

16

septembre 1996

Actualité et dossier *en* **santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier

L'éducation pour la santé

Du discours à la
pratique

16

septembre
1996

Actualité et dossier en santé publique

HC
SP

Haut Comité de la
Santé Publique

Ministère du Travail et
des Affaires sociales

Haut Comité de la santé publique

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
télécopie 01 40 56 79 49

Président

Hervé Gaymard,
secrétaire d'État à la Santé et
à la Sécurité sociale

Vice-Président

Pierre Ducimetière

Rapporteur général

Guy Nicolas

Secrétaire général

Jean-François Girard,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

Actualité et dossier en santé publique

Directeur de la publication

Jean-François Girard

Rédacteur en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Ségolène Chappellon, Denis Couet, Lucie
Degail, Pierre Ducimetière, Jean-François
Dodet, Ruth Ferry, Geneviève Guérin,
Jean-Claude Henrard, Claudine Le Grand,
Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Téléphone de la rédaction 01 40 56 79 56

Recherche documentaire Centre français
de documentation en santé publique

Réalisation Philippe Ferrero

Secrétariat Myrielle Toi

Ont participé à ce numéro

Antoine Guéniffey

François Baudier, Benoit Bastard,
Fernando Bertolotto, Anne-Marie
Bouchard, Claude Bouchet, Omar Brixì,
Cyrille Cahen, Antoine Caprioli, Laura
Cardia-Vonèche, Marie Choquet, Alain
Colvez, Dominique de Galard, André
Ernst, Claude Got, Pierre Guillet, Albert
Hirsch, Nathalie Iahns, Jean-François
Lacronique, Bernadette Roussille,
Laurence Tondeur

Dépôt légal septembre 1996 – ISSN 1243-275X
Le dossier « L'éducation pour la santé : du discours à la
pratique » se trouve encarté entre les pages 16 et 17. Il est
numéroté de I à XL. La reproduction totale ou partielle des
éléments publiés dans ce numéro est autorisée sous
réserve de la mention :

Haut Comité de la santé publique,
Actualité et dossier en santé publique n° 16

Sommaire

- **1 Éditorial**, *Albert Hirsch*
- **2 Actualité**
Les traitements de substitution, *Dominique de Galard*
- **5 Organisme**
Épidaure, espace de prévention
- **6 International**
Les Américains inquiets de leur santé publique,
Jean-François Lacronique
- **11 Formation**
Formations universitaires en éducation pour la santé
et éducation du patient
- **12 Statistiques**
Les inégalités sociales devant l'incapacité,
Alain Colvez
- **17 Europe**
Europe et santé (suite), *André Ernst*
- **18 Action locale**
Bien vieillir dans le XIII^e arrondissement de Paris,
Pierre Guillet
- **20 Recherche**
Centre international de recherche sur le cancer
- **21 Alcoologie**
Alcool et accidents mortels de la circulation en
France, résultats de l'étude 1990/1991, *Claude Got*
- **25 L'actualité du Haut Comité**
Le rapport du Haut Comité à la Conférence nationale
de santé
- **26 Documentation**
- **30 Législation & réglementation**
- **33 Calendrier**

dossier

L'éducation pour la santé

Du discours à la pratique

Dossier coordonné par **Antoine Guéniffey**



L'utilité sociale de l'éducation à la santé est source de bien des interrogations dans notre pays. Il est de bon ton de déclarer que les messages n'atteignent pas les populations les plus concernées. L'évaluation des effets d'une campagne d'éducation sanitaire est difficile, ses résultats ne peuvent en effet s'observer qu'à terme, et il est impossible de dissocier l'action de la communication spécifique de celle des autres mesures sanitaires mises en jeu. La dispersion des instances responsables de l'éducation à la santé (ministère de la Santé, ministère de l'Éducation nationale, autres départements ministériels comme le travail, le transport ou l'environnement, organismes de protection sociale) ne joue pas en faveur de sa cohérence. Enfin et surtout, l'absence d'une reconnaissance universitaire de la discipline et l'indigence des moyens de recherche consacrés à ce thème laissent libre le terrain pour les appétits des acteurs de la communication publicitaire. La santé est ainsi assimilée à un bien ordinaire de consommation. Dans ces conditions, il n'est guère étonnant que la communauté scientifique émette des doutes et des critiques, ils ne sont pas toujours dénués d'arrière pensées. Il est légitime de poser la question des fondements scientifiques de l'éducation à la santé et d'aller au-delà du concept vague des sciences de la communication. Certes, tout peut se réduire à un émetteur, un récepteur et un message. Remarquons que la crédibilité de l'émetteur accroît la force de persuasion du message, que le contenu du message et son accord avec les attitudes et les croyances du concepteur ne sont pas sans influence sur les modifications éventuelles de comportement. Enfin l'approche individualiste de la communication du message, en méconnaissant la dimension sociale, apparaît singulièrement réductrice. L'analyse sémiologique des messages

(R. Barthes, 1985) distingue les messages verbaux et non verbaux, définit leur code de construction et d'organisation, tient compte de ce qui est dit (la dénotation) et de ce qui est raconté simultanément (la connotation). Le tri des informations selon les attitudes et les conduites préexistantes s'appuie sur la théorie de la dissonance cognitive (L. Festinger, 1957) : si les conduites ne sont pas en harmonie avec les cognitions, une réduction de la dissonance est susceptible de créer une dynamique qui peut induire le changement. Les approches individualistes de gestion de la santé font appel à différents modèles. Celui de la croyance à la santé (I. M. Rosenstock, 1974) admet que l'adoption d'un comportement particulier permet de réduire la menace sur la santé d'une personne. La théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) combine les composantes cognitives, les données d'attitude et de comportement et intègre les effets de l'environnement. La notion de locus de contrôle (J.-B. Rotter, 1966) permet de distinguer les individus à locus de contrôle externe ou interne, selon qu'ils pensent que les renforcements concernant leurs comportements sont induits par des facteurs externes ou sont sous leur propre contrôle. Enfin, la théorie de l'efficacité personnelle et comportementale (A. B. Bandura, 1977) combine la croyance en l'efficacité d'un comportement et la possibilité propre de résoudre un problème. Ce rappel de quelques-uns des fondements des sciences de l'éducation à la santé milite fortement en faveur d'une discipline à intégrer aux différents niveaux de la société. L'éducation à la santé doit être enseignée à l'école, elle doit acquérir une dimension universitaire permettant la progression de la connaissance, enfin elle doit être relayée par tous les acteurs intervenant dans le champ de la santé. Un courant se des-

sine pour que l'éducation à la santé soit inscrite dans les programmes scolaires. Il s'agit, plutôt que d'individualiser une matière spécifique, d'intégrer son champ aux programmes en place. Pour cela, les maîtres doivent être formés dans le cadre des Instituts universitaires de formation des maîtres. Le ministère chargé de la Santé et des Affaires sociales doit avoir l'initiative sur les actions d'éducation à la santé en milieu professionnel et à l'âge adulte. Plus qu'une augmentation des moyens, il faut reconsidérer l'affectation de ceux-ci aux différents thèmes selon leur importance sociale, les populations concernées et l'évaluation des résultats des actions d'éducation à la santé. Il ne faut pas enfin négliger l'apport des très nombreuses associations, dont certaines ont démontré, ces dernières années, sur certains thèmes particuliers (sida, diabète) leur efficacité. À l'heure de la transition épidémiologique, qui porte les maladies chroniques et dégénératives au premier rang des préoccupations sanitaires et sociales, et qui démontre l'importance insoupçonnée des comportements et des conditions de vie, alors que la gestion des risques apparaît de plus en plus inégalitaire, nous plaidons fortement pour fonder les bases d'une éducation à la santé. Il n'est plus possible d'émettre des doutes sur ses possibilités : l'utilisation des données recueillies dans les nombreuses enquêtes effectuées dans notre pays sur les comportements sexuels, a permis d'observer indiscutablement une progression de l'utilisation du préservatif. Loin de se contenter de ce résultat, il faut pour les maladies sexuellement transmissibles diversifier les thèmes éducatifs de prévention primaire, et étendre cet effort aux grands facteurs de risques et d'inégalités sociales de notre époque.

Pr Albert Hirsch

Membre du Haut Comité de la santé publique

Les traitements de substitution

La prise en charge du patient toxicomane a été l'occasion de nombreuses controverses depuis plusieurs années. L'apparition du sida et la contamination d'un nombre important de toxicomanes ont amené les pouvoirs publics à proposer, au-delà de la prise en charge psychothérapeutique ciblée sur l'abstinence, la mise en place de traitements de substitution en complément de la politique de réduction des risques.

Le débat sur la substitution a été long et vif, basé trop souvent sur des arguments idéologiques arguant pour certains de la dangerosité de la banalisation de la « drogue propre » et du possible contrôle social, pour d'autres l'absence de politique de substitution faisant le lit de la diffusion du VIH.

