fort besoin de santé sont restés en retrait.

Beaucoup d'informations sans suite, donc inutiles, ont été diffusées. Nombre de réunions ou de journées spectaculaires sans lendemain sur un mode événementiel ont été organisées.

### **III-2 Le Monde a changé**

Ces facteurs opérationnels ne sont pas les seuls à pouvoir interférer sur les résultats attendus. Le Monde a changé de façon spectaculaire après trois révolutions et l'avènement de la société de l'information. Ces changements externes ont pu avoir

un impact sur les actions entreprises et l'actuelle situation de l'Éducation pour la Santé d'autant plus que les appels aux corrections ou aux régulations n'ont pas été entendus par les autorités de santé.

“La connaissance d'un contexte permet de comprendre la rationalité d'un comportement et la réalité d'une situation” (Jacques Crozier).

L'Etat Providence, centralisé, émancipateur, égalitaire, de l'après-guerre s'est délité au-delà des années 1975 car en panne de croissance et sans volonté politique, il s'est trouvé progressivement dans l'incapacité d'assurer ses charges. On assiste à un creusement des catégorisations sociales, à un cumul d'inégalité. Les problèmes des épidémies, du climat, de l'environnement physique, des drogues, sont devenus des préoccupations importantes, un changement spectaculaire de la politique de santé publique se fait au bénéfice du 3<sup>e</sup> âge, famille et enfants étant jugés secondaires sinon oubliés.

A l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle une radiographie sociale montre les changements après les crises spirituelles et financières que sont les trois révolutions, celle des mœurs, celle des mentalités, celle des conditions de vie socio-économique.

Notre époque est caractérisée par une crise des fondements de la pensée, par la fin des idéologies. On ne croit plus au progrès garant de bonheur à venir dans une société du “tout est possible”, face au triomphe de la technoscience le doute domine en tout. L'individualisme sans partage prédomine, minant le lien social, revendiquant le droit à la satisfaction immédiate, égoïste des désirs ou dictature du caprice. “*Tout devient mobile parce que précaire*” (Jacques Attali). Il faut avoir la capacité de s'aider soi-même car le système de protection ne suffit pas.

Tout ceci crée une désespérance individuelle et un état dépressif généralisé devenu toxique, une sinistrose faite de morosité, une défiance par rapport à la politique publique. Une crise du sens, une perte de la confiance engendrent des inquiétudes sur les valeurs et conduisent à un effacement des repères clefs de l'imaginaire collectif.

Parallèlement émerge un individu déçu, mécanisé, engagé dans les réseaux, les relations, marqué par un “*marketing qui standardise les comportements, mécanise les esprits et dilue les savoirs*” (22).

Le changement le plus important porte sur les mœurs, il met en jeu les structures familiales avec l'arrivée des familles décomposées et recomposées, la question du mariage pour tous, des parents insuffisamment présents.

“*Il est arrivé quelque chose au temps*” depuis 1990 : la Société est malade du temps (23). L'urgence a envahi nos vies, l'heure est à la seconde, le temps vieillit vite, il faut réagir dans l'instant, à l'immédiat, en temps réel. L'accélération du rythme de vie nous place en décalage perpétuel et définit l'essence de la modernité.

Un autre changement majeur est l'insertion économique de la femme et la féminisation du travail.

Quant à la révolution de l'éducation de base depuis longtemps souhaitée, elle reste encore à être mise en forme et en structure.

Aux trois révolutions du siècle précédent il convient d'ajouter l'avènement de la “société de l'information”, du numérique, du digital avec l'extraordinaire développement des technologies nouvelles diffusant massivement les informations à un très large public. Ce système d'information en ligne connaît une croissance et une expansion rapide.



Ce mouvement vers l'information est massif sans pouvoir être contrôlé. La population s'éveille au "savoir" et la santé devient le grand domaine où se porte sa curiosité.

Les données diffusées représentent une masse considérable à potentiel extraordinaire mais souvent incertaines, douteuses, d'interprétation divergente, alors que ce type d'information, hors des voix médicales, doit respecter les "savoirs scientifiques" et les valeurs partagées et discutées de l'éthique dans le domaine sanitaire. Comment trier la bonne information de la mauvaise, comment transmettre la notion de risque, comment s'approprier des normes et des règles dans un déluge de données parfois divergentes, parfois contradictoires sur l'alimentation, le sommeil ou le risque tabagique ?

### III-3 Les loupés de l'Éducation pour la santé

Les mouvements de fond qui s'expriment dans des changements des modes et des styles de vie, du climat mental et réactionnel ont probablement un impact direct ou indirect sur l'E.S. et/ou ses concepts, ses pratiques donc sur ses résultats susceptibles d'interférer sur les résultats attendus.

Les résultats de l'E.S. dépendent de la compétence et motivations des éducateurs, de la nature et de qualité de l'information sélectionnée, de la façon dont se font la communication et les conditions de l'écoute, de la compréhension, de l'intérêt du destinataire.

Les facteurs contrariants : par hypothèse, en l'absence de données sur l'efficacité des actions éducatives menées dans le domaine de la santé, seront recherchées, dans le contexte actuel les "causes" pouvant contrarier, avec une grande probabilité, l'action éducative de E.S. aux différents âges de la vie.

