



Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique

L'éducation pour la santé a bénéficié du passage de l'action hygiéniste progressive à la constitution ponctuelle d'un système préventif qui s'est développé sur l'ensemble du pays. La mission donnée au Comité français d'éducation pour la santé de mettre en place les grandes campagnes nationales de prévention, l'aide financière attribuée aux comités régionaux et départementaux sont des exemples de développements institutionnels récents de l'éducation pour la santé.


Au regard de l'histoire médicale, deux grandes conceptions de la santé et de la maladie émergent. La première est centrée sur l'objectivation de la maladie dans le corps. La seconde appréhende la santé et la maladie comme un mode de relation de l'homme avec son milieu où interviennent les facteurs humains, les conditions écologiques, économiques et sociales. Cette dichotomie n'est pas sans rappeler la distinction traditionnellement faite entre les thèses « organicistes » qui privilégient le corps en tant que tel, et les thèses « environnementalistes » qui soulignent les interrelations entre l'individu et le milieu qu'il occupe. Ces deux approches se sont confusément mêlées au cours des siècles, pourtant leur coexistence n'implique pas qu'elles aient joui du même développement et de la même importance dans la société. En effet, à certaines périodes, des formes d'organisation vont favoriser l'émergence puis l'institutionnalisation de l'approche organiciste. L'évolution de l'éducation pour la santé illustre ce mouvement de « balancier » entre le dispositif curatif et pré-

ventif dans l'histoire des politiques sanitaires et, par conséquent, met en exergue une prise de conscience hésitante et tardive de l'importance de l'éducation pour la santé dans les politiques de santé publique.

Les précurseurs

Le XIX^e siècle est avant tout marqué par le développement de la clinique. Le corps que l'on interroge, et qui renferme le mystère de la maladie, occupe une place de plus en plus importante dans la médecine officielle ; même si par ailleurs, responsables sanitaires et médecins continuent de s'interroger sur les liens entre les maladies et les conditions sociales. À l'issue de ces réflexions, de nombreuses campagnes seront lancées pour l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène sur la base d'une causalité sociale à la santé et à la maladie.

Mais ces amorces de politiques sociales se heurtent à un problème culturel majeur en France puisque la doctrine dominante considère



que la diffusion des normes d'hygiène et l'assistance sont de la responsabilité du médecin et des personnes « éclairées ». Aussi « toute intervention publique massive est rejetée jusqu'en 1871 au nom du libéralisme et du maintien de l'ordre social ». Comme le montre Olivier Faure, l'évolution du contexte sociopolitique de l'époque va faire prendre conscience que la population est un « capital source de richesse, qu'il faut entretenir et renouveler », et que les initiatives privées, si nombreuses soient-elles, sont insuffisantes et surtout non coordonnées. Ainsi dans ce contexte, est né le « courant hygiéniste » : formé par groupe de spécialistes en hygiène et santé publique qui parvient à s'introduire dans les instances de décision et à investir le Comité consultatif d'hygiène publique. Ceux-ci inspirent alors les premières politiques d'hygiène et s'organisent comme groupe d'intérêt public.

Par ailleurs nombre de médecins, sympathisants du courant hygiéniste, se retrouvent à la tête de mairies après la loi de 1884, dont l'article 97 a étendu les pouvoirs municipaux, ce qui explique la multiplication des bureaux d'hygiène dans les grandes villes entre 1885 et 1895.