Dès 1994, une volonté politique de mettre en place ces traitements s'est affirmée. Cette ouverture s'est alors concrétisée par la mise sur le marché de deux médicaments ayant une indication spécifique pour le traitement des pharmacodépendances aux opiacés : méthadone en 1995 et Subutex en 1996.

Des comités de suivi départementaux des traitements de substitution ont été créés en 1995 pour apporter les garanties nécessaires dans la mise en place de cette politique associant les acteurs de santé, pour organiser la prescription et la délivrance de ces médicaments, pour veiller à leur bonne utilisation et pour conseiller

les professionnels de santé. L'ensemble des partenaires impliqués est représenté dans ces comités.

Principes généraux des traitements de substitution

Ces deux médicaments sont des morphiniques au profil spécifique, caractérisés d'une part par une longue durée d'action et sans effet euphorisant, d'autre part par l'absence de flash. Ces deux caractéristiques facilitent la stabilisation des posologies avec un certain confort pour le patient. Sa situation peut être plus aisément améliorée du point de vue social, somatique et affectif ce qui concourt à la réduction des risques infectieux.

La méthadone est un opiacé qui entraîne une dépendance importante, liée à une forte imprégnation des récepteurs avec des syndromes de sevrage marqués

mais différés à l'arrêt du médicament. Le Subutex occasionne une dépendance moindre et les risques de surdosage sont quasi nuls sauf en cas d'association médicamenteuse.

Toutefois, leur absence de pouvoir euphorisant peut amener le toxicomane peu motivé à abandonner le traitement, à accroître les prises de produits toxiques ou à utiliser des produits stimulants, l'alcool en particulier.

Ces traitements doivent permettre la prise en charge des difficultés psychologiques, médicales et sociales des patients et nécessitent un projet thérapeutique global spécifique pour chaque personne soit dans un cadre institutionnel (méthadone) ou plus souple (Subutex). Il est essentiel que le patient soit volontaire, motivé et bien conscient des contraintes qu'imposent ces médicaments.

Dans chaque département ont été organisées, en 1995 et 1996, des formations destinées aux médecins généralistes, aux pharmaciens et autres professionnels concernés pour les sensibiliser et les aider à prendre en charge les toxicomanes.

Il est à rappeler que les morphiniques d'action rapide Palfium ou sulfate de morphine, ne sont pas adaptés au traitement de substitution et que leurs indications restent celles de la douleur.

La méthadone

La méthadone n'est pas un produit nouveau. Ce dérivé morphinique, découvert en 1942 et utilisé aux États-Unis au début des années soixante, est prescrit dans plusieurs pays européens avec des résultats intéressants dans le cadre des politiques de réduction des risques. En France, une opposition certaine, voire une hostilité des milieux spécialisés à ce traitement s'organise et se radicalise autour de l'abstinence et du soin psychothérapeutique. En 1972, le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale autorise l'administration de méthadone à l'homme en vue de son utilisation thérapeutique expérimentale. Une commission consultative d'experts est alors créée pour mettre en place et suivre un protocole d'utilisation. Seuls quatre centres sont autorisés à prescrire, trois centres parisiens : les hôpitaux Sainte-Anne et Fernand Widal, le centre Marmottan et l'intersecteur de toxicomanie de Marseille. En fait, deux centres parisiens utiliseront cette possibilité : Sainte-Anne et Fernand Widal, soit 40 places pour l'ensemble du territoire. En 1994, le nombre de centres autorisés augmente et depuis 1995, tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes peuvent, sans autorisation préalable, prescrire ce médicament, la primo-prescription étant réservée aux médecins y exerçant.

Après une prise en charge globale en centre spécialisé, lorsque le patient est équilibré médicalement, psychologiquement et socialement, un relais en médecine de ville est possible, assuré par un médecin volontaire et formé. Ce praticien, choisi par le patient avec l'accord du médecin du centre spécialisé, accepte de le prendre en charge dans un cadre sanitaire global, ce qui va bien au-delà de la rédaction d'une ordonnance, mais implique une relation patient-médecin incluant un examen médical et une écoute complétée d'un dialogue.

Le traitement, prescrit par voie orale sur carnet à souches pour une durée maximale de 7 jours, comporte, outre une prise en charge globale, des analyses urinaires

sous la responsabilité du médecin prescripteur dont le nombre et le rythme ont été précisés. Toutefois, ces contrôles doivent entrer dans le cadre d'une relation spécifique patient-médecin. La méthadone doit être considérée comme un outil de prise en charge de certains toxicomanes et ne saurait répondre à toutes les situations de dépendance aux opiacés.

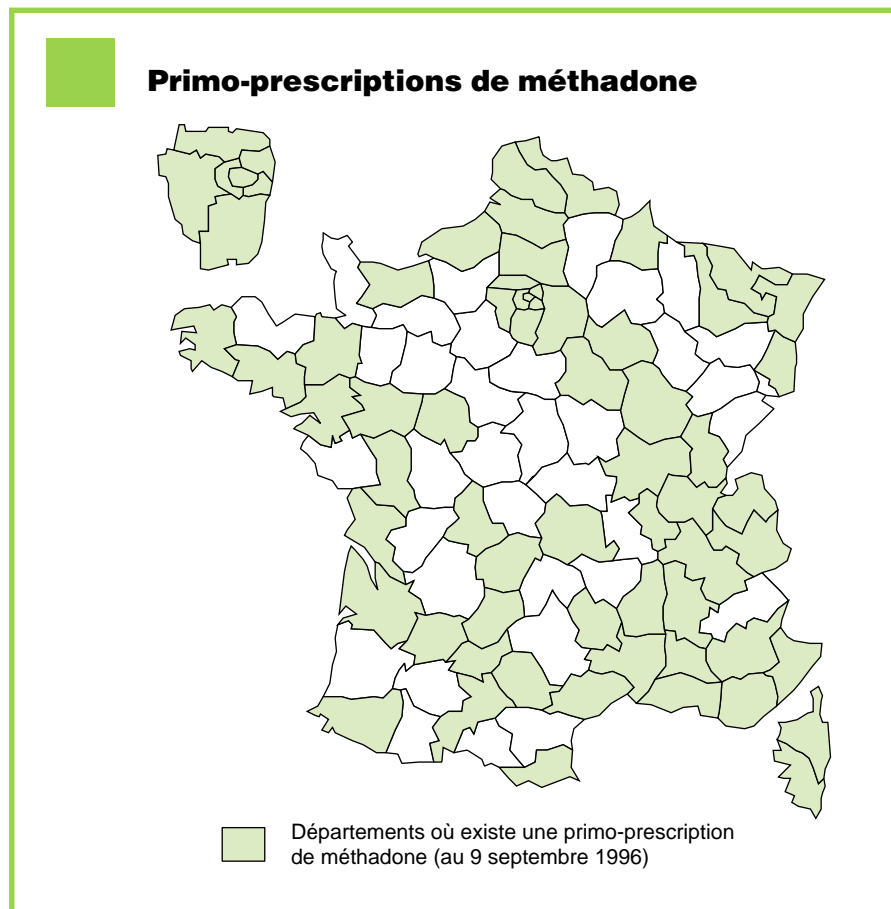
L'évaluation régulière de ce traitement, qui a été confiée à l'Inserm, fait état par rapport à la population toxicomane, d'une sur-représentation féminine, d'un âge moyen plus élevé et de l'association d'un certain nombre de problèmes sociaux.

Le Subutex

Le Subutex ou buprénorphine haut dosage est un morphinique de synthèse,

agoniste/antagoniste, qui se fixe de manière prolongée sur les récepteurs et a ainsi une durée d'action longue de l'ordre de 29 heures. Le syndrome de sevrage est retardé et moins intense qu'avec la méthadone du fait d'une moindre dépendance. Il n'a pas d'effet euphorisant mais un effet plafond qui ne conduit pas au risque d'abus, ce qui rend très exceptionnel le risque de surdosage. Il est utilisé par voie orale en une prise quotidienne.

Ce médicament (dosages de 0,4 mg, 2 et 8 mg) s'adresse à des patients pour la plupart déjà suivis en médecine libérale. Le Subutex peut être prescrit par tout médecin traitant après un examen médical dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge. La prescription est réalisée sur bon de carnet à souches pour une durée maximale de 28 jours. Toutefois, il est recommandé au méde-



cin, particulièrement en début de traitement, de prescrire pour une durée plus courte, compte-tenu notamment du risque d'utilisation détournée par voie intraveineuse. Lorsque le médecin s'engage à suivre un toxicomane dans le cadre d'un traitement de substitution au long cours, il lui est recommandé de s'entourer de l'avis de confrères exerçant en centre spécialisé de soins aux toxicomanes ou

de médecins de ville expérimentés, dans le cadre d'une pratique en réseaux (centres spécialisés de soins aux toxicomanes, médecins généralistes, pharmaciens d'officine, centre hospitalier). Ces pratiques de collaboration sont notamment mises en œuvre au sein des réseaux toxicomanie-ville-hôpital pour la prise en charge des usagers de drogues.

