



État des lieux

Qui fait de l'éducation pour la santé ? Dans quel cadre ? Avec quels moyens ? Selon quelle conception ? L'état des lieux présenté ici a été dressé en 1995 dans le cadre d'un rapport (cf. p. XIII) élaboré par un groupe de travail interinstitutions.

La notion de santé peut être définie idéalement comme un état de bien-être physique, mental et social, c'est-à-dire comme une bonne adaptation à l'environnement et pas seulement comme l'absence de maladie. L'éducation pour la santé va donc s'intéresser particulièrement aux facteurs de risques et aux conditions d'une meilleure santé (conditions de vie et comportements).

À cet égard, l'éducation pour la santé s'inscrit dans le champ de la santé publique comme un moyen essentiel de la prévention et de la promotion de la santé.

L'éducation pour la santé intervient auprès des individus et des groupes par des actions de communication générale (campagnes télévisées, affichage, radio, presse) ou de terrain (interventions « d'éducateurs pour la santé » dans les écoles, les quartiers, les entreprises...). Elle ne se réduit cependant pas à la délivrance d'une bonne information mais vise à infléchir les comportements individuels et collectifs, tout en garantissant le respect de la personne humaine.

Elle fait appel à des disciplines de base variées : épidémiologie, démographie, statistique, sociologie, psychologie, économie. Elle utilise aussi des méthodes complexes : enquêtes quantitatives et qualitatives (en préalable et pour

évaluer), méthodes pédagogiques, participatives, communautaires, technologies de communication, audiovisuelles notamment. L'éducation pour la santé apparaît ainsi comme une dimension des sciences de la communication et de l'éducation.

Les approches de l'éducation pour la santé sont de trois ordres :

- par thèmes (nutrition, sport, tabac, sida, maltraitance...);
- par populations (jeunes, populations défavorisées, personnes âgées...);
- par lieux de vie (école, entreprise, quartier).

L'éducation pour la santé concerne deux types d'acteurs : ceux qui sont confrontés à la nécessité de dispenser au quotidien des conseils de santé (médecins, pharmaciens, professions sociales, enseignants... voire acteur implicite que peut être tout un chacun), et ceux qui sont engagés dans des activités explicites d'éducation pour la santé (personnels de santé scolaire, médecins du travail, médecins de PMI, animateurs des organismes d'éducation pour la santé, etc.).

L'éducation pour la santé est appelée à jouer un rôle de plus en plus important dans les politiques publiques :

- en santé publique : la France, plus que les



pays voisins, se caractérise par l'importance de la mortalité prématurée liée à des comportements à risques (sur 120 000 morts avant 65 ans par an, 60 000 sont considérées comme évitables, 40 000 d'entre elles étant liées à des conduites à risques). L'éducation pour la santé devrait donc y tenir une part essentielle. Par ailleurs, l'éducation pour la santé a un rôle irremplaçable là où aucune ou peu d'interventions curatives existent (sida, cancer du poumon...). Elle a également un rôle en prévention secondaire et tertiaire dans le cadre du vieillissement de la population et de la prise en charge des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires), pour aider les patients à gérer eux-mêmes leur maladie et faciliter leur réadaptation. Les démarches d'éducation du patient sont ainsi de plus en plus invoquées dans les critères requis pour optimiser la compliance thérapeutique et la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques ;

- dans la politique de développement social : la santé est facteur d'insertion sociale, elle joue un rôle reconnu dans la politique de réduction des inégalités et des fractures sociales comme le montre l'analyse des difficultés des populations défavorisées et de la place qu'y tiennent les problèmes de santé. L'inégalité face à l'éducation pour la santé existe : la réduire est un moyen de lutter contre les inégalités sociales ;

- dans le domaine de l'éducation des jeunes : un des terrains privilégiés de l'éducation pour la santé est l'école et la famille. C'est dès l'enfance que des habitudes saines peuvent être prises. Elle fait partie intégrante de l'éducation du citoyen à cause de la dimension sociale de la responsabilisation de tous face à la santé.