Les ambitions des hygiénistes

Mais l'hygiénisme officiel a également une visée d'encadrement de la vie sociale comme l'illustre la lutte contre la tuberculose vers 1880. En effet, il est officiellement admis que la tuberculose, nouveau fléau social, se propage par contamination d'individu à individu. De ce fait, la lutte contre la tuberculose se matérialise par le dépistage des porteurs de germe et leur isolement. C'est alors un véritable dispositif de lutte contre cette maladie qui est mis en place par l'établissement d'un vaste réseau d'établissements spécialisés, distincts des structures classiques de la médecine pratique, et chargés tout à la fois du dépistage, de la prévention et des soins. L'accent est mis sur la responsabilité individuelle. Mais il s'agit également de combattre les foyers de contagion que représentent certaines concentrations ouvrières comme les quartiers du centre de Paris. C'est la lutte contre les taudis et la rénovation urbaine. Face à cette remise en cause du mode de vie, à ce dispositif d'encadrement, certains milieux ouvriers donnent une vision différente de la tuberculose comme maladie professionnelle,

▶ O. Faure : Communication à la table ronde « Aspects anthropologiques, historiques et sociologiques de la santé et de la maladie en France et en Allemagne », juin 1987.

▶ Ains P. Brouardel, président du Comité consultatif d'hygiène publique, est l'inspirateur du premier projet de loi ministériel déposé par Lockroy en 1887.

maladie d'usure liée à la fatigue, aux horaires, à l'intensité du travail. Il apparaît alors un glissement entre la conception officielle du fléau social « maladie » et une certaine sensibilité ouvrière du travail comme fléau social. Aussi, reprenant les rêves les plus anciens de l'ordre médical, les hygiénistes exigent que la médecine « prenne sa place dans le cercle des autorités du pays ».

Mais face aux obstacles rencontrés par le courant hygiéniste pour s'instaurer comme gestionnaire de la santé à la fin du XIX^e siècle, les héritiers de ce mouvement au siècle suivant vont chercher à l'institutionnaliser différemment. Ainsi en 1924 se développe sous la direction de M. Brisac, l'Office national d'hygiène sociale et se crée la Commission générale de propagande dirigée par Lucien Viborel. Elle groupe alors les représentants des départements ministériels et des organismes publics et privés intéressés, réalise le premier réseau de Centres régionaux de propagande, suscite en particulier des campagnes de lutte contre les maladies infectieuses. Parallèlement, se constituèrent les premiers organismes privés chargés d'éduquer le public : la Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle (1904), le Comité national de lutte antituberculeuse



Premier bureau d'hygiène au Havre

Le premier bureau d'hygiène est né au Havre du constat suivant lequel « tout ce qui concerne la santé publique était livré à l'arbitraire ou plutôt à l'inconnu, de telle manière qu'on peut dire sans exagération que les maladies quelles qu'elles fussent parcouraient la ville du Havre sans rencontrer jamais le moindre obstacle »*. L'article premier de l'arrêté constitutif de cette nouvelle structure précisait : « ... la santé est la base sur laquelle repose avant tout le bonheur du peuple ; ... elle est la première richesse d'une ville comme celle d'un pays, puisqu'elle a pour conséquence d'augmenter la puissance de production et de diminuer les charges ». Ce bureau avait pour mission de surveiller et d'organiser les désinfections, la vente de lait, les vaccinations, la prophylaxie, les eaux potables, les égouts, la voirie, les logements insalubres, les inspections d'écoles, les naissances et les décès.

* Marais T. M. : Extrait de « *Experts et notables, les bureaux municipaux d'hygiène en France 1879-1914* », de L. Murard et P. Zylbermann in Dossier de Genèses n° 10, janvier 1993, p. 57.



(1916), la Ligue nationale contre le cancer (1918), la Ligue française contre les maladies vénériennes, la Société française de prophylaxie, la Ligue française d'hygiène mentale (1920), le Comité national de défense contre l'alcoolisme, etc.

L'émergence de l'éducation pour la santé

Ce n'est qu'en 1945 que s'esquisse le premier système préventif français. Cette nouvelle construction comporte progressivement la généralisation sur l'ensemble du pays des centres interdépartementaux d'éducation sanitaire, la fondation du Centre national d'éducation sanitaire, démographique et sociale et la commission d'éducation sanitaire du Conseil permanent d'hygiène sociale. Dès lors se succèdent des réorganisations administratives de l'éducation sanitaire, liées à la place que les gouvernements ont pu prendre au sein de la santé publique.