Dans le champ de l'enfance et de la famille, la prise en compte de l'enfant est une exigence première car c'est à cet âge que les interventions seront les plus marquantes.

"La famille, institution la plus profondément bouleversée, ne remplit pas le rôle social qui la légitimait : transmettre une culture et un nom aux enfants" (24).

L'absence des parents éducateurs éloignés de leur domicile en raison de leur activité professionnelle est devenue commune. En effet les parents éducateurs sont souvent absents ou distants ; absents de leur domicile en raison de leur occupation professionnelle. Les plus petits sont alors placés en crèche ou confiés à des familles d'accueil pour la journée.

A un âge plus avancé, ils restent solitaires en attendant le retour des parents. Ils deviennent au fil des ans de véritables enfants abandonnés au fond de leur chambre ou avachis sur le canapé passant le temps devant les écrans et leurs jeux. *"Les ados passent plus de temps devant les écrans qu'en compagnie de leurs parents. Certains vivent seuls depuis la première enfance"* (Jacques Attali).

Ces privations d'échanges, de contacts contribuent à l'effacement du rôle parental sur la psychologie, la culture, l'éducation de l'enfant. Aux États-Unis, moins de deux enfants sur trois passent leur enfance avec leurs deux parents en raison d'un éloignement pour des raisons professionnelles, une séparation ou un divorce.

La grande précarité prive aussi d'enfance, d'accompagnement, de régulation, d'affection un nombre de plus en plus important de très jeunes enfants.

L'attitude des parents a également évolué, devenue plus permissive, plus tolérante. Il est vrai que les enfants ont désormais des "droits", on vient même de leur accorder le droit de mentir (D. Castro) comme personne à part entière, singulière, vraie. Il ne faut ni le punir ni le gronder. Récemment, des écoles de parents ont été créées, instaurant une discipline positive. Une sage autorité des parents nous paraît cependant un déterminant capital dans l'éducation traditionnelle comme l'était celle du maître d'école.

L'entrée au collège à 10-11 ans correspond à un moment où s'opère un détachement d'avec les parents. Les amis commencent à prendre de l'importance, il est nécessaire de correspondre à leurs attentes afin de s'intégrer au groupe.

L'absence des parents, la perte de contact direct entraînent une perte de la référence et de l'autorité parentale et de son rôle régulateur permettant de mener comme il est souhaitable une éducation permanente, régulatrice, correctrice si nécessaire.

L'adolescent constitue un défi particulier de l'E.S. Il conserve l'image d'une personne impulsive téméraire, à la recherche de sensations avec ses pairs, en groupe, mais aussi perturbateur, maladroit, manquant de rigueur, à comportements surprenants. Les neurosciences et l'imagerie cérébrale en particulier, révèlent un bio-adolescent en maturation. Jusqu'à la vingtième année, le réseau des connexions neuronales s'organise et se complète par étapes jusqu'à être adulte c'est-à-dire jusqu'à avoir un comportement plus raisonnable maîtrisé, plus respectueux des règles et normes sociales, comme la réorganisation de la nouvelle version d'un système informatique.

Certes il manque encore de rigueur et cela le conduit aux drogues, à l'alcool, à l'accident. Certes le sentiment de culpabilité est encore faible ou nul. Le jeune se construit en affrontant les valeurs parentales et en se confrontant à l'autorité de l'adulte. Jouer avec la réalité constitue sa façon de marquer sa volonté d'émancipation et de prise d'autonomie.

Le rôle des parents et des éducateurs est de maintenir ou restaurer une relation de confiance. La relation avec les "ados", se fait en souplesse, il s'agit de préserver le lien tout en les accompagnant vers leur indépendance, leur adaptation à la vie. "Dire à un "ado" *ce qu'il doit faire, à quoi il doit s'intéresser est la dernière chose à faire et le plus sûr moyen de le faire fuir*" (25) même s'il s'agit de sa santé.

### L'enfant et l'école

La préservation de la santé en milieu scolaire constitue une préoccupation ancienne. Dès 1750, les pouvoirs publics manifestent leurs responsabilités pour sauvegarder la population, le concept de médecine préventive date de 1798.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, Chaptal, ministre de l'intérieur, dégage la doctrine de l'engagement sanitaire et éducatif de l'Etat sur l'hygiène et la salubrité des locaux, sur la propreté du corps : "L'éducation dépend de la santé" (1840). La loi ne précise pas quelle sera l'organisation effective de la reconstruction sanitaire de l'Ecole. Les Inspecteurs d'Académie sont chargés de transmettre ces nouvelles valeurs en s'opposant à certaines autorités locales en dépit d'une opinion générale favorable.

Après la défaite de 1870, avec la volonté de redresser la Nation, l'importance de l'hygiène fait l'objet des conférences de Calmette et des médecins, axées sur l'hygiène du corps et le risque épidémique. Il est vrai que la troisième vague épidémique de choléra survenu en 1854, les épidémies de typhoïde et de variole qui ont décimé nos armées mal vaccinées confortent cette approche.