L'éducation pour la santé est difficile à évaluer, tant les déterminants des comportements individuels et sociaux sont complexes et intriqués. Mais les domaines dans lesquels elle a le plus investi sont ceux où la santé publique a le plus progressé.

Sans parler de l'hygiène de vie (propreté, alimentation) qui a été son champ d'élection jusqu'en 1945 et qui a été la principale raison de l'accroissement de l'espérance de vie, l'exemple des accidents domestiques est particulièrement éloquent. Les efforts conjugués de l'éducation pour la santé et de la réglementation des produits ont permis de réduire par deux en dix ans la mortalité des enfants. Éloquent également le domaine de l'hygiène bucco-dentaire : réduction de moitié du taux de caries chez

► ceci a été souligné par le rapport sur la santé en France publié fin 1994 par le Haut Comité de la santé publique.

l'enfant entre 1987 et 1993. L'éducation pour la santé contribue, pour une part essentielle, à faire reculer l'alcoolisme et le tabagisme dans notre pays. Elle a changé en moins de dix ans du tout au tout l'attitude de la population par rapport aux préservatifs. Ceux-ci sont désormais utilisés, comme le montre une étude récente de l'Agence nationale de recherche sur le sida, par plus de 80 % des jeunes à l'occasion de leur premier rapport sexuel.

L'éducation pour la santé possède un remarquable rapport coût/efficacité : par ses effets en amont sur les conduites à risques, l'argent investi en éducation pour la santé est dix à cent fois plus productif de santé que la même somme affectée au dépistage ou au soin. Une enquête américaine a montré qu'un dollar investi dans la prévention des accidents peut économiser 25 dollars en dépenses de soins. L'intérêt de l'éducation du patient en termes d'économies de dépenses de soins est également attesté par des études coût/bénéfice réalisées pour différentes pathologies (diabète, asthme).


Aussi, au regard de l'importance du rôle potentiel et réel de l'éducation pour la santé, est-il paradoxal d'observer la faible place qui lui est reconnue dans les politiques publiques en France.

Des responsabilités dispersées

En France, l'éducation pour la santé n'est pas le monopole de l'État, ni au sein de l'État, celui du ministère chargé de la Santé.

L'État

C'est la direction générale de la Santé (DGS) et plus spécifiquement la sous-direction *santé des populations*, disposant d'un bureau *promotion et prospective en santé*, qui est chargée de la mise en œuvre de la politique de l'État en matière d'éducation pour la santé. Ce bureau assure la « tutelle » du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et les relations avec les autres bureaux de la DGS (santé mentale, toxicomanie, dépendance, sida, populations spécifiques, alimentation, environnement...), avec la



direction de l'action sociale, la direction des hôpitaux, la division des relations internationales..., ainsi qu'avec des institutions nationales (par exemple le ministère de l'Éducation nationale) ou internationales (Union européenne, OMS...). Il gère une ligne budgétaire réservée au soutien de structures (surtout les comités d'éducation pour la santé) ou à des programmes d'éducation et de promotion de la santé.

Au-delà de cette direction, d'autres administrations « sociales » ont vocation à intervenir dans ce domaine : il s'agit en général de délégations aux missions spécifiques (MILDT, Dirmi, Dij, Div).

Des organismes ou des dispositifs sous tutelle des ministères sanitaires et sociaux interviennent en outre plus ou moins directement dans le champ de l'éducation pour la santé : l'Agence du médicament, le Haut comité de la santé publique.

L'ensemble de ces activités est réalisé en lien étroit avec les services déconcentrés de l'État : directions régionales ou départementales des Affaires sanitaires et sociales (Drass ou Ddass). Chacune de ces structures dispose d'une personne chargée du dossier « promotion de la santé ».

