

L'éducation pour la santé pratique sociale

dans l'Europe communautaire

Ce n'est pas en juriste que j'aborderai cette question de l'Europe communautaire et de la santé publique mais en praticienne de la santé publique et plus particulièrement de ces disciplines que sont la promotion et l'éducation pour la santé, champs d'action en construction eux aussi, et qui donnent lieu à autant de consensus sur les principes qu'à des controverses sur leur efficacité supposée.

L'Europe communautaire est un mythe

Pour ceux qui l'ont conçue en premier lieu, après la dernière guerre mondiale, elle représente la réponse aux souffrances et aux massacres, l'idée du « plus jamais ça » – mythe fondateur de la fraternité retrouvée et d'un avenir dont aussi bien le drapeau aux douze étoiles – symbole du nombre parfait – que l'hymne choisi – *l'Ode à la Joie* – démontrent s'il en était besoin l'espoir d'universalité et de liberté.

Pour les générations qui suivent et en particulier les jeunes, vivant au quotidien les échanges scolaires universitaires, l'information ouverte, l'Europe communautaire représente l'égalité des hommes au-delà des particularismes locaux. L'augmentation des déplacements de cette population qu'il s'agisse de loisirs, travail ou de mariage sont le signe de la force de ce mouvement et de ses effets en profondeur.

L'Europe des traités

Il est remarquable que le traité de Maastrich accorde une place non négligeable à la santé publique, et particulièrement à l'éducation pour la santé (titre x, article 129).

Il est non moins remarquable que l'ensemble des débats publics ait porté sur l'Europe économique et politique, et de manière très liée, sur la défense des acquis en matière d'action sociale et de santé et sur la peur de voir disparaître ces avantages, la peur de perdre.

Je voudrais souligner ici l'irrationalité partielle de la « peur de perdre », et son rapport avec le contexte économique et social qui l'accompagne. Des premiers actes fondant l'Europe – le traité de Rome – à Maastrich, le paysage a considérablement changé, les cartes ne sont plus les mêmes. La déstabilisation profonde engendrée par la précarité économique et les difficultés de l'emploi, le passage de la conduite sociale normalisée et garantie par le plus grand nombre comme bonne, à une obligation de construire soi-même ses propres référents et ses propres valeurs conduisent naturellement à un plus grand repli sur soi, ce qui est connu et rassurant.

C'est dans ce contexte rapidement et sommairement brossé que s'inscrit l'article 129 du chapitre x dans le traité de Maastrich.

Nul ne peut, à la lecture de cet article, contester le bien-fondé des intentions qu'il révèle :

- ▶ Assurer un niveau élevé de protection de la santé.
- ▶ Favoriser la prévention des maladies et notamment des grands fléaux, la recherche...
- ▶ Favoriser l'information et l'éducation en matière de santé,
- ▶ Amener une coordination entre États membres.
- ▶ Favoriser la coopération avec des pays liés et les organisations internationales.
- ▶ Encourager plus que légiférer.

Mais au fond, rien n'est dit sur les moyens à mettre en œuvre, les démarches à adopter, les dispositifs à construire. Un

cadre existe, il reste à chaque responsable politique, à chaque acteur de santé, à s'en saisir, à définir au regard de la politique de santé particulière à son pays, les articulations et les potentialisations que lui apporte ce traité.

Les résistances

Comme je l'ai évoqué plus haut, elles sont nombreuses et d'origines diverses, sans qu'une classification précise puisse indiquer l'ordre d'importance.

La santé, la notion même de santé est rattachée à des valeurs culturelles pour les populations. Ces valeurs culturelles déterminent en partie l'appréhension qu'elles ont des priorités et leur comportement face aux réponses « d'importation » souvent proposées par les professionnels. Concevoir le bon et le bien en lieu et place des groupes concernés crée un mouvement de rejet, de repli sur soi et sur les valeurs traditionnelles.

Nombre d'exemples nous montrent la force de ces valeurs, de la fabrication des fromages à la chasse à la tourterelle, en passant par les traditions culinaires, la vie quotidienne de chacun en est imprégnée et elles constituent un cadre significatif.