L'éducation nationale a toujours inscrit l'E.S. dans des programmes pédagogiques à l'intention des différentes classes d'âge.

Avec le temps, l'école a changé. L'institution a été déstabilisée par la révolution des mœurs en raison du relativisme des valeurs nouvelles. Les "orientations" sur l'éducation ont à plusieurs reprises modifié ou transformé ses objectifs donc les pratiques pédagogiques.

Il ne reste rien à ce jour de la loi d'orientation de 1989 si ce n'est deux articles visant le pourcentage de succès au baccalauréat par classe d'âge, "une école déformée" (26). Actuellement, l'école supporte de très nombreuses critiques sur ses échecs, sa brutalité, son manque d'attractivité et l'opinion demande sa rénovation depuis des décennies.

Dans son livre "Collège brutal", Marea Goyet (27) présente le bilan d'une ère de souffrance de l'école "gouffre entre idéal d'enseignant et réalité de la classe".

Les échecs sont évidents, mais les résultats scolaires dépendent à 60 % des facteurs extra-scolaires : des écarts entre catégories sociales selon les milieux d'origine. Les niveaux moyens des acquis scolaires stagnent.

L'école renforce les inégalités : deux jeunes se séparent. 18 % en sortent sans diplôme, or un diplôme protège contre le chômage et la pauvreté.

Selon le rapport 2012 de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP), 23 % des jeunes de 18 à 24 ans sont soumis à la pauvreté, pour la plupart ils regroupent les *Neither in employment nor in education and training*, les "NEET". Une jeunesse qui s'éloigne de toute éducation quelle qu'elle soit. 140 000 sortants par an du système sont laissés pour compte des politiques publiques. On les occupe mais ils ne se sentent pas insérés et restent méfiants vis-à-vis du système de solidarité collective. C'est l'échec de la promesse d'une école intégrateur social.

Ces échecs reflètent essentiellement l'inappétence des élèves face au savoir dont l'attention est sollicitée par d'autres sources : le savoir déstructuré, encyclopédique, véhiculé par les médias électroniques est plus attractif que le savoir sélectif, organisé, auquel l'école a la mission d'initier. Cette concurrence est celle du pot de fer médiatique contre le pot de terre scolaire. Une autre jeunesse qui échappe : les immigrés au taux de pauvreté de 4 fois et demi supérieur aux natifs et les résultats scolaires montrent un écart de 20 points (Source : *Program for International Student Assessment* OCDE 2012). Il s'agit d'un échec surtout lié à l'erreur pédagogique.

La logique de l'Ecole est celle de la concurrence, trier les meilleurs et abandonner les autres. Un diplôme doit être au service de l'emploi et cet emploi au service de l'économie. Les meilleurs sont triés pour assurer la compétitivité de l'économie, ce qui génère un "forcing" de connaissance et des individus hiérarchisés selon des critères académiques. L'école ne confère pas de compétences sociales et relationnelles, elle n'apprend pas à savoir coopérer, argumenter et interagir. Il faut savoir apprendre pour créer, pour éprouver, pressentir par l'expérience de la mémoire et de l'intuition plus que par la logique. L'école doit donner les outils nécessaires à la construction autonome de projets de vie afin d'apprendre à construire son monde. L'enseignement est trop volatil, trop abstrait et théorique, privé de créativité dans l'approche, et cause des abandons de la scolarité.

En 1980, la tendance avait été de diversifier l'offre pour recevoir les élèves désirant recevoir une formation professionnelle, elle reste souhaitable dans la mesure où tous pourraient bénéficier d'un apport culturel satisfaisant, donc de programmes d'E.S.

La feuille de route d'un enseignement satisfaisant devrait donner une vision globale de ce qu'elle devrait être : apprendre pour apprendre, des programmes relatifs à un objectif raisonnable, ce qui est attendu par les élèves est à placer au centre de la pédagogie. "*Ne pas enseigner les yeux fermés*" (28). Pour répondre aux objectifs d'une école rénovée, un enseignement de qualité doit être donné par des enseignants dotés de réelles compétences, telle est la priorité, l'école la plus ambitieuse ne sera rien sans de bons enseignants. Les discussions sur les horaires des cours, la diversification des établissements paraissent de moindre intérêt.

La deuxième priorité est celle du suivi des élèves en difficultés pour les conserver dans le cursus éducatif. Enfin il faut porter un intérêt tout particulier aux élèves de l'école primaire à un âge où se joue le destin scolaire.

Prioritaire également est le rétablissement de l'autorité des maîtres qui ont été trop souvent, trop injustement contestés et de l'ordre afin d'apporter la sérénité indispensable dans le climat scolaire.

Quant à l'E.S., il serait nécessaire qu'elle atteigne tous les élèves d'une classe d'âge sans déperdition, qu'elle porte attention à ceux qui, en difficulté de santé physique ou sociale, méritent une note particulière.

Les préconisations de l'Education Nationale, traduites dans des textes qui font honneur aux experts, ne sont-elles pas idéalisées compte tenu des réalités de terrain. Qui réalise E.S. à l'école ? Les infirmiers et médecins scolaires dont le rôle serait déterminant s'ils étaient en nombre suffisant. Hors de sa famille et de l'école, l'enfant est exposé aux nombreuses sources de l'information de rue.