Le Subutex, dont la formule à faible

dosage (le Temgésic) était massivement détournée par les toxicomanes de son indication de traitement, connaît depuis sa mise sur le marché en février 1996 une forte augmentation des ventes. Près de 20.000 patients sont actuellement traités.

Les traitements de substitution : une étape vers une vie sans dépendance

Les traitements de substitution, dont la mise en place a été très progressive en France, ne sont qu'une des modalités de prise en charge et de traitement des personnes pharmaco-dépendantes aux opiacés, et en aucun cas le traitement miracle qui résoudrait tous les problèmes des toxicomanes pour sortir de la galère ... et des prescripteurs pour se décharger de ces patients si difficiles à gérer.

La prise en charge d'un patient toxicomane ne peut se concevoir que dans un travail pluridisciplinaire institutionnel ou en réseau pour assurer la globalité du traitement et lui fournir des éléments de réponse à ses difficultés existentielles, sociales et médicales. L'objectif final reste une vie sans dépendance quelque soit.

In fine, ces médicaments ont modifié non seulement la prise en charge des toxicomanes mais surtout le regard des acteurs de santé et permis une évolution considérable du dispositif de soins voire même de la population. ■

Textes juridiques relatifs aux traitements de substitution des toxicomanes

- Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (modifiée) relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
- Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Décret n° 94-1030 du 2 décembre 1994 relatif aux conditions de prescription et de délivrance des médicaments à usage humain et modifiant le code de santé publique.
- Arrêté du 26 avril 1972 autorisant l'utilisation thérapeutique expérimentale de la méthadone chez l'homme.
- Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.
- Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie.
- Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles.
- Arrêté du 28 mars 1995 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.
- Circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la Méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.
- Circulaire DGS/DH n° 15 du 7 mars 1994 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.
- Circulaire DGS n° 4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
- Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.
- Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.
- Décision du 28 mars 1995 portant inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

Dominique de Galard

Médecin inspecteur en chef de santé publique, direction générale de la Santé, SP3

Épidaure espace de prévention

Date de création

1988

Statut

Centre régional de lutte contre le cancer (CRLC)

Effectifs

8 personnes + vacataires

Responsables

Pr Henri Pujol,
directeur du CRLC
Pr Hélène Sancho-Garnier,
directeur scientifique à
Épidaure
Jean-Jacques Chevallier,
attaché de direction à Épi-
daure

Activités

12 000 visiteurs par an
depuis l'ouverture

Coordonnées

Épidaure, CRLC
Parc Euromédecine
Rue des Apothicaires
34298 Montpellier cedex 5
Téléphone :
04 67 61 30 00
Télécopie :
04 67 61 31 16

Épidaure est ouvert au public du lundi au vendredi de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h.

L'accueil des groupes est organisé sur rendez-vous.

Épidaure produit des documents et des outils pédagogiques sur le thème de la prévention, facteur de santé. Liste disponible pour commandes.



Dans un magnifique bâtiment à l'architecture audacieuse, Épidaure abrite une exposition interactive où chacun, quelque soit son âge, peut venir découvrir des informations afin de mieux gérer sa santé. Épidaure offre un lieu d'exposition temporaire où sont régulièrement présentés des travaux d'élèves (réalisés dans le cadre de projet d'action éducative). Épidaure participe également à des actions santé à l'extérieur de ses murs ; c'est Euromédecine, la Science en fête, la Journée européenne du soleil, des conférences dans les établissements scolaires... Épidaure est donc un phare-santé pour l'Europe du Sud.

Vocation de cet espace

L'information, la communication : en tant que centre ressources, les enseignants disposent là d'une médiathèque en prêt gratuit, d'un interlocuteur et d'un partenaire privilégié pour tous les projets santé menés dans les établissements scolaires.

L'exposition permanente comprend des bornes écrans, des films, un diaporama. Le visiteur devient acteur et responsable de sa santé en jouant, grâce à des outils interactifs.

La formation : en collaboration avec l'Éducation nationale, la faculté de Médecine de Montpellier et des partenaires associatifs, Épidaure met en place de nombreuses actions de formation en éducation à la santé et développe une recherche, des productions et des enseignements dans ce domaine.

La recherche : une équipe de chercheurs Inserm, CNRS et universitaires et de nombreux cliniciens et biologistes du CRLC sont largement associés aux activités d'Épidaure. Cela permet de développer de nombreux travaux en communication, en didactique des sciences et en épidémiologie.

L'évaluation : toutes les actions et outils mis au point à Épidaure sont soumis à une évaluation qualitative et quantitative avec une méthodologie appropriée. De très nombreuses classes de primaire et du secondaire viennent à Épidaure et constituent une population d'étude importante qui nous aide à améliorer nos connaissances et nos actions.

Objectif santé

Épidaure est un espace non médicalisé et harmonieux totalement consacré à la recherche de la santé : « le corps et l'âme sont étroitement liés dans une quête de bien-être ».

Une équipe médico-pédagogique

Épidaure regroupe une équipe pluridisciplinaire : médecins en santé publique, psychologue, enseignants, communiquant, chercheurs...

Épidaure, un nom venu de l'Antiquité

Berceau de la civilisation grecque, lieu de guérisons et de miracles, Épidaure est aussi la ville d'Esculape (Asclépios), dieu de la médecine, maître dans l'art de la chirurgie et des soins par les plantes. Cet espace de prévention, Centre ressources santé de l'Éducation nationale, fait partie du Centre régional de lutte contre le cancer de Montpellier (CRLC).

Les Américains inquiets de leur santé publique

Aux États-Unis, comme dans bien d'autres pays, la santé publique a du mal à trouver sa place. Un rapport du Comité d'étude de l'avenir de la santé publique propose une réflexion sur ces difficultés ainsi que des recommandations.

Une gigantesque et mortelle épidémie de rougeole en 1989-1991, la réapparition de la tuberculose dans des proportions inquiétantes à New York à partir de 1992, des cas de cryptosporidie dus à une eau de boisson fortement contaminée à Milwaukee, la liste des « problèmes de santé publique » s'allonge sans cesse aux États-Unis.

Comme dans de nombreux pays, de telles occasions sont propices pour dénoncer les difficultés à trouver à la « santé publique » une identité, une finalité, des méthodes et des moyens d'intervention.

On lui trouve de nombreux défauts, souvent contradictoires :

- d'une manière habituelle, on regrette l'insuffisance des ressources qui y sont consacrées, la faiblesse de ses effectifs, en regard de besoins considérables ;
- mais ses experts sont peu respectés et ne figurent que rarement parmi l'aristocratie de leur profession, notamment chez les médecins ;
- on lui reproche surtout d'être à l'origine de limitations abusives de libertés

individuelles (tabac, alcool, mais surtout vitesse sur la route et accès aux armes à feu*), mais on est aussi prompt à dénoncer ses lenteurs s'il s'agit de retirer du marché un produit dangereux ou ses abus et ses maladroites lorsqu'elle se mêle de la vie privée des citoyens.

D'autres critiques concernent l'évolution même de la santé publique, et son aptitude à résoudre les problèmes modernes, et à utiliser pour cela tous les moyens techniques disponibles, notamment en matière de traitement et de transmission de l'information.

* La puissante National Rifle Association, qui regroupe les défenseurs du droit à l'armement individuel aux États-Unis, vient de demander au Congrès de voter la suppression pure et simple du Centre national de prévention et de contrôle des accidents (l'un des centres du CDC), sous le prétexte que ce centre aurait cherché à prouver que la présence d'une arme à feu à domicile entraînait à elle-seule un facteur de risque d'accident, de suicide ou d'homicide. Les parlementaires craignent qu'une telle information ne remette en cause le second amendement de la Constitution, qui fait du droit à l'autodéfense et à former des milices, un droit constitutionnel aux États-Unis. Cette demande a de bonnes chances d'aboutir à la suppression du budget du Centre.

Plus globalement, ce qui est en cause dans la santé publique, c'est la complexité même de son champ d'action. Cette complexité expliquerait sa vulnérabilité, notamment en cas de crise.

Mais en même temps, le regret de ne pas voir l'action gouvernementale davantage s'exprimer sur les questions de santé — qui apparaissent alors prioritaires sur toutes autres considérations — est fréquemment formulé. Dans les pays anglo-saxons, le débat est d'autant plus animé que la santé est traditionnellement un domaine privé, intime, et l'opinion publique réagit donc de manière ambivalente à de telles tendances.

Toutes ces questions sont celles qui ont été posées à un groupe de travail de l'une des branches de l'Académie des sciences des États-Unis, l'Institut de médecine.

Le rapport qui en est issu compose un inventaire pratiquement universel des problèmes de la santé publique, et forme la base d'un travail destiné à être mis périodiquement à jour par un « Comité d'étude de l'avenir de la santé publique ». Ce Comité devait répondre à trois grandes questions :

- la santé publique doit-elle se réduire à n'être invoquée qu'en « dernier ressort », ou se définir par soustraction, comme ce qui reste après que toutes les initiatives privées se soient exprimées ?

- comment l'action gouvernementale doit-elle s'équilibrer entre les échelons locaux, régionaux et éventuellement fédéraux, comme aux États-Unis ?