D'autres ministères et d'autres services déconcentrés de l'État sont impliqués dans des programmes d'éducation pour la santé : le ministère chargé de l'Éducation nationale, ceux de la Jeunesse et des Sports, de l'Économie (campagnes de prévention des accidents de la vie courante), des Transports, de l'Environnement, du Travail, de l'Agriculture (nutrition) ou de la Défense nationale...

Les collectivités territoriales

Les départements ont un rôle très important en matière d'éducation pour la santé depuis que les lois de décentralisation leur ont donné de nouvelles compétences en matière sanitaire et sociale. C'est le cas dans des domaines sensibles comme la protection maternelle et infantile, les vaccinations, la prévention de la tuberculose, des maladies transmissibles et du cancer. Par ailleurs, le département est concerné directement par les politiques en direction des publics les plus en difficulté et des personnes âgées.

Ces nouvelles orientations ont entraîné depuis dix ans des restructurations et une réorganisation sensible des services départementaux

► **MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Dirmi : Direction interministérielle au RMI
Dij : Direction interministérielle aux jeunes
Div : Direction interministérielle à la ville

concernés. Certains conseils généraux ont donné des missions élargies en promotion et en éducation pour la santé à un personnel médical (médecins et infirmières) qui était surtout attaché aux actions menées en direction de la mère et de l'enfant. La santé des personnes précarisées (jeunes ou adultes) a souvent constitué une nouvelle priorité pour ces professionnels. Un travail étroit avec les intervenants sociaux du département s'est ainsi opéré.

Si les lois de décentralisation ont peu affecté les compétences municipales en matière de santé, les responsabilités communales sont demeurées importantes dans ce domaine. Dans une collectivité locale, les décideurs sont en prise directe avec la réalité quotidienne de la population. Ces liens privilégiés et les attributions très diversifiées des municipalités pour la santé et le cadre de vie des habitants, permettent une approche globale des questions de santé. En effet, la municipalité intervient à la fois sur les facteurs d'environnement comme le bruit, la circulation, l'habitat mais aussi sur des problèmes plus aigus comme la violence, la drogue... ou plus quotidiens comme l'équilibre alimentaire des enfants à la cantine. Cet ensemble d'actions trouve sa cohérence dans un dispositif décisionnel proche de la population et fortement influencé par le tissu associatif et par la population. Le maire est, en outre, une autorité sanitaire locale pour l'hygiène publique : hygiène du milieu, eau, assainissement...



Une réglementation **disparate**

Le code de la santé publique est presque « muet » sur l'éducation pour la santé, soulignant ainsi par « défaut » les lacunes du système de santé français davantage tourné vers le soin que vers la prévention. Aucun article de loi n'affirme l'importance de ce secteur ou n'identifie la responsabilité de son pilotage : tout au plus l'éducation pour la santé est-elle citée dans la loi hospitalière (article L. 711-1 du code de la santé publique) et référencée dans le code de la sécurité sociale pour le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (article L. 221-1).

Le « modèle » français de l'éducation pour la santé se caractérise en fait par un « libéralisme » extrême de la gestion de ce domaine qui se traduit par une grande « décentralisation » de ses responsables et le foisonnement de ses intervenants. Si cette caractéristique est indéniablement facteur de richesse, l'absence de cohérence entre les différents intervenants nuit à l'efficacité de l'ensemble des actions, en dispersant les moyens et en réduisant la capitalisation des expériences.



Au-delà de l'éducation pour la santé, la ville est aujourd'hui en France, au cœur d'un dispositif très opérationnel de promotion de la santé. Beaucoup de municipalités s'inscrivent implicitement ou explicitement (Réseau Ville-Santé) dans l'esprit de la charte d'Ottawa. L'existence depuis quelques années d'une politique de la ville renforce ce rôle.

► cette charte définit des orientations stratégiques globales pour promouvoir la santé, qui portent notamment sur l'information et l'éducation pour la santé.