### **III-4 L'Éducation pour la santé de l'adulte au travail**

Nous vivons une troisième révolution industrielle, celle qui, appelée des emplois, intéresse les adultes directement, les adultes au travail ou au chômage et les jeunes dans l'attente devant les difficultés d'entrée à la vie professionnelle. Dans une société de consommation livrée à l'économie, le souci des lendemains précaires et des conditions de travail contraignantes sont un commun particulièrement sévère pour les plus vulnérables d'entre les salariés.

Cette société est marquée par le cumul des inégalités s'exprimant dans l'émiettement des catégories sociales et l'intolérance vis-à-vis de la main-d'œuvre étrangère. Depuis les années 1970 l'insertion économique des femmes est de plus en plus forte.

La dégradation des conditions de travail a des conséquences directes sur le travailleur lui-même en terme de risques psycho-sociaux ou de troubles musculo-squelettiques consécutifs à des techniques de management violent, recrudescence des accidents, banalisation des pressions et des violences faites sur les salariés et les employés. Mais des conséquences indirectes se font sentir sur la santé des enfants du travailleur et parent à la fois.

Le cadre de travail est souvent devenu une entreprise exigeante pour assurer ses productivités et ses compétitivités. Elle exige de ses salariés devenus prestataires de service au quotidien des efforts constants jusqu'à l'insupportable qui se traduisent par des troubles mentaux et des suicides.

L'éducateur pourrait par excellence être le Médecin du Travail et ses collaborateurs, mais la récente réforme a mis à mal les médecines du travail et a supprimé toute possibilité de prévention. Il existe de fait un conflit d'intérêt entre la partie gestion des risques par l'employeur et la partie prévention des atteintes à la santé des travailleurs.

C'est d'autant plus regrettable que le cadre de travail pourrait être un lieu favorable à la rencontre directe des travailleurs et d'un médecin qui accompagne, qui éduque et informe en ayant une connaissance précise des risques courus, des besoins insatisfaits pour lesquels une amélioration serait possible et efficace sur la sécurité et les conditions de travail. Des progrès sont aussi à réaliser pour une économie de solidarité respectueuse de l'humain et de l'environnement.

### **III-5 Éducation de base et éducation pour la santé**

L'éducation de base est donnée par les parents et les enseignants.

Au siècle dernier a eu lieu le passage d'un monde unifié égalitaire par l'instruction primaire à une hiérarchie de niveaux marquée par des clivages, des écarts d'instructions, l'objectif étant le diplôme facilitant au mieux l'entrée dans la vie professionnelle. L'obsession d'un objectif de 80 % des élèves d'une classe d'âge parvenant en l'an 2000 au niveau baccalauréat.

Par ce changement d'objectif, l'école a favorisé une fragmentation sociale importante sur le niveau d'instruction. Elle a entraîné l'abandon, par inappétence ou par refus, d'une partie des scolarisables, elle a oublié ses responsabilités de formation des esprits, de développement des capacités intellectuelles et relationnelles et de l'identité nationale, de la citoyenneté. L'école, jusque-là à l'abri, est devenue un lieu de mésestime et de violence reflétant en cela le malaise et la violence générale.

Dans ces conditions, les bases d'une éducation générale assurant l'avenir ont été faussées. L'E.S. se place souvent dans des groupes de population où il est difficile de se faire comprendre, d'expliquer, de se faire admettre.

Selon une étude de l'INSEE de 2012, il y a en France 2.5 millions de personnes illettrées. Agés de 18 à 65 ans et ayant suivi une scolarité en France, 7 % ne maîtrisent pas suffisamment les compétences de base pour être autonomes, ce qui constitue un handicap social majeur mais aussi pour la compréhension des messages éducatifs. A l'extérieur, les jeunes sont actuellement sollicités par de multiples médias informatifs s'appuyant sur Internet et les réseaux sociaux. Dans ce monde d'informations et d'échanges, la place de messages éducatifs paraît quasi inexistante.

Ce chapitre a mis en évidence des dysfonctionnements stratégiques et des facteurs contrariants du contexte bio-psycho-social actuel qui s'associent pour priver l'éducateur sanitaire d'une meilleure effectivité.

Les actions traditionnelles primaires intéressant les enfants et adolescents sont les plus perturbées en raison de l'évolution défavorable des missions parentales et scolaires et notamment la perte d'autorité et de présence.

Les actions de terrain destinées au grand public restent déficitaires par nature dans le bruyant désordre médiatique ; bien qu'hyper soucieux de leurs malaises, les adultes acceptent mal les invitations à des changements de comportements ou de modes de vie.

Le modèle communautaire, promotionnel reste encore utopique, loin de nos possibilités.

## IV – D’une insatisfaction à des solutions techniques et gestionnaires

Compte tenu des observations critiques formulées depuis les années 1970 – reçues dans l’indifférence des pouvoirs publics - et des réflexions sur la situation actuelle de l’E.S. en France, de sévères réformes sont nécessaires pour soutenir l’intérêt indispensable pour l’E.S. en santé publique.