- enfin, comment organiser la santé publique en différentes agences, comment répartir ses moyens, comment mobiliser des ressources nouvelles, lorsque celles-ci ne peuvent avoir été anticipées ?

Cet article fait un résumé des points les plus marquants de ce rapport, en insistant tout particulièrement sur la pertinence de ses réflexions vis-à-vis des systèmes de santé européens, et plus particulièrement de celui de la France.

Les « problèmes de santé publique »

Toute question de santé peut s'exprimer sous la forme d'un « problème de santé publique », dès lors que deux cas de maladies identiques peuvent être rapprochés pour faire suspecter une transmission, ou dès lors que l'on souhaite modifier le cours naturel inquiétant d'un facteur ayant une influence sur la santé des hommes.

La question posée est toujours celle de la relation à une cause, *a priori* inapparente, ou mal connue. La difficulté de l'identification du lien causal qualifie la complexité du problème. Par définition, tous les problèmes de santé publique sont mal posés, mal expliqués, mal résolus. S'ils ne répondent pas à cette définition, ils ne posent en effet plus de problème...

Tout à tour, les gouvernements, les collectivités, les industries, et même parfois les usagers se trouvent confrontés à des questions qui font apparaître différents types de « faiblesses », qui ne sont souvent en fait que des espaces de liberté auxquels on reste souvent très attaché, notamment lorsqu'aucun risque n'est encore perceptible.

Pourtant, la « santé publique » est aussi un exercice professionnel en même temps qu'une activité gouvernementale. Certains en font seulement un domaine « régalién », impliquant que l'État en possède seul la légitimité. D'autres la définissent plutôt comme une « responsabilité collective » dans laquelle l'initia-

tive privée peut — et même doit — jouer un rôle actif, voire prépondérant. Ce serait notamment le cas de nombreuses associations, d'industries ou de bureaux d'étude indépendants qui peuvent en effet poursuivre des tâches « d'intérêt public ».

Comment les experts américains définissent-ils la « santé publique » ?

La santé publique se définit comme « ce que fait la société dans son ensemble, pour s'assurer de maintenir sa santé dans le meilleur état possible ». Cela signifie une vigilance permanente, à la fois vis-à-vis des menaces reconnues sur la santé, et vis-à-vis de toutes celles qui peuvent apparaître, de toute nature (physiques, chimiques, biologiques, sociales, économiques...).

Ces menaces peuvent s'exprimer par crises brutales comme celle du sida, mais elles sont moins faciles à percevoir lorsqu'il s'agit de maladies chroniques, ou d'accidents courants. Ou encore lorsque les problèmes s'inscrivent dans des évolutions lentes, insidieuses, comme le vieillissement de la population, ou l'apparition de nouveaux problèmes pour lesquels la culture de santé publique est inexistante ou trop récente, comme l'étude de la violence, de la vie urbaine ou des relations entre l'habitat et la santé.

Ce qui fait la spécificité de la « santé publique » c'est le fait de distinguer dans toutes ces rencontres celles qui vont créer un « problème » dont la fréquence ou la gravité va devoir alerter la collectivité pour que celle-ci prenne des « mesures ».

Prendre des mesures est la finalité même de la « santé publique », qu'il s'agisse, étymologiquement, de prendre d'abord « la mesure » du phénomène que l'on étudie, puis de proposer une « intervention ».

« Intervenir » comprend toute une variété d'actions possibles : informer, interdire ou limiter la liberté des comportements humains, encourager parfois des comportements alternatifs, tels sont les moyens que possède la santé publique pour agir.

Toutes ces considérations ne sont pas spécifiques d'une compétence particulière, et sont très proches de l'exercice de toute autorité publique, à ceci près qu'elles s'appuient cependant sur une science, celle de l'interprétation de faits observés, et de la prise de risque dans un univers incertain. Comme on le verra plus loin, cette promiscuité avec la « politique » n'est pas sans poser de graves difficultés d'interface, encore accentuées aux États-Unis par la méfiance traditionnelle envers toute autorité non élue et par la dynamique propre des rapports de force entre l'individu et les groupes, utilisant des arguments d'une extrême variété, allant de l'arsenal juridique très compliqué de la loi américaine aux affrontements brutaux du « lobbying ».

Le désarroi des professionnels de la santé publique, et les menaces sur la santé du public

Aux États-Unis, un nombre grandissant de professionnels de la santé s'inquiète de constater un éloignement évident des objectifs de santé de la population américaine, au même titre d'ailleurs que d'autres préoccupations de nature collective (les transports, l'éducation, la culture...).

Pourtant, la plupart des grands progrès en matière de santé publique dans le passé ont été accomplis grâce à des mesures de santé publique. La relative maîtrise des maladies infectieuses, la sécurité alimentaire, une certaine attention collective pour la santé maternelle et infantile, la lutte contre les effets du tabagisme, restent parmi les illustrations éclatantes de ce que réalise la santé publique.

Depuis vingt ans, les progrès attribuables à des mesures de santé publique se sont arrêtés, imperceptiblement. Un sentiment trompeur de sécurité s'est propagé, qui a endormi la vigilance nécessaire.

Aujourd'hui, le système de santé publique américain répond en fait à deux défis :

- celui de proposer des références de qualité de vie et de sécurité seulement

incitatives et/ou informatives à l'ensemble de la population américaine,

- celui de procurer les éléments de base d'hygiène et de santé à tous ceux qui sont rejetés du « dispositif général » qui prévaut pour la majorité. En d'autres termes, le système de santé publique est alors perçu comme réservé aux pauvres, et paie cher cette image.

Pour une santé publique collégiale et pluridisciplinaire

Les experts américains reconnaissent en préambule qu'il y a de quoi s'étonner que la santé publique américaine soit si performante, avec des moyens si réduits et une telle absence d'organisation.

En conduisant cette étude, le Comité pour l'étude de l'avenir de la Santé Publique s'est convaincu de l'extraordinaire apport des professionnels de ce secteur à leur discipline. Mais il s'est aussi persuadé du fait que les progrès à accomplir ne pourraient l'être qu'à la condition de mobiliser et de convaincre un public bien plus large, et de faire sortir la santé publique de son « ghetto » professionnel.

La santé publique américaine doit s'organiser

Aujourd'hui, le lien entre maladie et situation sociale est établi et le rôle des gouvernements pour atténuer le poids des problèmes de santé liés à la pauvreté par exemple s'est trouvé légitimé pendant plusieurs dizaines d'années. Aujourd'hui, il est remis en cause du fait du poids de l'État dans la vie quotidienne des citoyens.

Aux États-Unis, pays très hétérogène dans son mode de vie et ses habitudes locales, le respect des « valeurs » fondamentales de la santé publique reçoit des illustrations contrastées : dans tel État, le département de Santé publique accorde une importance prioritaire à la protection de la mère pendant la période périnatale notamment pour les personnes défavorisées. Mais dans l'État voisin aucun ser-

vice particulier n'existe, et seules les personnes qui peuvent payer elles-mêmes reçoivent les soins appropriés.

Dans certaines villes, les services de santé publique sont plus modernes et mieux équipés que ceux d'États entiers. Mais dans de nombreuses grandes villes américaines, il n'existe aucun service de santé publique.

Globalement, l'impression laissée par un examen panoramique de la situation américaine de la santé publique est qu'il s'agit d'une fonction subsidiaire, peu consensuelle, parfois confondue avec des fonctions techniques comme le contrôle de la qualité de l'eau de boisson ou de la pollution atmosphérique.

Dans certains États, les services sociaux englobent la santé publique, tandis que dans d'autres les deux fonctions sociales et sanitaires sont séparées. Selon les cas, la confusion des rôles n'est pas forcément à mettre au bénéfice de la santé publique, la « protection sociale » étant, aux États-Unis, entachée d'une connotation plutôt péjorative.

Professionnaliser l'expertise en santé publique

L'histoire de la santé publique est aussi émaillée des tensions qui ont opposé ces experts aux décideurs politiques. Les outils dont se servent les experts sont issus de techniques assez sophistiquées à base d'épidémiologie et de bio-statistiques. L'un des dogmes centraux de l'éthique professionnelle de ces experts est d'utiliser leur compétence au service de l'intérêt public.

Or, la dynamique profonde de la conduite des affaires politiques américaines est rarement compatible avec l'éthique précédemment évoquée. La décision en santé publique — comme d'ailleurs les autres secteurs de prise de décision publique — est le plus souvent déterminée par des crises, des problèmes à résoudre « à chaud », des pressions et des luttes d'influence entre groupes d'intérêt particulier.

À l'intérêt du public se substitue souvent celui des « représentants du public »,

et les préoccupations électorales, notamment le souci de ne pas inquiéter, ou de paraître maître de n'importe quelle situation est prédominant. Les décisions résultent alors de rapports de forces compétitives, de négociations ou de luttes d'influence, et n'ont qu'un très lointain rapport avec l'analyse scientifique de faits.