Les caisses de sécurité sociale

Les caisses du régime général d'assurance maladie fonctionnent dans le secteur de l'éducation pour la santé grâce à deux grands types de ressources financières :

- le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Ce fonds est géré au niveau national par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Ses grandes orientations relèvent du conseil d'administration de cette institution mais font l'objet de négociations avec la tutelle, c'est-à-dire le ministère chargé de la santé et de l'assurance maladie. Le poids financier de ce fonds est important pour le champ de la prévention puisqu'il dépasse un milliard de francs chaque année. Plus de la moitié de cette somme finance les centres d'examen de santé de la sécurité sociale, le reste étant utilisé pour des programmes de dépistages (cancer, maladies génétiques, hygiène bucco-dentaire...), des grandes actions nationales de communication (alcool, tabac, vaccination...) ou des actions de proximité réalisées par les caisses d'assurance maladie régionales ou locales.

- les fonds d'action sanitaire et sociale. Ils sont gérés par chaque caisse. Le soutien à des actions d'éducation pour la santé relève de la décision de chaque conseil d'administration. Deux points sont à préciser concernant la politique des caisses dans ce domaine : la très grande majorité des caisses d'assurance maladie dispose maintenant d'un service d'éducation pour la santé propre à leur structure ; les caisses régionales d'assurance maladie ont des compétences spécifiques en matière de prévention des accidents du travail et d'intervention auprès des publics du troisième âge. Concernant ce dernier point, des liens existent avec la caisse nationale d'assurance vieillesse.

Parmi les autres régimes obligatoires, la mutualité sociale agricole est à l'initiative depuis de nombreuses années de programmes

d'éducation pour la santé touchant non seulement les personnes relevant de son régime (principalement les agriculteurs) mais aussi toutes les personnes qui vivent en milieu rural.

Il faut signaler que les caisses d'allocations familiales participent également à des actions de promotion de la santé en direction des familles et des publics les plus en difficulté.

Les sociétés mutualistes

Le secteur mutualiste regroupe environ 25 millions de Français. Depuis la fin des années soixante-dix, la Mutualité française a décidé de développer d'importants programmes de prévention et de promotion de la santé. Cette politique a été mise en place grâce à la constitution d'un fonds de prévention à partir de prélèvements sur les cotisations de tous les adhérents et à la création dans chaque union départementale d'une équipe de prévention travaillant en lien étroit avec l'équipe nationale et les acteurs locaux de la prévention.

Les grandes associations nationales

Sur des thèmes précis relatifs en général à des pathologies spécifiques, elles poursuivent des objectifs variés, parfois simultanément :

- la défense des malades,
- l'aide sociale et psychologique,
- l'aide à la recherche,
- la prévention et l'éducation,
- la communication.

Elles font en général appel aux fonds privés et bénéficient très souvent de financements publics.

Les principales associations thématiques interviennent sur les thèmes suivants : alcoolisme, tabagisme, cancer, sida, maladies cardiovasculaires, toxicomanie, maladies respiratoires et tuberculose, maladies génétiques, épilepsie, diabète... Certaines d'entre elles sont anciennes et ont une histoire très riche dans le champ de la prévention (tuberculose, alcool). Elles sont souvent organisées en fédération et peuvent disposer de structures décentralisées.

Des associations nationales (Secours populaire français, Secours catholique, Croix-rouge française, banques alimentaires...) ou des associations de proximité portent plus particulièrement leurs efforts en direction des publics les plus démunis.

Les comités d'éducation pour la santé

Ils forment le seul réseau ayant, en France, une activité généraliste et exclusive en éducation et en promotion de la santé.

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, administrée par les institutions concernées par l'éducation pour la santé au niveau national (caisses de sécurité sociale, secteur mutualiste, ministères), par des représentants du réseau des comités départementaux et régionaux, par de grandes associations nationales et des personnalités qualifiées. Son budget de fonctionnement est principalement alimenté par la direction générale de la Santé et les caisses de sécurité sociale. Le CFES est l'opérateur des grandes campagnes de communication nationales financées par le ministère de la Santé et la Cnamts.