Il ne s'agit pas d'opposer la réponse scientifique globale et l'approche spécifique, mais d'en montrer la difficulté d'articulation pour mettre en œuvre les moyens les plus adaptés aux progrès souhaités. Car le risque, et nous le savons bien, aujourd'hui, c'est de faire de chaque individu un immigré de sa propre culture, un consommateur aveugle du système de soin, un analphabète de la science.

Ce risque s'ajoute à la difficulté pour chaque personne, d'identifier et de structurer son propre système de valeur tant sur le plan éthique, que sur celui des priorités de la vie quotidienne.

L'absence de norme générale, si elle développe la liberté individuelle, renforce aussi les inégalités quant aux capacités de chacun à choisir pour lui-même ce qui est le meilleur. Ceci s'appliquant à la vie en général, est aussi valable dans le domaine de la santé.

Les perspectives

Au-delà des termes du traité, l'enjeu de l'Europe communautaire en matière de santé repose essentiellement sur un pari philosophique, celui d'amener chacun à une prise en charge de lui-même, intégrant à sa culture les apports des découvertes scientifiques et l'adhésion à une juste réglementation.

Le rôle de l'éducation pour la santé est dans ce domaine essentiel pour plusieurs raisons :

► Agissant au plus près des intérêts et des besoins des personnes, les acteurs de l'éducation pour la santé sont les relais entre les grandes orientations abstraites et la réalité quotidienne de chacun.

► Interface entre les questions touchant au bien public et les représentations culturelles propres à chacun de son idéal de vie, elle permet une meilleure communication entre les décideurs et les usagers.

► Agissant comme agent de développement en matière de santé, elle favorise à la fois les dynamiques de promotion collective, et l'éducation au plus près des personnes.

Véritable pratique sociale, l'éducation pour la santé, dans une politique de promotion de la santé, facilite la transformation des « groupes cibles » en « groupes d'action ». Cette implication réelle des personnes est probablement le point central de notre débat et des enjeux à venir. Car l'implication impose non seulement la redéfinition des systèmes par lesquels sont décidées les priorités mais aussi les analyses qui les fondent. La prise en compte des aspirations, des demandes des personnes et des groupes se pose plus que jamais comme une nécessité, non dans une relation de tutelle mais dans une relation de partenariat actif.

La tête dans les étoiles, les pieds dans le terroir

Le risque de toute construction, pour générale qu'elle soit est toujours de produire un système d'échange et de décision qui s'éloigne peu à peu de ses buts.

La crainte d'une bureaucratie trop envahissante repose certainement moins sur le refus de l'administration que sur celui de l'anonymat des décideurs et leur éloignement, tant en terme de distance que de connaissance des réalités. Les nombreux échanges qui existent déjà à l'intérieur de la communauté démontrent l'intérêt de mettre en relation les pratiques et les orientations des uns et des autres. Pour difficile qu'elle soit, la compréhension des fondements théoriques et des représentations mises en œuvre dans les actions et les politiques de prévention permet souvent en donnant le recul nécessaire, de préciser et de modifier nos pratiques en les enrichissant.

Si le lieu d'exercice des actions d'éducation pour la santé est la communauté de vie, de travail ou de loisir, c'est pour développer aussi la dimension d'une nouvelle citoyenneté non seulement territoriale mais humaine, enracinée dans les valeurs communes à tous et particulière à chaque groupe.

La question est donc posée non des systèmes mais de l'articulation des systèmes.

Le pari est difficile à gagner de garder à l'échelle de la communauté des douze, la tête dans les étoiles et les pieds dans le terroir. Il nous demandera de la souplesse, des qualités d'adaptation et la capacité de créer des échanges rapides, efficaces, conviviaux. Vouloir « contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine » est un choix quant au devenir de l'homme. Si nous devons utiliser les moyens adéquats, tant au niveau de l'organisation que des ressources humaines et matérielles, nous devons garder en tête qu'ils ne sont que des instruments dont le sens est donné par le but à atteindre et par la manière de s'en servir. Aujourd'hui l'éducation pour la santé, pour la part qui lui revient, peut contribuer à gagner ce pari.

Bernadette Constant, directrice du comité départemental d'éducation pour la santé de Gironde