L'éthique traditionnelle qui restreignait la politique rhétorique aux enceintes législatives, et conférait aux agences gouvernementales la neutralité scientifique s'est trouvée petit à petit discréditée. Actuellement, on doit regretter que le jugement professionnel et l'analyse doivent souvent entrer en compétition, en même temps et dans de mêmes lieux, avec d'autres arguments plus discutables, pour obtenir l'attention et convaincre ou séduire.


Cette dynamique de la politique est difficilement compatible avec l'exercice serein de la santé publique : malgré l'accroissement important des connaissances dans ce domaine, les compétences techniques sont de moins en moins sollicitées. Le « turn-over » (le changement dans les postes de responsabilités) des professionnels est très rapide : le temps moyen dans un poste est de moins de deux ans.

Les nominations politiques sont désormais beaucoup plus fréquentes à la tête des grandes agences que celles d'experts du domaine. Au niveau des États, il est regrettable de constater que les « Board of Health » (Conseils de santé publique) sont en voie de disparition, n'existant plus que dans vingt-quatre États, alors qu'il y a 25 ans, chaque État en possédait.

Les raisons de cette évolution s'expriment assez facilement : on reproche à la santé publique d'être trop éloignée des réalités de la vie collective, trop idéaliste, trop théorique.

Il s'y ajoute une certaine méfiance à l'égard de médecins « incapables de gérer » des affaires ayant un gros impact financier, et la tendance générale est de nommer plutôt des administrateurs en écran entre les élus et les experts pour harmoniser les rapports.

De leur côté, les professionnels de la



santé publique se sont le plus souvent maladroitement défendus. Ils n'ont pas su ou voulu admettre qu'il fallait défendre une « image de marque » très attaquée, et ne comprennent pas que le grand public se soit laissé convaincre. Les « affaires de santé publique », à quelques exceptions près, aux États-Unis, ont été plutôt des scandales que des affaires à porter au crédit des professionnels, « simplement parce que l'on ne parle jamais des succès, mais seulement des échecs ».

Le grand public n'a qu'une idée très vague du métier d'un professionnel de santé publique. De ce fait, les représentants officiels de la santé publique sont forcés de prendre des positions défensives ou auto-promotionnelles, en sacrifiant même souvent le sens de la solidarité professionnelle dans un dénigrement de leur propre camp pour tenter de se démarquer d'une communauté peu prestigieuse.

Les professions médicales doivent se tolérer entre elles

Les difficultés politiques de la santé publique s'illustrent tout particulièrement dans les relations qu'entretiennent entre eux les professionnels de la santé publique et les médecins de pratique clinique, notamment en exercice libéral.

La grande majorité des praticiens ignore l'existence des corps de santé publique, et craint tout contact avec eux, persuadée que ces derniers lui imposerait des contraintes administratives ou scientifiques dont elle ne veut pas entendre parler.

Le sida a changé un peu ces mauvaises relations ; devant l'ampleur de la tâche, les points de vue se sont rapprochés et les associations de médecins, notamment l'American Medical Association, ont commencé à écouter les positions de leurs collègues de santé publique. Récemment, cette association a même demandé qu'une réunion paritaire, réunissant des médecins cliniciens et des hommes de santé publique, puisse étudier les moyens d'une mutuelle compréhension et d'un rapprochement.



Pour l'avenir de la santé publique

Le Comité d'étude de l'avenir de la santé publique a émis une série de « recommandations pour l'avenir de la santé publique » dont les principales sont les suivantes :

La mission générale de la santé publique

La santé publique doit être assumée aussi bien par les individus, par des organismes privés que par le secteur public. Mais les agences publiques ont une responsabilité exclusive : celle de s'assurer que les éléments sont en place et que les missions sont clairement énoncées.

Le rôle du gouvernement

Les agences gouvernementales doivent assurer des missions d'évaluation et de mesure, de définition d'objectifs, et d'assurance de qualité. Elles doivent adopter une approche « stratégique », basée sur une appréciation positive et active du processus démocratique.

Le rôle des différents échelons de l'État

L'organisation fédérale des États-Unis introduit ici des éléments qui ne sont pas forcément pertinents pour un lecteur français, et qui placent des attributions précises à chaque niveau (États, comtés, communes), en évitant les duplications et les conflits de pouvoir.

Cette structure organisationnelle est d'ailleurs assez voisine de notre propre loi de décentralisation, avec des répartitions de fonctions : les États se voient par exemple confier la prévention des maladies et la promotion de la santé, l'assurance-maladie pour les pauvres (Medicaid) et les autres fonctions d'assistance sociale, de lutte contre les maladies mentales et la toxicomanie, de protection de l'environnement, et enfin de planification des ressources et des équipements.

Chaque État doit comporter un « Conseil de santé », qui doit rédiger tous les ans un rapport sur l'état de santé de la population de l'État, proposer des recommandations au Gouverneur, suggérer des lois et règlements, contrôler le travail des agences et rechercher des candidatures pour les postes d'encadrement.

La formation en santé publique

Une série de recommandations portant sur les orientations que devraient prendre les 25 « Ecoles de santé publique » américaines complète ce rapport. La plupart sont des branches particulières d'une grande université privée ou d'État. Les Centers for disease control (CDC) d'Atlanta, branche du Public Health Service* jouent le rôle d'école de santé publique « nationale », en organisant fréquemment des sessions de formation, et en recrutant chaque année une promotion d'« officiers d'intelligence épidémiologique » (Epidemiology intelligence officers), dans des programmes longs, ouverts à des étrangers.

* Le Public Health Service regroupe un certain nombre d'agences fédérales, dont les CDC et les National Institutes of health (NIH), l'Indian health services...

La santé publique doit renouveler ses connaissances par la recherche

Si l'essentiel des problèmes de la santé publique se situe sur le front politique des « valeurs défendues », il existe aussi de nombreuses insuffisances du côté des connaissances disponibles. La recherche en santé publique en fait est presque inexistante : sur tous les sites visités par le Comité, un sur six seulement pouvait décrire un programme de recherche. Aucune incitation financière n'est prévue pour de telles fonctions, et la formation à la recherche est le plus souvent inexistante.

Mais ce que l'on déplore le plus c'est la faiblesse de la « recherche sur les services de santé » (« Health services research »), dont le but est la connaissance de l'efficacité de différents types d'organisation, aussi bien en termes de gestion que de justice distributive.

Un point particulièrement sensible dans le contexte actuel de réduction des ressources publiques est l'aptitude à la gestion des personnes chargées des programmes de santé publique : cela demande des compétences en matière d'animation et de motivation des personnels, en matière de planification et de gestion budgétaires, en matière de relations publiques avec l'environnement politique à différents niveaux, en matière d'aptitude au changement, et en matière de cohérence dans la poursuite d'objectifs à long terme ou fondamentaux. Toutes les personnes qui ont « fait » la santé publique américaine témoignaient d'un mélange harmonieux de toutes ces qualités, et celles-ci doivent être encouragées et cultivées. ■

Jean-François Lacronique

Ambassade de France aux États-Unis

alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Sommaire 1996, 18 (3) : 221-316

Éditorial

La tabac, drogue douce ? , *Robert Molimard*

Mémoires

- Participation et prévention en milieu scolaire, *France Lert*
- Caeruléine et bombésine. Effets différentiels des peptides gastro-intestinaux sur la prise d'éthanol chez le rat, *Philippe de Witte*
- Le non usage du tabac. Une application des théories sociales cognitives à l'étude des comportements liés à la santé, *Gaston Godin*

Mise au point

- Alcoolisme et benzodiazépines, *Michel Reynaud, Nathalie Rault*

Varia

- Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1994, *Jean-Daniel Messinger*

Alcoologie de terrain

- Sensibilisation au « risque alcool » et représentations de l'alcoolisme, *Pascale Ancel, Ludovic Gaussot*
- Devenir de patients hospitalisés pour sevrage, *Yves Le Bars, Assane Fall, Jean-Louis Balmès*

Cas clinique

- Rhabdomyolyse aiguë mortelle après intoxication alcoolique et effort intensif, *Jean-François Bourgaux, Philippe Moussu, Claude Raffanel, Jean-Louis Balmès*

Congrès

- Unités d'hospitalisation d'alcoologie publiques et privées : 4^e journée nationale française, *novembre 1996, Paris*
- Collectif d'Indre-et-Loire : 4^e journée d'alcoologie, *mars 1996, Tours*
- Groupement régional d'alcoologie Nord-Pas-de-Calais : le syndrome d'alcoolisme foetal, *avril 1996, Lille*
- 3^e journée d'alcoologie du centre hospitalier Émile Roux : le choix du traitement en alcoologie, *mai 1996, Limeil-Brévannes*

Vie de la SFA

- Théories des alcoologues et pratiques alcoologiques, *31 mai 1996, La Rochelle*
- Alcoolodépendance et dépression, *25 juin 1996, Toulon*
- Prochaines réunions de la SFA

Informations

- Thèses. Livres. Enseignement. Agenda. Annonces

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre,
101, avenue Henri Barbusse. 92141 Clamart Cedex
téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

Formations universitaires en éducation pour la santé et éducation du patient

Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine, École de santé publique, Santé communautaire, unité d'éducation pour la santé, Reso

Responsable

Pr A. Deccache

Renseignements :

Unité d'éducation pour la santé (Reso), UCL, Faculté de Médecine, École de santé publique, Santé communautaire
Avenue Mounier 50
1200 Bruxelles
Secrétariat : 02/764 50 70
RESOdoc : 02/764 56 44

Objectifs et publics

- La licence et les DEC s'adressent à des professionnels de la santé, du travail médico-social et de l'éducation qui se destinent à la conception, la planification, la coordination, la gestion ou l'évaluation de projets d'éducation à la santé ou d'éducation du patient.
- Les formations-intervisions « sur site » sont proposées pour la formation d'équipes entières et l'accompagnement de projets institutionnels. Elles sont généralement de 6 à 7 jours.
- Le doctorat en santé publique, éducation pour la santé est destiné à développer les compétences en matière de recherche scientifique.