On peut souligner plusieurs caractéristiques du rôle et des modalités de financement du CFES :

- en dépit d'une évolution récente, le CFES intervient davantage comme un prestataire de service (communication nationale, fourniture de documents) que comme un expert et un référent sur les problèmes d'éducation pour la santé et les stratégies à adopter dans ce domaine ;
- son budget de fonctionnement reste très modeste. Ses effectifs (53 personnes dont 23 cadres) sont insuffisants pour donner à l'éducation pour la santé l'infrastructure en méthodologie, en formation et en recherche qui fait encore défaut dans notre pays ;
- son organisation ne lui permet pas d'intégrer véritablement la communication dans une stratégie de santé publique sur chaque thème traité (nutrition, dépendances, cancers etc.).

Les comités départementaux et régionaux d'éducation pour la

santé — au nombre de 96 — sont également des associations « loi 1901 ». Ils sont membres du CFES et agréés par lui après avis des Ddass et des Drass. Leur conseil d'administration revêt une composition semblable à celle du CFES avec cependant une représentation des collectivités territoriales concernées : régions, départements, communes.

Ces comités sont financés essentiellement par les conseils généraux, les caisses d'assurance maladie et l'État.

Depuis le budget 1994, l'État contribue au financement du fonctionnement des comités (80 000 F par an) afin qu'ils disposent d'une réelle capacité d'animation. Les comités retenus à ce titre sont, pour 1996, au nombre de 92 : 16 comités régionaux et 76 départementaux. La vocation de ces comités a été définie par la circulaire ministérielle du 21 janvier 1995. Ce financement est apporté dans le cadre des crédits déconcentrés pour l'éducation et la promotion de la santé. Dans le même cadre, l'État assure aussi le financement du fonctionnement de 5 délégations interrégionales pour l'éducation et la promotion de la santé (Direps) qui couvrent l'ensemble du territoire métropolitain et ont été constituées en 1991 et 1992 pour répondre aux besoins de structuration du réseau et à la nécessité d'un développement d'ensemble des compétences de celui-ci en termes de méthodologie, de documentation et de formation.

Le réseau des comités d'éducation pour la santé évolue depuis une dizaine d'années vers une professionnalisation accentuée par l'instauration des Direps. L'effectif global est en réelle progression : 117 équivalent temps plein en 1990, 524 équivalent temps plein en 1995 (enquête CFES portant sur 75 comités).

Des outils artisanaux

En France, contrairement à d'autres pays étrangers, l'éducation pour santé n'est reconnue ni sur le plan législatif ni sur le plan réglementaire. Elle ne l'est pas davantage sur le plan de la compétence professionnelle. La dispersion des acteurs dans le domaine de l'éducation pour la santé n'est pas équilibrée par une culture, des formations, une recherche suffisante, une capitalisation des expériences permettant de généraliser un savoir-faire de qualité.

Un domaine sans formations diplômantes

Jusqu'à présent, l'éducation pour la santé n'est pas reconnue sur le plan universitaire et n'est intégrée que de façon marginale à quelques programmes d'enseignement en santé publique et à quelques formations paramédicales sous forme de modules ou d'options. Il n'existe pas de formation initiale spécifique en éducation à la santé.

Par contre, quelques formations continues ont vu le jour :


- des diplômes universitaires à Bordeaux et à Nancy,
- des formations spécifiques en éducation et promotion de la santé mises en place par le réseau du CFES en collaboration avec des facultés de médecine et des universités.

Les « éducateurs à la santé » n'ont pas de statut particulier. Les médecins généralistes qui à près de 80 % (d'après le *Baromètre santé* du CFES) dispensent des conseils en matière de dépendance (tabagisme, alcoolisme, drogues) ne reçoivent pas de formation dans ce domaine.

En la matière, le retard de la France est patent : la Grande-Bretagne, la Belgique, le Canada, les États-Unis disposent de chaires d'éducation à la santé et ce domaine y est constitué en discipline.

