

L'importance pour la santé publique de l'éducation et de l'information sanitaires

D'une certaine manière l'éducation pour la santé se confond avec la santé publique : elle est présente dans la sphère de l'épidémiologie dont les concepts majeurs (le risque, les groupes exposés, les déterminants) sont ses instruments de travail quotidien, elle est au centre du secteur de la prévention et de la promotion de la santé dont elle assure plus précisément le volet informatif et subjectif, elle est également présente sur le territoire du soin et de la réadaptation, sous la forme — trop méconnue dans notre pays — de l'éducation du patient.

Les objectifs donnés par le « rapport sur la santé en France » la placent à un carrefour central en raison des priorités que constituent la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades et handicapées, et la réduction des inégalités face à la santé.

On le sait, les deux tiers des 60 000 morts prématurées évitables chaque année se rattachent à des comportements à risque, les trois principaux s'appelant tabagisme, alcoolisme, vitesse au volant. Les protections « passives » (sécurité des produits, interdictions, réglementations diverses, ou actions sur l'environnement) sont fort efficaces. Encore doivent-elles être expliquées et complétées par une intervention sur la prise de risque. Ceci renvoie nécessairement à une interrogation

sur la responsabilité personnelle et donc à une dimension proprement éducative.

Pour ce qui a trait au domaine du soin, qui ne cesse de s'étendre du fait de la « pandémie » des maladies chroniques liées au vieillissement, il est de plus en plus clair (et réclamé par l'opinion publique) que le suivi des patients ou des personnes handicapées nécessite de véritables stratégies d'éducation du patient faisant appel aux outils méthodologiques de l'éducation pour la santé, ne serait-ce que pour lever les difficultés d'observance thérapeutique (elles concernent 50 % des prescriptions). Relève également de la responsabilité de l'éducation pour la santé (actions médiatiques, documents d'information, actions sur site) l'incitation à la vaccination dans un contexte où les prescriptions de santé cessent d'être obligatoires pour devenir recommandées.

Quant à la lutte contre les inégalités, elle est au centre même de la problématique de l'éducation pour la santé : le rapport au risque et notamment les suicides, les consommations de tabac, d'alcool et de psychotropes sont très nettement différenciées suivant les catégories sociales et l'éducation pour la santé — notamment pour ce qui concerne les actions de terrain, mais même au niveau des campagnes médiatiques — intervient prioritairement au niveau des groupes défavorisés.

Indépendamment de la place de l'édu-

cation pour la santé dans la politique de santé actuelle, il faut souligner que certains types d'interventions sanitaires, ceux qui ont trait aux aspects essentiels et quotidiens de notre mode de vie, à savoir la nutrition, l'hygiène bucco-dentaire en particulier, le sommeil, les violences de tous ordres, sont des thèmes spécifiques de l'éducation pour la santé et ne peuvent être guère traités par d'autres techniques quelles qu'elles soient. Mais, il est clair que le domaine par excellence de l'éducation pour la santé est celui des maladies non curables.

Pour tenir la place qui lui est assignée au sein de la santé publique, l'éducation pour la santé doit remplir un certain nombre de conditions et éviter certains écueils. Ces contraintes vont dans le sens de « l'intérêt général » de la santé publique. En effet, les campagnes ou les actions de proximité sont facilitées par un environnement favorable à la santé : environnement physique et socio-économique. Un des effets multiplicateurs de l'éducation pour la santé sur la santé publique est d'inciter les autorités sanitaires à promouvoir des univers consommateurs ou publicitaires cohérents avec les exigences de la santé publique. Autre aspect de l'éducation pour la santé : parce qu'elle agit sur les normes sociales, les représentations et les conduites, voire les « habitudes de vie », elle exige de se poursuivre dans la durée. Ainsi une intervention ponctuelle d'information sanitaire dans une école ne peut-elle être considérée comme une action d'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé s'appuie sur des hypothèses, des concepts, des méthodes, des critères d'évaluation qui en font une véritable discipline. Elle exerce, de la sorte, une pression — la pression de « l'action » — sur le système d'information sanitaire et sociale pour connaître les besoins et les groupes cibles. Elle pousse à des recherches sur les facteurs sociaux, familiaux, psychologiques qui augmentent la vulnérabilité des individus, elle induit une réflexion sur la pédagogie, sur le rôle de l'exemplarité et de l'apprentissage par les pairs : ce n'est pas le moindre service qu'elle rende à la santé publique.

« L'éducation pour la santé, ça marche »

Pour mériter sa place dans la santé publique l'éducation pour la santé doit bien évidemment faire la preuve de son efficacité. Celle-ci est difficile à établir ponctuellement car, non seulement, les déterminants de la santé sont intriqués et interactifs et il est difficile d'isoler la variable « éducation pour la santé » de son contexte, mais les comportements humains sont complexes et plastiques et ne se laissent pas enfermer dans des « essais contrôlés randomisés ». En revanche, il est courant de dégager des indicateurs intermédiaires qui permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs (effectiveness) et l'utilité de l'action (efficacy). D'un point de vue macro-économique, il est possible d'avancer que « l'éducation pour la santé, ça marche ». En effet, il est frappant de constater que c'est dans les domaines dans lesquels elle a le plus investi que 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 10 ans la mortalité des enfants. Éloquent également le domaine de l'hygiène bucco-dentaire : réduction de moitié du taux de caries chez 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. Ces interventions peuvent être considérées comme très rentables : les Américains avancent que le retour sur investissement de la prévention des accidents est de 1 pour 25.

Pour mériter sa place au sein de la santé publique — et sans doute également pour être réellement efficace — l'éducation pour la santé doit aussi éviter la normalisation et la médicalisation, en adoptant des méthodes de travail rigoureuses, participatives voire communautaires, et en se référant à des valeurs de responsabilité, de liberté, d'épanouissement ou de plaisir, car le but de l'éducation pour la santé n'est pas de nier ou de tuer le risque inhérent à la vie humaine (et sans doute à toute vie intéressante) mais de le maîtriser, et de le gérer.

En matière d'éducation pour la santé, nous sommes, en France, en plein paradoxe.

Dans la théorie, nous venons de le voir, l'éducation pour la santé occupe — mais à certaines conditions — une place importante et croissante au sein de la santé publique. Dans la réalité, on le sait, l'éducation pour la santé ne bénéficie pas d'une réelle reconnaissance politique et administrative. Elle ne dispose pas du minimum d'infrastructure de base (formations, recherche) qui permettrait une accumulation d'expériences et un semblant de structuration. Ses moyens sont faibles : 10 francs au maximum par personne et par an (à comparer aux 12 000 francs du secteur curatif).

Il est permis néanmoins d'être optimiste : l'éducation pour la santé est en expansion, elle affine et approfondit ses méthodes et se dote d'instruments de référence. Elle s'inscrit dans un paysage (qu'elle a contribué à façonner) et qui est celui de l'éducation pour la santé implicite, souterraine, quotidienne, celle qui remplit nos écrans et nos magazines et qui peut être certes « la pire des choses » (le culte de la santé — beauté — performance « qui a remplacé le salut », selon le mot de Canguilhem) mais aussi « la meilleure des choses », si elle fonde une culture de santé partagée, dépassant l'utopie de la jeunesse éternelle, pour rejoindre les grandes valeurs humanistes qui fondent notre société. ■

Bernadette Roussille

Délégué général du CFES