Débouchés

Les diplômes en promotion et éducation pour la santé ouvrent l'accès, tant dans le secteur public que privé, à des fonctions au sein des organismes de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, institutions médico-sociales, hôpitaux, cliniques, organisations internationales et de coopération au développement, structures d'enseignement dans le domaine de la santé et des soins, établissements scolaires, entreprises et milieu industriel, institutions et programmes de recherche, pouvoirs publics et administrations.

Les méthodes pédagogiques

L'accent est mis sur une pédagogie participative dans une perspective interdisciplinaire et multiprofessionnelle, par le recours aux méthodes actives, aux travaux en groupe et à l'auto-apprentissage. L'intégration théorie-pratique est réalisée par la référence aux expériences professionnelles des participants, par le développement d'un projet personnel et l'encadrement des activités sur le terrain (visites, stages d'observation, leçons didactiques). Un centre de documentation (RESOdoc) permet l'accès aux principales banques de données documentaires informatisées en éducation pour la santé et gère un grand nombre d'ouvrages et de documents spécialisés. Un conseiller à la formation assure un soutien pédagogique individuel.

- Licence en sciences de la santé publique, orientation Promotion de la santé, option éducation pour la santé
- Diplôme d'études complémentaires éducation pour la santé (DEC)
- Diplôme d'études complémentaires en éducation du patient (DEC)
- Formations-intervisions sur site (en institution de soins ou de santé)
- Doctorat en santé publique — éducation pour la santé

Les cours

Les cours suivis d'un * sont aussi ceux des DEC. Pour le DEC en éducation du patient deux séminaires spécifiques remplacent certains cours.

Première licence

- Problématique de l'éducation pour la santé*
- Santé maternelle et infantile, santé de l'écolier et de l'école*
- Santé du travail et de l'environnement
- Santé affective et sexuelle
- Santé, maladie, utilisation des services de santé (y compris les médicaments et les médecines parallèles)*
- Biostatistiques, épidémiologie et démographie
- Pédagogie expérimentale et histoire de l'éducation
- Méthodologie générale*
- Psychologie du développement
- Sociologie des institutions*
- Droit et éthique de la santé
- Planification des services et des personnels de santé, législation sanitaire et sécurité sociale*

Deuxième licence

- Santé de l'alimentation, de l'activité physique et du vieillissement
- Moyens de communication en éducation pour la santé
- Méthodologie spéciale en éducation pour la santé*
- Gestion de projet
- Méthodes de la recherche en sciences de la santé
- Évaluation de programmes*
- Visites, approche qualitative, éducation du patient*
- Stages en éducation pour la santé*
- Séminaire de méthodologie de la recherche en éducation pour la santé
- Séminaire de planification d'intervention en éducation pour la santé et deux cours à options à prendre dans d'autres programmes en fonction des projets de l'étudiant.

Organisation

Les cours sont donnés en horaire adapté à l'exercice d'une vie professionnelle. L'accès est limité à 25 participants par an.

- La licence en éducation pour la santé comprend 720 heures de cours, réparties sur deux années d'études. La formation comporte également la réalisation d'une recherche personnelle aboutissant à la rédaction et à la défense d'un mémoire de fin d'études.
- Les DEC comportent 10 cours appartenant au programme de la licence et des cours ou séminaires choisis en fonction de l'expérience, des formations antérieures et des besoins du candidat.

Conditions d'admission

La licence est accessible à des détenteurs d'au moins un premier diplôme de formation initiale dans l'enseignement supérieur universitaire ou non-universitaire.

Les candidats accèdent à la licence moyennant certains compléments de formation destinés à combler les lacunes de la formation initiale, en santé ou en sciences humaines.

Les DEC sont accessibles aux porteurs d'un diplôme de formation initiale de l'enseignement supérieur universitaire et d'une expérience professionnelle dans les domaines de l'éducation pour la santé ou de l'éducation du patient.

Le doctorat est accessible aux porteurs d'une licence ou d'un DEC moyennant conditions particulières.

La procédure d'admission comprend l'étude du dossier détaillé, complétée par une entrevue et une épreuve écrite. Elle vise à établir un contrat de formation personnalisé.

Les inégalités sociales devant l'incapacité

On connaît les inégalités en matière d'espérance de vie selon le statut social et professionnel. Mais ces inégalités se retrouvent-elles dans le domaine des incapacités chroniques ? L'enquête Insee conduite en 1986, sur les conditions de vie nous renseigne sur ce sujet.

En matière de santé, l'étude des inégalités sociales repose, jusqu'à présent, essentiellement sur l'utilisation des indicateurs de mortalité. Ils attestent clairement l'inégalité qui existe dans ce domaine entre les classes sociales (Desplanques, 1984). Mais actuellement on tend à considérer que les seuls indicateurs de mortalité ne suffisent pas et que pour évaluer l'état de santé d'une population il faut accorder autant d'importance à la qualité des années vécues qu'à leur quantité.

Dans ce contexte, le débat sur les inégalités sociales en matière de santé doit être élargi aux dimensions permettant de qualifier les années vécues, en particulier à la notion d'incapacité. La question reste donc de savoir si l'on retrouve ou non dans le domaine de l'incapacité les inégalités observées par les indicateurs de mortalité. L'objet de cet article est d'examiner quelques éléments de réponse tirés de l'analyse d'une enquête nationale conduite par l'Insee dans la population française : l'enquête sur les « conditions de vie ».

Cette enquête, encore appelée « enquête sur les situations défavorisées », constitue une rare source de données permettant de comparer la prévalence des

incapacités dans la population vivant à domicile selon différentes variables concernant le statut social et professionnel. Dans l'analyse qui est rapportée ci-après on a comparé les taux de prévalence de trois indicateurs d'incapacité fonctionnelle respectivement selon le niveau de scolarité, le type de profession et le niveau de revenu.

Méthodes

- Population étudiée : cette enquête sur les « conditions de vie » a été conduite par l'Insee en 1986. La population étudiée était la population française vivant à domicile, âgée de 18 ans et plus. La population vivant en institution n'entrait pas dans le champ de l'investigation.

- Méthode d'échantillonnage : l'échantillon a été tiré de façon aléatoire selon un plan de sondage complexe comportant plusieurs degrés. L'unité statistique du sondage était le ménage. Lors de l'enquête effectuée au domicile, l'enquêteur devait tirer un sujet par ménage (selon la méthode dite du « sujet Kish ») en vue d'instruire un questionnaire individuel le concernant.

- Méthode d'investigation : des enquêteurs professionnels se rendaient auprès des personnes occupant les logements tirés au sort. Les informations étaient enregistrées à l'aide de trois questionnaires différents.

Construction des indicateurs d'incapacité

Dès la conception de l'enquête il était prévu d'inclure dans le questionnaire individuel des questions relatives aux incapacités. À partir de ces différentes questions on a construit les trois indicateurs synthétiques suivants.

- Le degré de confinement des sujets est une variable en quatre positions :

Répartition par sexe et par âge de l'échantillon analysé

	Effectif	%
Hommes		
18-29 ans	1 323	10 %
29-44 ans	1 888	14 %
45-64 ans	1 765	13 %
65 ans et plus	898	7 %
Femmes		
18-29 ans	1 496	11 %
29-44 ans	2 010	15 %
45-64 ans	2 124	16 %
65 ans et plus	1 650	13 %
Total	13 154	100 %

- immobilisé au lit ou au fauteuil de façon permanente
- besoin d'aide pour se laver et pour s'habiller
- besoin d'aide pour sortir de son logement (ou ne sort pas)
- personnes sortant de leur domicile sans aide.

Dans cette analyse toute personne ne sortant pas de son domicile sans aide a été considérée comme entrant dans la catégorie des personnes ayant une restriction de leur mobilité.

- La variable nommée incapacité pour les activités à l'extérieur pouvait prendre trois positions :

- aucune difficulté
- au moins une difficulté
- besoin de l'aide d'un tiers.

Pour l'analyse nous avons considéré une variable regroupant les catégories 2 et 3. Ainsi, toute personne ne pouvant effectuer au moins l'une des quatre activités considérées, ou devant se faire aider par une autre personne, a été considérée comme étant en incapacité selon cet indicateur.