Un domaine sous-développé en matière de recherche

En France, le secteur de la recherche en matière d'éducation pour la santé est peu développé et peu organisé. D'un côté, les recherches



engagées par les acteurs se caractérisent par leur pragmatisme. De l'autre, celles développées par les chercheurs en sciences sociales ou en sciences de la communication n'envisagent que très rarement des retombées opérationnelles. Elles tournent autour de modèles théoriques de comportement et de communication alors que l'éducation pour la santé est un domaine où se conjuguent réflexion et action.

Ce manque de coordination entre le monde de la recherche et celui de l'action est également dommageable pour le développement systématique de l'évaluation scientifique des stratégies de prévention. L'insuffisance d'investissement, de compétences, et de coordination dans ce domaine de la recherche a récemment été souligné par l'intercommission de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) chargée des recherches en prévention.

L'obstacle principal vient de la difficulté qu'il y a à établir une corrélation simple entre les modifications de comportement (réduction des risques notamment) et les actions d'éducation pour la santé qui précisément visent ces changements.

L'impact, la compréhension, la mémorisation, l'appréciation des messages sont systématiquement mesurés, qu'il s'agisse des campagnes ou des actions de terrain, mais leurs conséquences à plus long terme sur les conduites individuelles et collectives est difficile à isoler du contexte général et il est quasiment impossible de constituer des groupes témoins.

Il reste que le retour sur investissement des actions d'éducation pour la santé est très important comme le montre le retournement de tendance de la consommation de tabac en 1992, la baisse plus rapide en France qu'à l'étranger de la consommation d'alcool et les résultats dans les domaines évoqués en introduction pour la lutte contre la transmission du VIH par l'usage du préservatif et pour la réduction de la mortalité par accident domestique.

L'absence de capitalisation

En France, il n'existe pas de centre de ressources, pas de système de recueil et d'analyse qui identifie les expériences de promotion de la santé et les structures y participant.

Il n'y a pas non plus de centre référent qui puisse conseiller et exporter des méthodes et des documents, suffisamment évalués.



10 francs pour la prévention 11 000 F pour les soins

Les dépenses relatives aux actions d'information et d'éducation pour la santé ne font pas l'objet pour le moment d'une comptabilité officielle spécifique. Dans les comptes nationaux de la santé ces dépenses sont intégrées dans les différentes rubriques du chapitre « prévention collective » (voir rapport de juin 1995 du service des statistiques, des études et des systèmes d'information des ministères sanitaires et sociaux). Le chiffrage précis est difficile, ces activités n'étant pas précisément définies au sein des lignes budgétaires qui les soutiennent.

Des sources de financement diverses

Les principaux financements nationaux consacrés à ce secteur sont indiqués dans la figure ci-contre. On note une implication financière significative de divers organismes : autres ministères, autres caisses nationales de sécurité sociale, et d'organismes privés : ligue nationale contre le cancer, fondation de France, fédération française de cardiologie, croix-rouge française, organismes d'assurance (caisse nationale de prévoyance, Union des assurances de Paris). L'importance des financements locaux est éclairée par l'analyse des programmes d'action déconcentrée de l'État dans ce domaine et par celle des budgets des comités d'éducation pour la santé :