Il n’est pas possible de dire “cela ne marche pas” et rester accroché à un modèle qui pourrait être amélioré, rendu plus efficace et plus utile. Car ce qui est jugé aujourd’hui est-ce vraiment de l’E.S. ou ne s’agit-il pas plutôt de simple diffusion de conseils, ou d’informations sanitaires? Il faut lever cette première ambiguïté.

Dire et enseigner que les comportements de santé sont multi-déterminés et qu’ils peuvent évoluer dans le temps n’est pas compatible avec des modalités d’évaluation issues de démarches biomédicales ou de la logique universitaire de l’interrogation écrite portant sur des savoirs immédiats. Ces modalités d’évaluation sont d’autant plus détestables qu’elles deviennent aujourd’hui la condition *sine qua non* d’un financement et conduisent à développer des méthodes de formation assises sur la satisfaction des critères de l’évaluation. Les techniques de formation risquent de relever bientôt du comportementalisme. Mais l’avenir est déjà engagé!

La lecture intéressante des dossiers et des rapports remarquables produits par les experts officiels donne au final l’impression de préconisations idéalisées en décalage avec les problématiques de l’Education pour la Santé au plan local.

Le modèle ancien du réseau d’éducation pour la santé composé des comités régionaux et départementaux, qui s’était inscrit dans une démarche de compétence et de labellisation face à l’émergence de myriades de structures ou de comités à thématiques spécifiques et donc peut-être insuffisamment lisibles par le politique, vient d’être restructuré. Cet acte habituel des réformateurs a consisté en une déconstruction d’unités au service de l’E.S. depuis 1945 et un transfert injustifié de certaines de leurs fonctions qui en faisait l’originalité et la réputation. Mais une restructuration n’est qu’administrative et demeure sans intérêt si elle ne change rien d’autre que l’étiquette.

Les réformes devraient porter en priorité et en urgence sur le dispositif stratégique : créer des compétences spécifiques, repenser l’actuel modèle d’éducation pour une réelle effectivité, se protéger des modes de gestion managériale et instrumentale.

Il serait nécessaire de s’interroger également sur la place et les fonctions de l’E.S. au sein des politiques et des actions de prévention et de promotion dans le domaine de la santé et du développement. Mais les acteurs et responsables des différents échelons ont-ils été formés, ou du moins sensibilisés, à ces approches ? Peut-on tout attendre du “public final” ?

### IV-1 Les compétences nécessaires

Rien ne peut être valablement réalisé sans compétences.

Il s’agit tout d’abord de celles des éducateurs, confirmés par une formation diplômante spécialisée ou par une longue et large expérience, ainsi que par une connaissance des problèmes de santé publique et des valeurs éthiques. Ils doivent être capables d’identifier les problèmes, de les analyser, de trouver des moyens pour transmettre. C’est un niveau d’expert.

Celles ensuite des intermédiaires qui sont d'autant plus nécessaires qu'ils sont connus et reconnus par leur public, enseignants, éducateurs sportifs... et qu'ils font remonter les besoins ou contribuent à la compréhension des déterminants.

Celles souvent oubliées, de ceux à qui l'E.S. est destinée, et qui doivent développer la capacité à s'éduquer, il s'agit de mesures dans laquelle "*un individu a la capacité d'obtenir, de traiter, de comprendre les informations basiques en matière de santé et le fonctionnement des services nécessaires lui permettant de prendre une décision appropriée à sa santé*" (29). Cela renvoie à des aptitudes en matière de lecture, d'écriture, d'expression et de compréhension orale, ainsi qu'à des connaissances conceptuelles et culturelles (30).

L'éducateur devra utiliser un langage adapté au niveau éducationnel des personnes et mettre en place les conditions d'une confiance objective efficace en termes de compréhension, d'attention, d'émotion.

De grands progrès restent à réaliser dans la mise en place de ces postulats ; il y a urgence à le faire car l'effet de cette acquisition de compétences n'est sensible que dans le moyen terme.

#### **IV-2 Effectivité des stratégies : que veut-on faire, informer ou éduquer ? Comment ?**

Croire éduquer par la transmission d'une information volatile à distance est un leurre.

Le meilleur mode de communication pour éduquer reste la parole directe, bien plus que la presse, l'affiche ou les ondes qui gardent néanmoins un intérêt pour sensibiliser ou inviter à l'éducation.

Il existe une pluralité de stratégies quant aux objectifs éducatifs, aux modes et aux techniques de transmission les mieux adaptés à un public concerné. Mais dans les nouveaux contextes psycho-sociaux, ces stratégies devraient tendre à rechercher une meilleure effectivité, c'est-à-dire rechercher l'effet obtenu dans des conditions se rapprochant de la réalité.

Pour tendre vers cette effectivité de l'E.S. le modèle pourrait être le suivant. Tout d'abord une identification des informations éthiquement acceptables sur des problèmes de santé confirmés par l'épidémiologie. Puis l'élaboration d'une information utile, d'un message susceptible d'éveiller l'attention ou l'intérêt, par un éducateur compétent, crédible, accessible, et après accord des intéressés. Enfin, la transmission directe, en face à face, vers des personnes ou groupes de personnes ayant la capacité de les comprendre, d'échanger, et de les exploiter.