L'instabilité des structures a largement contribué à entraver le développement de l'éducation pour la santé. De plus, l'incapacité d'établir clairement une distinction entre les charges administratives incombant à l'État, et les dépenses d'éducation proprement dites devant être couvertes par des fonds privés, a généré une certaine complexité organisationnelle. L'évolution des structures est caractérisée par l'enchevêtrement des comités et commissions prévus à tous les échelons, et par un transfert du secteur privé au secteur public — transfert qui s'est accéléré dans les années soixante puisque l'essentiel des ressources affectées à l'action éducative provenait, en fait, des contributions des organismes de sécurité sociale et parfois, à l'échelon local, des subventions allouées aux associations interdépartementales par les départements.

Par ailleurs, cette instabilité structurelle était la résultante de rapports de forces entre différentes approches de la santé. Pierre Delore, directeur du Centre régional d'éducation sanitaire à Lyon exposait en 1942 les principes d'une conception nouvelle de l'éducation sanitaire : « Parler de la santé beaucoup plus que de la maladie ; montrer comment la santé se conserve, beaucoup plus que comment la maladie se guérit ; exposer les lois de la vie saine ; s'occuper d'abord de l'état normal ; parler du ter-

P. Delore : Éditorial de la revue *La Santé de l'Homme*, n° 1, avril 1942.

► Arrêté du 23 octobre 1945, JO du 7 novembre 1945, portant création des Centres régionaux d'éducation sanitaire et du Centre national d'éducation sanitaire.

« *Le tabac et les jeunes* » ► Numéro spécial de *La Santé de l'Homme*, septembre-octobre 1994, CFES.

J. Monnier, J.-P. Deschamps, J. Fabry, M. Manciaux, A. M. Raimbault. *Santé publique, santé de la communauté*, Éditions Sipem, 1980, 445 p.

rain humain plus que du microbe et substituer à la peur de celui-ci la confiance raisonnée dans la résistance d'un organisme bien équilibré ; bref, développer une mentalité de santé ». Cette transmission qui s'effectue d'ordinaire par la médiation d'institutions telles la famille, l'école, l'Église est organisée en une série de messages visant directement ces institutions : information écrite avec les brochures et les dépliants distribués dans les Centres départementaux et régionaux d'éducation sanitaire, mais aussi la publication de la revue *La Santé de l'homme* s'adressant particulièrement aux maîtres, à tous les degrés de l'enseignement, et à côté d'eux à la jeunesse.

L'éducation pour la santé au cœur des évolutions

Le milieu des années soixante-dix est une période importante pour l'éducation pour la santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) est chargé de mettre en place les premières grandes campagnes de prévention sur le tabac (sous l'impulsion de Madame Simone Veil, ministre de la Santé). La visibilité de la santé publique prend alors une dimension originale. La publicité, qui à l'époque n'était pas considérée comme un domaine très respectable et respecté, se mettait tout d'un coup au service de la santé. Cette arrivée inopinée, devait s'avérer par la suite comme essentielle pour une communication nationale en santé publique structurée et efficace.

Conjointement, le ministère décidait d'attribuer des aides financières pour la création de nouveaux comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CRES et CDES). Au même moment, de l'autre côté de l'Atlantique, au Québec, une évolution majeure se produisait : l'encouragement d'une politique de santé communautaire. Elle marquera définitivement un certain nombre de spécialistes (ou futurs spécialistes de la santé publique française). La traduction la plus évidente de cette imprégnation fut sans aucun doute la publication de l'ouvrage de référence français *Santé publique, santé de la Communauté* de Monnier et coll. Ce livre témoigne de l'évolution d'une santé publique très hygiéniste vers des concepts beaucoup plus ouverts et contemporains de la promotion de la santé.

Chacun se rappelle pour des raisons politi-

ques évidentes, ce que fut le début des années quatre-vingts (arrivée d'un gouvernement de gauche au pouvoir en France). La santé publique a été marquée quant à elle, dès 1980, par la publication du rapport Cabanel. Il a été à l'origine du concept d'Observatoire régional de la santé (ORS).