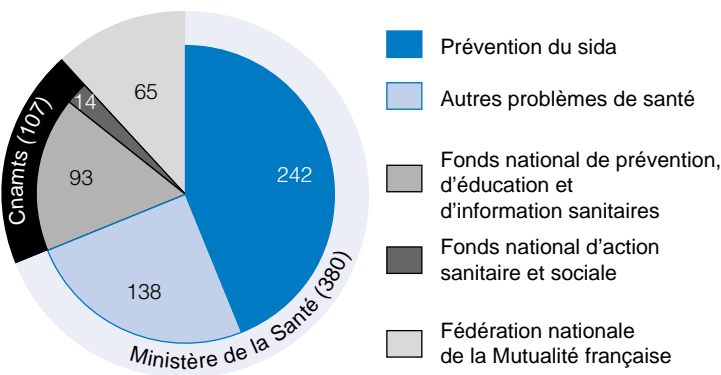
- le budget déconcentré par l'État pour l'éducation et la promotion de la santé en général (soit 20 MF en 1995) représente environ le quart du budget total des activités qu'il cofinance (le reste étant fourni par les collectivités territoriales, les caisses locales de sécurité sociale, ...)
- le budget moyen des comités d'éducation pour la santé est de 835 000 F (enquête CFES 1994). Les services de médecine préventive mènent également des activités de prévention primaire pour des groupes d'individus ; à titre d'exemple, selon un rapport de la direction des lycées et collèges pour 1992/1993 les services de promotion de la santé en faveur des élèves consacrent 15 % de leur temps à des activités collectives dont 51 % d'éducation pour la santé. En conséquence, le budget total affecté à ce secteur peut être estimé comme étant de l'ordre de : 600 à 700 MF par an.

Un déséquilibre entre les enjeux et les moyens affectés

En conclusion en France, chaque année, on consacre environ par habitant : 10 F pour l'information et l'éducation pour la santé, 250 F pour la médecine préventive et 11 000 F pour les soins. Dix francs par habitant, c'est 200 fois moins que les seules dépenses de médicament et 10 fois moins que les seules dépenses de cure thermale.



Principaux financements nationaux en éducation pour la santé (millions de francs)



Les deux logiques du système de santé

Poursuite d'objectifs et gestion des ressources

Part de la mortalité évitable dans la mortalité avant 65 ans en 1991

Mortalité évitable par le système de soins

20 000

Mortalité évitable par une prévention des risques individuels

40 000

Comportements à risque

Décès évitables

Millions de F

Structure de la dépense courante de santé en 1993

26 472
Dépenses en faveur du système de soins (recherche, formation)

682 482
Dépenses pour les maladies (soins hospitaliers et ambulatoires, biens médicaux, transports sanitaires, aides aux malades et subventions)

16 138
Dépenses de prévention

Dépenses d'éducation pour la santé (600 MF)

La part des efforts consacrés à la prévention des risques individuels est nettement inférieure à la part des gains en mortalité prématurée qu'elle pourrait permettre.

Le CFES diffuse systématiquement toutes les semaines une documentation de base et du matériel à tous les comités d'éducation pour la santé. Il élabore et diffuse à l'intention de tous les intervenants en éducation pour la santé (notamment les caisses d'assurance maladie et les établissements scolaires) entre 20 et 40 millions de documents de prévention par an, édite un bimestriel *La Santé de l'homme* et réalise des guides méthodologiques. Sur le terrain, les comités régionaux et même les comités départementaux mettent à la disposition des acteurs de terrain de la documentation et des répertoires permettant de connaître les ressources en éducation pour la santé.

Le CFES et son réseau constituent ainsi — conformément à leur mission — un début de noyau dur référent et de lieu ressources en méthodologie d'éducation pour la santé. Mais, financés essentiellement sur programme, ils ne disposent que de moyens limités pour développer cette fonction essentielle au développement et à la professionnalisation de l'éducation pour la santé en France.

L'absence de reconnaissance universitaire et donc professionnelle, le sous-développement en recherche, l'anarchie méthodologique du secteur, ajoutés aux difficultés structurelles de l'évaluation, alimentent le déficit en visibilité, en légitimité, lesquels par un retour en boucle expliquent en partie la faiblesse des moyens alloués et donc la place paradoxalement faible d'un secteur pourtant stratégique.

Le rapport *L'information et l'éducation sanitaires dans le système de santé français : état des lieux et propositions* a été élaboré par un groupe de travail présidé par Annick Morel, chef de service à la direction générale de la Santé. Ce groupe était composé de représentants de la direction de la Sécurité sociale, de directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, de caisses d'assurance maladie (Cnamts) et du Comité français d'éducation pour la santé. Le rapport a été rédigé à la demande du Comité de déconcentration et de réorganisation du ministère du Travail et des Affaires sociales.