Par ailleurs ne faudrait-il pas envisager, lors de l'embauche à toute profession, la nécessité d'associer aux informations techniques des connaissances sur les conduites personnelles de santé et de prévention face aux risques spécifiques de l'entreprise? Le cordonnier n'étant pas le mieux chaussé, un professionnel qui intègre un établissement de santé reçoit-il effectivement ce type d'information portant sur les conditions de la vie hospitalière ?

#### **IV-3 Se protéger d'un mode managérial et instrumenté**

La mode du management et de l'institutionnalisation envahit tous les domaines. Dès 2009, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé



(Inpes) écrivait : “pour valoriser les compétences et l’expertise il faut l’implication forte de la fonction managériale comprenant à la fois l’encadrement supérieur et le management de proximité”.

L’exemple de l’hôpital est évocateur et fait interroger sur son avenir. L’hôpital est devenu une entreprise animée par un management inspiré par l’esprit d’un temps d’économie, de productivité. Les médecins sont devenus des prestataires de service exerçant une médecine intégrée et assujettie à l’efficience du système, alors qu’elle devait répondre essentiellement aux besoins des personnes et des collectivités. La contrainte est devenue objectif.

Les nouveautés technologiques dans le domaine dit de la communication conduit ses apôtres à une confusion grave entre l’outil, le contenu des messages, et la mise en forme de ces messages par la personne réceptrice (*in-formare*).

Il n’est pas anodin de voir la majorité des gens parler de communication pour définir de simples moyens de transmission. Plus grave, il relève de la pensée magique de croire que mettre des élèves devant un écran pour discuter d’un thème de santé proposé serait une activité d’E.S., le maître n’enseignant plus mais corrigeant à distance. Cela ne peut que séduire les spécialistes de l’enseignement “vertical et descendant”, de maître à élève. Certains d’entre eux ont trouvé un exutoire à travers des bornes informatives. Si l’initiative peut paraître séduisante puisque l’outil est à la disposition de tout le monde 24 heures sur 24, elle est à double risque, d’une part en raison du volume d’information pertinente disponible, de son adaptation à un public non défini et à la nécessité de son renouvellement et d’autre part face à la question de la motivation à y accéder.

## **V – Perspectives : pour une éthique et une politique d’éducation pour la santé**

L’éducation pour la santé ne saurait être affaire de management:

Il faut craindre l’esprit abusivement gestionnaire de système technocratique et de ses dirigeants trop déconnectés de la réalité mais qui se veulent “pouvoir d’organisation” et ne laissent qu’une simple place d’exécutant aux éducateurs. Le dévouement de ceux qui, les plus nombreux, œuvrent sur le terrain dans les associations ou les services... est insuffisamment apprécié.

La multiplication des directives, des normes de toute nature et détaillées par quantités, ne doit pas conduire à étouffer les facultés de création et d’innovation.

L’éducation pour la santé a besoin de liberté. Procédure éthique et responsable, elle ne peut se contenter d’une approche gestionnaire aussi contraignante que celle qui s’annonce... “*L’autonomie permet de manœuvrer de manière plus simple et plus rapide qu’un service étatique; tester de nouvelles approches se montre novateur*” (31), il ne faut pas casser cette dynamique.

Elle est de fait porteuse d’une double polarité, éthique et politique :

### La place de l’éthique

L’éthique lui demande de se préoccuper de mettre en évidence, sans concession, la réalité épidémiologique et sociale. Des données événementielles ou statistiques publiques ont pu être cachées comme à Tchernobyl et retenues au travers de réflexes défensifs, ou manipulées, ou bien mal appréciées lors de la pandémie de grippe H1N1. Il arrive également que des approches de précaution proposées par des

experts soient par la suite revues à la baisse, c'est le cas par exemple de l'exposition aux ondes. Il est à craindre une dérive de l'humain et les risques de son instrumentalisation par des techniques visant à diriger son comportement. *“Soumis à une certaine analyse politique, on oublie l'essentiel, une réalité humaine dont l'interprétation multiple des faits donne sens”* (32).

Il est à craindre une transformation institutionnelle de l'éducation pour la santé par l'intervention des “grandes institutions” : agences nationales, organismes de sécurité sociale, associations à fonds publics ou privés. Elles adoptent une organisation institutionnelle, une approche très marketing de clientèle et soumise à une politique d'entreprise ou à une opportunité de moyens financiers. L'éducation pour la santé peut même être, le cas échéant, un créneau à investir comme moyen régulateur des emplois !

L'expérience montre que cette logique institutionnelle crée des situations problématiques notamment en absorbant une grande partie des ressources financières déjà réduites et qui seraient nécessaires au développement d'une politique d'éducation pour la santé plus communautaire.

#### La place du politique

Si les craintes énoncées ci-dessus nous amènent au refus de nous convertir à la religion entrepreneuriale, il paraît nécessaire par contre d'insister sur le rôle capital du politique dans la création d'un système social favorable au développement d'une éducation pour la santé plus efficace. Tout est politique et rien ne peut évoluer sans la volonté politique qui seule peut déplacer l'ordre des choses. Il est aujourd'hui patent que la santé individuelle ou collective dépend autant de déterminants sociaux et environnementaux que de troubles organiques. Seules des stratégies multi-sectorielles et pluri-professionnelles peuvent répondre aux enjeux de la promotion de la santé dont les déterminants sont multiples.