- La troisième variable, incapacité pour les activités instrumentales concerne des activités que nous avons nommées instrumentales en référence à l'indicateur d'IADL de Lawton (Lawton, 1969) dont elle s'inspire. Ici encore nous avons utilisé une variable en deux positions :

- avoir une difficulté ou ne pouvoir effectuer une des activités instrumentales
- n'avoir aucune difficulté (ou non concerné) pour ces activités.

Les indicateurs de catégories sociales

On a considéré trois aspects : le niveau de scolarité, la catégorie professionnelle et les revenus.

- Le niveau de scolarité était renseigné dans le questionnaire « ménage » où l'on devait indiquer le diplôme le plus élevé obtenu, soit dans l'enseignement général ou supérieur, soit dans l'enseignement technique ou professionnel. On a fait des équivalences entre ces deux types de cursus scolaire et construit un indicateur en trois niveaux :

- sans diplôme

- scolarité primaire ou inférieure au baccalauréat (ou à un équivalent)
- scolarité secondaire ou supérieure (supérieure au baccalauréat).

- Le type de profession exercée était également indiqué dans le questionnaire « ménage ». On a construit un indicateur en se fondant sur la classification de l'emploi proposée dans le questionnaire Insee qui comprend six classes :

- ouvrier non qualifié ou apprenti
- ouvrier qualifié
- employé
- technicien
- agent de maîtrise
- ingénieur ou cadre.

Le type de profession était indiqué pour toute personne ayant à un moment de sa vie exercé une activité et ne dépend donc pas de la profession actuellement exercée. Parmi les personnes de 18 ans et plus, incluses dans ce fichier, 22 % seulement n'ont pas pu être classées dans une catégorie professionnelle.

- Le niveau de revenu est calculé pour le ménage du sujet Kish d'après les ren-

seignements détaillés recueillis dans le questionnaire « ménage ». Dans l'analyse, cette évaluation du revenu a été scindée en quatre classes.

Méthode d'analyse

Après avoir calculé la répartition des différentes variables par sexe et par âge, on a croisé chaque variable d'incapacité avec les différentes variables décrivant les catégories sociales. Pour neutraliser l'effet des structures de sexe et d'âge, qui sont très différentes d'une catégories sociales à une autre, on a procédé à une standardisation par la méthode dite de la population type (méthode directe) (Rumeau, 1993). Les résultats sont donc exprimés en taux comparatifs. La population type utilisée était celle de l'ensemble du fichier d'enquête.

Résultats

Comme en témoigne le tableau synthétique (ci-dessous), les effectifs de chaque

Pourcentages de personnes présentant différents types d'incapacités selon leur niveau de diplôme, leur catégorie professionnelle et leur niveau de revenu

Catégorie de population	Effectif total	Type d'incapacité					
		Mobilité		Activités à l'extérieur		Activités instrumentales	
		n	%	n	%	n	%
Diplôme							
Sans	3 864	276	5,5	1 075	20,9	1 009	21,8
Inférieur au baccalauréat	7 172	255	3,8	955	14,6	489	7,5
Supérieur au baccalauréat	2 081	40	2,7	114	9,1	35	2,8
Catégorie professionnelle							
Ouvrier non qualifié, apprenti	1 974	115	5,3	445	20,8	437	21,7
Ouvrier qualifié	1 649	67	4,2	257	18,4	198	11,9
Employé	4 505	182	4,1	641	15,2	8	0,3
Technicien	489	7	1,8	26	7,3	13	2,8
Agent de maîtrise	481	9	3,0	49	14,4	17	6,1
Ingénieur, cadre	1 103	18	2,1	74	7,9	34	3,4
Niveau de revenu							
Inférieur à 47 000 F	6 149	379	5,4	1 373	19,7	1 013	14,9
De 47 000 à 73 000 F	3 090	117	4,0	454	15,9	355	11,9
De 73 000 à 117 000 F	2 535	50	2,8	222	12,2	128	6,1
Supérieur à 117 000 F	1 379	23	2,2	99	9,9	40	2,9

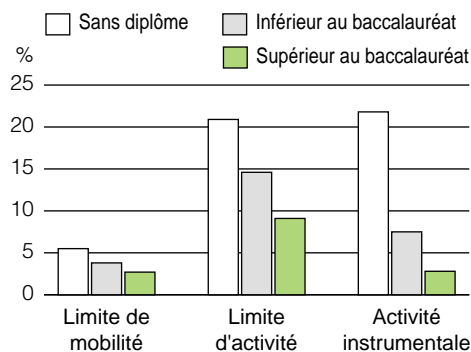
Pourcentages comparatifs, méthode de standardisation selon la population type

catégorie de population étudiée sont suffisants pour effectuer les comparaisons. Les graphiques qui suivent illustrent les résultats obtenus pour chacune des trois variables servant à caractériser les populations.

Plus de diplôme, moins d'incapacité
 Quelle que soit la variable d'incapacité considérée, les pourcentages comparatifs (éliminant les effets de compositions par âge et par sexe) décroissent fortement avec le niveau de diplôme obtenu. Parmi les personnes ayant déclaré ne pas avoir de diplôme 5,5 % rapportent une incapacité de mobilité (au point de ne pouvoir sortir de chez elles sans aide) contre 2,7 % seulement des personnes ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat, soit un rapport de 1 à 2. Les différences se retrouvent pour les deux autres variables d'incapacité avec des rapports de 1 à 2,3 pour les limitations d'activité à l'extérieur et de 1 à 7,7 pour les activités qualifiées d'instrumentales (graphique 1).

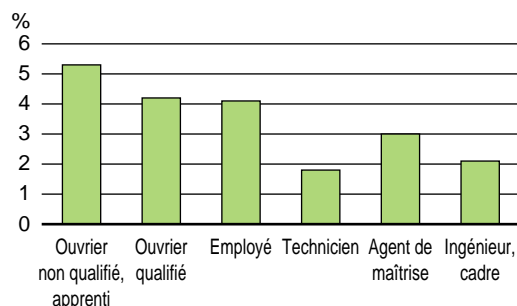
Moins d'incapacité pour les techniciens, ingénieurs et cadres que pour les ouvriers
 Les différences d'incapacité rapportées par les personnes appartenant à différentes classes professionnelles sont importantes. Indépendamment des différences d'âge et de sexe, les taux comparatifs de restriction de la mobilité varient de 5,3 % chez les *ouvriers/apprentis* à seulement 1,8 % chez les *techniciens* et 2,1 % chez les *ingénieurs et cadres*. Pour les incapacités plus légères enregistrées à travers les indicateurs de limitation d'activité à l'extérieur ou la limitation de certaines activités instrumentales, les taux de restriction varient de 21 % pour la catégorie des *ouvriers/apprentis*, à 7 % chez les *techniciens* ainsi que chez les *ingénieurs et cadres* pour les limitations d'activité à l'extérieur et à environ 3 % pour les limitations d'activité instrumentales. Il faut noter que c'est la catégorie professionnelle *techniciens* qui présente les taux les plus bas pour les indicateurs étudiés ; la catégorie *ingénieurs et cadres* apparaît en général en seconde position (graphique 2 à 4).

Graphique 1
Prévalences, ajustées selon le sexe et l'âge, de différents types d'incapacités, selon trois niveaux de formation scolaire

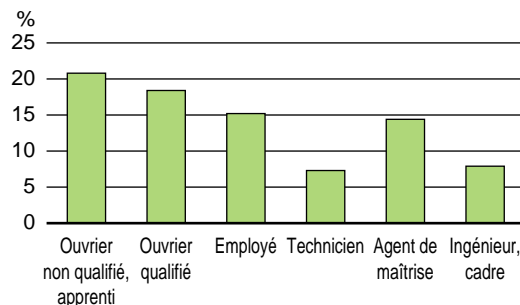


Pourcentages comparatifs, méthode de standardisation selon la population type

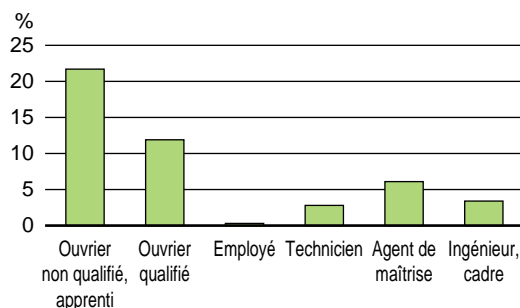
Graphique 2
Pourcentage de sujets ayant déclaré une restriction de la mobilité physique (ne sortant pas de leur domicile sans aide) selon leur catégorie professionnelle



Graphique 3
Pourcentage de sujets ayant déclaré une restriction des activités à l'extérieur selon leur catégorie professionnelle



Graphique 4
Pourcentage de sujets ayant déclaré une restriction des activités instrumentales de la vie quotidienne selon leur catégorie professionnelle



Pourcentages comparatifs, méthode de standardisation selon la population type

Plus de revenus, moins d'incapacité

L'analyse des taux d'incapacité par niveaux de revenus témoigne de différences tout aussi importantes. Entre la catégorie de la population dont l'ensemble des salaires et prestations de toutes sortes aboutit à un revenu inférieur ou égal à 47 000 F annuels et la catégorie dont les revenus sont supérieurs à 117 000 F annuels, les taux déclarés d'incapacité varient de 1 à 2,4 pour les limitations de la mobilité et de 1 à 2 pour les limitations d'activité et même de 1 à 5 pour les limitations dans des activités dites instrumentales (graphique 5 à 7).