Par la suite, ce fut le développement d'une politique de promotion de la santé bénéficiant de moyens financiers substantiels (crédits d'État déconcentrés pour la prévention et la promotion de la santé) et s'appuyant sur de nouvelles structures : les comités consultatifs régionaux, départementaux et locaux de promotion de la santé.

C'est le deuxième élément majeur de cette période : la reconnaissance du concept de promotion de la santé. Cette période de grands développements de la santé publique a bénéficié de deux stimulants majeurs :

- les crédits ;
- l'animation d'une véritable dynamique

► « Quand la santé devient publique ». Dossier de « La Santé de l'Homme », n° 306, juillet-août 1993.

d'actions de terrain grâce à la mobilisation autour de comités consultatifs de promotion de la santé, à l'organisation de grandes rencontres nationales sur la promotion de la santé et à la publication de documents de référence.

Le troisième élément fondamental qui survint fut la décentralisation. Alors que la promotion de la santé entraînait de plus en plus les acteurs de santé publique aux croisements du sanitaire et du social, une répartition essentielle des compétences s'opérait entre l'État et les départements.

L'introduction du concept de promotion de la santé (qui « secouait » les fondements méthodologiques de la traditionnelle « éducation sanitaire ») et la modification des compétences du principal financeur des CRES et CDES (le conseil général) remettaient en cause des structures qui pour la plupart n'avaient pas encore opéré leur véritable mutation.

Laurence Tondeur et François Baudier

Six événements majeurs

La fin des années quatre-vingts et le début des années quatre-vingt-dix furent marqués par six éléments majeurs qui ont pesé sur l'évolution de l'éducation pour la santé en France. Ils sont fort différents de par leur nature et la place qu'ils ont tenue. Ils ont, chacun à leur niveau, joué un rôle essentiel pour installer une assise théorique et tracer des éléments définitifs dans l'évolution de l'éducation pour la santé contemporaine.

1. L'omniprésence du sida comme thème prioritaire de santé publique :

pour de multiples raisons (épidémiologiques, éthiques, thérapeutiques, préventives...), cette maladie a surgi en bouleversant beaucoup de certitudes, de conceptions, de stratégies en éducation pour la santé. Le sida est là et la prévention est au centre de ce débat et des actions qui en résultent.

2. La multiplication des intervenants en éducation pour la santé :

en l'espace de quelques années, de nombreuses institutions ont mis des moyens puissants pour encourager des programmes de promotion de la santé : les collectivités locales (les conseils généraux

bien sûr, mais aussi les villes — « Villes Santé »), les caisses d'assurances maladie, les mutuelles...

3. La diversification des activités d'éducation pour la santé en direction de nouveaux publics socialement en grande difficulté :

jeunes (missions locales) et un peu plus tard adultes (revenu minimum d'insertion). Les acteurs sociaux prennent alors en compte la santé dans le processus de réinsertion et les acteurs de santé intègrent dans leur démarche sanitaire l'insertion sociale.

4. La création en 1988 du Fonds national de prévention, d'éducation et

d'information sanitaire (FNPEIS) qui donne des moyens significatifs pour développer une politique d'envergure nationale en éducation pour la santé.

5. Le rôle des cinq « sages » qui ont exercé un véritable « lobbying » auprès des autorités politiques pour qu'un plan de santé publique efficace se mette en place, en particulier dans les domaines du tabac, de l'alcool et du médicament*.

6. L'adoption de la Charte d'Ottawa (1986) qui assure reconnaissance et légitimité à la promotion de la santé**.

* G. Dubois, C. Got, F. Grémy, A. Hirsch et M. Tubiana. *L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention*, santé publique, 1992, 4^e année, n° 4, pp. 3-30.

** « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ». Organisation mondiale de la santé, novembre 17-21, 1986.