Les responsables politiques doivent s'attacher à diminuer les effets contraires du contexte socio-économique en apportant des mesures curatives et préventives à l'amélioration des conditions de vie des enfants dans leur famille, des jeunes en difficulté, des personnes au travail.

Les problèmes de santé englobent la question des maladies, mais ils la dépassent très largement. Or les attentes et le poids du secteur médico-technique prédominent largement dans le débat politique, surfant sur l'illusion que le médical peut tout guérir. Ce qui est une espérance au niveau de la maladie ne se transforme-t-il pas en mystification quand on parle de santé ? Le politique n'a pas, par essence, de compétence dans le champ médical mais il a en revanche une compétence majeure dans le champ de la santé.

Il doit s'interroger sur l'accumulation d'innombrables messages de santé qui arrivent tous les jours sur la tête des citoyens : quelle est leur lisibilité, leur crédibilité, leur efficacité ? Ne faudrait-il pas redonner du sens et un rôle aux intermédiaires, à ceux qui vivent à côté, dans le même quartier, dans la même entreprise ? A titre d'exemple, regardons dans le domaine médical la place majeure que les infirmières occupent dans la relation avec le patient et dans la réponse à ses questionnements.

\*

\*   \*

**Pour tirer un enseignement de cette réflexion au terme de ce parcours,** faisons appel à quelques bons auteurs.

Pour G. Canguilhem si “ notre but c’est la santé, au sens de ressource de vie, cela demanderait que nous abordions l’existence en nous sentant porteurs de valeurs, instaurateurs de normes vitales. Mais cela oblige à changer de logique et de méthode. Or l’expérience de ces dernières années nous rappelle que “le plus difficile n’est pas de comprendre les idées nouvelles mais d’échapper aux anciennes” (J.M. Keynes).

En pratique les modèles éducatifs dynamiques, promotionnels ou communautaires, pourtant largement discutés, restent utopiques et sont peu souvent utilisés. Ces dysfonctionnements stratégiques s’associent aux facteurs contrariants du contexte actuel (bio-psycho-social) pour priver l’éducateur sanitaire d’une meilleure effectivité. Les actions primaires traditionnelles s’adressant aux enfants et aux ados sont les plus perturbées au regard des évolutions des missions parentales et scolaires (perte d’autorité, de présence...); quant aux actions grand-public elles restent déficitaires par nature dans le bruyant désordre médiatique !

Le souci d’une “effectivité” satisfaisante nous invite à évoluer d’un stade “information-communication-grand public”, avec la croyance illusoire en son auto-efficacité, vers une véritable éducation par transmission négociée, avec l’intention affirmée de concourir au développement des individus et des communautés dans le cadre d’une politique de santé publique garantie par l’éthique.

Car l’éducation pour la santé reste un dispositif culturel à polarité éthique et politique. Seul le pouvoir politique est apte à modifier le contexte social et à créer progressivement un esprit de participation et d’implication communautaire nécessaire au développement, face à nos excès d’individualisme, tels que les évoque Crozier (solidarité, réduction des distances sociales...).

La plupart des actions d’éducation pour la santé se réalisent, pour l’essentiel, grâce à des subventions attribuées par l’Etat, directement ou par ses agences, ou par des collectivités territoriales. Ainsi l’éducation pour la santé a-t-elle pour mission de s’intégrer et de servir fidèlement une politique nationale ou régionale de santé publique. Pour autant que le pouvoir politique reste vu comme un principe d’action sociale et non comme, en soi, un pouvoir absolu, qui administrerait sous tutelle l’éducation pour la santé ; alors qu’elle ne peut que vivre libre en raison de ses obligations éthiques.

*“Savoir n’est jamais qu’un degré pour être. Il n’est de véritable savoir que celui qui se change en être, en une substance d’être, c’est-à-dire en acte.”*

(Paul Valéry)

\*

\*   \*

L’auteur remercie de leur participation à la réflexion Claude TERRAL, Médecin, Président du Comité Régional d’Éducation pour la Santé en Languedoc-Roussillon (1991-2011) et Jean-Paul GUYONNET, Médecin de santé publique.

## NOTES

- (1) Jennifer A. Schmidt, Ph.D. Associate Professor. Department of Leadership, Educational Psychology, and Foundations Northern Illinois University
- (2) M. Federico Mayor. Directeur général de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science *et* la culture. (UNESCO)
- (3) Jean Astruc, Médecin des lumières (1684-1766)
- (4) Développement des programmes de formation en éducation pour la santé : description et analyse des approches et des actions dans la Communauté française. Piette Danièle, Schleiper A. Charleroi : Centre universitaire, 1985
- (5) Dietmar *Mieth* and Günter *Stachel*, moral learning without practice is like learning to swim without water (*Stachel & Mieth*, 1978: 13).102
- (6) Les éducations en santé Education en santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours. S TESSIER - Maloine
- (7) Professor Beryl J. Roberts, school of public health, University of California, Berkeley. OMS HE/WP/68-1
- (8) Groupe d'Étude pour une Réforme de la Médecine - lettre N° 54 de Janvier 1972
- (9) Professeur Pierre Delore, fondateur de la revue La Santé de l'homme.
- (10) École Nationale de la Santé Publique. Quand la santé publique s'affiche. 1995
- (11) Edgar Morin, L'esprit du temps. Essai sur la culture de masse. *Revue française de sociologie* Année 1963 Volume 4 Numéro 4-1 pp. 80-83
- (12) Théorie de l'agir communicationnel. jŸrgen habermas, 1981, Fayard.
- (13) Georges Balandier. La demande d'éthique. Cahiers internationaux de sociologie, vol. 88, nouvelle série, 37e année, janvier-juin 1990, pp. 5-1
- (14) Santé, migration et urbanisation Une Etude collective au Sénégal A. Benyoussef, J. L. Cutler, R. Baylet, H. Collomby, S. Diop, B. Lacombe, J. Vaugelade & A. Levine
- (15) Paulo Freire revue trimestrielle d'éducation comparée vol. XXIII, n° 3-4, septembre-décembre 1993, p.445-465
- (16) Directeur général de la Santé de 1986 à 1997
- (17) La Promotion de la Santé en Languedoc-Roussillon. R. Baylet, R. Cecchi-Tenerini. Édité en novembre 1992 par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
- (18) Efficacité de l'éducation thérapeutique. Grégoire Lagerger - Revue Médicale Suisse N° 196 publiée le 25/03/200
- (19) Sandrin-Berthon Brigitte. Education thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ? *Adsp* n°66, mars 2009, 10-5.
- (20) André *Grimaldi*, professeur des universités en diabétologie, chef du Service de diabétologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris. Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p
- (21) Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France Paris le 13 juin 2008 Sous la coordination de François Bourdillon et de Jean-François Collin, SFSP
- (22) Bernard Stiegler - Prendre soin, de la jeunesse et des générations. Flammarion (2008).
- (23) Nicole AUBERT. Le culte de l'urgence : La société malade tu temps.
- (24) Jacques Attali. Dictionnaire du XXI<sup>e</sup> siècle. Fayard 1998.
- (25) Le cerveau social à l'adolescence. Stephanie Burnett et Sarah-Jayne Blakemore. Collège de France 2010.

- (26) Fragiles mutations de l'université française. G. Courtois, le Monde, 19 mars 2013.
- (27) Collège brutal, *de* Mara Goyet, Flammarion 2012
- (28) Alain Finkielkraut. La défaite de la pensée. Gallimard, 1987
- (29) SC Ratzau. La revue médicale suisse ; 9 mai 2012
- (30) S. Zinklusen. La revue médicale suisse ; 2012:8 p. 1016
- (31) Jacques Cornuz. L'avenir est au partage de la décision avec les patients. Rev Med Suisse 2013;9:3-5
- (32) Jean Cluzel. Le Monde du 8 décembre 2012

### **BIBLIOGRAPHIE RÉDUITE SUR L'ÉDUCATION DE ET POUR LA SANTÉ 1945-2013**

“L'éducation sanitaire” ouvrage dirigé par Lucien Viborel, Arrault et Cie Tours, 1953

Afrique et santé publique, I-Education sanitaire - Baylet R. - Etudes médicales XII, 1972, n° 4 p 233-250

“Education pour la Santé, concepts, enjeux, planification” - Burry J.A. - Bruxelles, De Boeck, 1988

“Former en éducation pour la santé - Colloque Comité Français éducation sanitaire - ENSP - 1989

“Education pour la Santé” - Manuel OM - 1990

La Promotion de la Santé en Languedoc-Roussillon - Livre blanc - Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire - D.R.A.S.S. par Baylet R., Cecchi-Tenerini, Daurès, Courtois, Florin - XI 1992

“Education thérapeutique - concepts et enjeux” - A.D.S.P. n° 66 3.2009. Documentation Française - Revue Haut Conseil de la Santé Publique

“Soixante ans d'éducation pour la santé” - Roussille R. - Santé de l'homme n° 362 p 14-40 XII 2002

Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé (268 pages) dont éducation en santé p 190-213 - Fischer G.N., Tarquinio - Dunod 2006

“Agir pour la Promotion de la santé”. Une politique ouverte à l'innovation - Cherubin B., Romatet J.J., Jabot F. - Eres Action santé 2011

“Politique éducative de santé des territoires académiques” - Circulaire 2011-216 du 2/12/2011 - Bulletin officiel 46 - XII 2011 - Education Nationale

Contrat d'objectifs et de performance 2012-2014 - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

“Schéma régional de la prévention” - Agence régionale Languedoc-Roussillon

“Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé en Languedoc-Roussillon” : glossaires, ateliers, méthodes, activités, formations

“Information - éducation en santé publique” - 1. Désinformation en santé publique. Baylet R. 2001 - 2. De la communication à l'éducation. Baylet R., Sandrin-Berton B. 2006 - 3. Itinéraires en éducation en santé. Baylet R. 2013 - Bulletin Académie des Sciences et Lettres de Montpellier