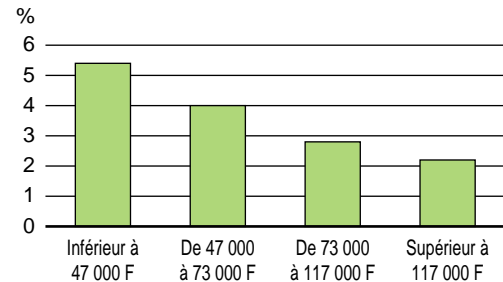
Discussion des résultats et interprétations possibles

L'enquête « conditions de vie » représente une base de données importantes pour l'information en matière de handicap et d'incapacité dans la population française. Comme pour toute source d'information on peut relever des limitations :

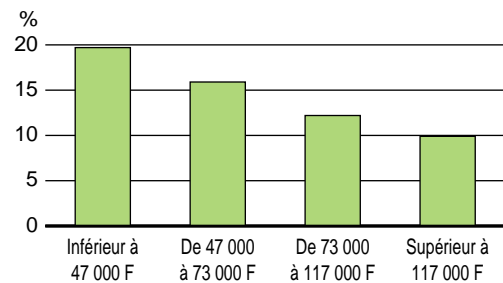
- le choix de la population vivant à domicile éliminant donc les personnes qui vivent en institution ne permet pas d'avoir une vue complète de la situation de la population sur ce plan là, même si la majorité des personnes concernées vit à domicile ;
- l'introduction d'une certaine sélection de la population en fonction des difficultés d'interrogatoire de certaines catégories de déficiences entraîne une incertitude dans les estimations, dans la mesure où l'on n'a pas actuellement d'élément pour apprécier l'importance de ce biais en particulier concernant les déficiences intellectuelles ou des organes des sens (audition).

Quoi qu'il en soit on observe des différences très marquées de la prévalence des incapacités en fonction des variables de statut social. Quelle que soit la façon de repérer les groupes sociaux (le niveau de scolarité, le type d'activité professionnelle ou le revenu) les différences vont dans le même sens et ont le même ordre de grandeur. Les différences sont impor-

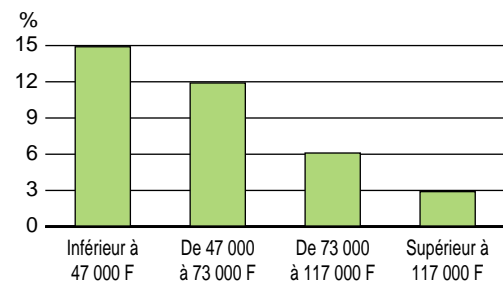
Graphique 5
Pourcentage de sujets ayant déclaré une restriction de la mobilité physique selon leur catégorie de revenu



Graphique 6
Pourcentage de sujets ayant déclaré une restriction des activités à l'extérieur selon leur catégorie de revenu



Graphique 7
Pourcentage de sujets ayant déclaré une restriction des activités instrumentales de la vie quotidienne selon leur catégorie de revenu



Pourcentages comparatifs, méthode de standardisation selon la population type

tantes : entre les catégories les plus avantagées et les plus désavantagées, on note des risques relatifs qui sont en général supérieurs à 2.

Ces résultats incitent à penser que les inégalités observées en matière de mortalité dans la population française se doublent d'une inégalité en matière d'incapacité. Ce résultat rejoint les observations faites au Canada par Wilkins et collaborateurs quand ils comparaient l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité de la population des quartiers favo-

risés ou défavorisés de l'agglomération de Montréal (Wilkins, 1983). Pour ce qui concerne la population française, ces résultats suggèrent donc que les différences d'espérance de vie entre groupes sociaux étudiées par Desplanques (Desplanques, 1984) seraient accentuées si l'on considérait un indicateur prenant en compte le niveau des incapacités comme le fait l'espérance de vie sans incapacité.

L'interprétation est gênée par la difficulté de considérer des niveaux plus sévères d'incapacité car on sait qu'en

matière d'incapacité les différences observées peuvent très sensiblement varier entre les niveaux sévères et les niveaux plus légers. Ceci est bien illustré par l'analyse des variations temporelles d'incapacité effectuée récemment (Robine, 1991).

La réflexion sur les causes sous-jacentes aux inégalités constatées ne peut qu'être ébauchée. Elle rejoint celle qui est menée à ce sujet dans le cadre de la mortalité (Bouvier-Colle, 1990). Par exemple pour interpréter ces résultats doit-on envisager l'hypothèse selon laquelle les personnes en incapacité seraient éliminées de certaines filières de formation et d'emploi et en conséquence de revenus, ou bien doit-on avancer que les situations socialement défavorisées conduisent à des incapacités fonctionnelles plus fréquentes ? L'activité professionnelle, même si elle peut jouer un rôle, ne peut être seule évoquée. Les incapacités résultent sans doute de nombreux facteurs : comportements en matière de santé, pathologies sous-jacentes, activité professionnelle. De plus la déclaration des incapacités comporte une dimension subjective qui augmente les difficultés d'interprétation.

Conclusions

Comme cette analyse tend à le confirmer, les indicateurs d'incapacité apparaissent particulièrement sensibles aux inégalités sociales en matière de santé. Les résultats obtenus par l'observation de la mortalité se trouvent renforcés par l'examen des indicateurs d'incapacité. Même si l'analyse des causes de ces inégalités est délicate, ceci renforce la nécessité de suivre régulièrement les incapacités dans la population française et de rattraper l'indéniable retard que nous avons en matière d'information statistique sur les états chroniques invalidants dans la population. ■

Alain Colvez

Directeur de recherche à l'Inserm

Bibliographie

- Bouvier-Colle M. H., Vallin J., Hatton F. *Mortalité et causes de décès en France*. coll. « Les Grandes enquêtes » Les éditions Inserm, Doin éditeur, Paris, 1990.
- Desplanques G. *L'inégalité sociale devant la mort*. Insee, Économie et statistique, 1984, 162, 29-50.
- Colvez A., Saintot M., Scali J. *Les inégalités en matière d'incapacités chroniques dans la population française vivant à domicile*. in Bouchayer F. « Trajectoire sociales et inégalités », édition Eres, Insee, Mire, Paris, 1994
- Lawton M. P., Brody E. M. *Assessment of older people : Self maintaining and instrumental activities of daily living*. The Gerontologist, 1969, 9, 179-786
- Robine J. M. Bucquet D., Ritchie K. *L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps : vingt ans de calculs*. Cahiers Québécois de démographie, 1991, 20 (2) 205-235
- Rumeau-Rouquette C., Blondel B., Bréart G., Kaminski M. *Épidémiologie.Méthodes et pratique*. Éditions Flammarion, Paris, 1993.
- Wilkins R., Adams O. *Health expectancy trends in Canada late 1970's : Demographic, Regional and Social dimensions*. Am J Public Health 1983, 73 (9) 1073-1080

À paraître en décembre 1996

17 **Actualité et dossier**
en **santé publique**
décembre 1996

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier **Évaluation en santé**

ISBN 1242375X

L'éducation pour la santé

Du discours à la pratique

Sommaire

- III Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique
- VII État des lieux
- XVI Une politique et des instruments pour l'éducation pour la santé
- XXII L'éducation pour la santé, une efficacité sous conditions
- XXVII Tribune
- XL Bibliographie Adresses utiles

Le présent dossier s'inscrit dans le développement de la politique de santé publique pour lequel le rapport sur la santé en France du Haut Comité de la santé publique publié fin 1994 constitue un fondement essentiel.

L'éducation pour la santé trouve sa justification dans les données de santé publique qui soulignent aujourd'hui l'importance des comportements comme facteurs explicatifs de la majorité des décès considérés comme prématurés et évitables.

Que signifie l'éducation pour la santé ? La compréhension de l'histoire de cette pratique depuis la fin du XIX^e siècle apporte ici quelques éclairages. En résumé, il ne s'agit pas seulement de procéder à une information sanitaire : savoir par exemple qu'il est préjudiciable de fumer du tabac ne suffit pas. Ainsi, que le signalait E. Lévy « l'éducation pour la santé doit être considérée

dans une perspective à long terme de développement des capacités individuelles et collectives pour assurer l'amélioration tant de la longévité que de la qualité de la vie. [...] Elle ne doit certainement pas se contenter d'une information sur les risques — encore que cette étape de sensibilisation soit nécessaire —, mais doit s'assigner au moins comme objectif de provoquer chez les individus des modifications notables d'opinions et d'attitudes et, mieux encore, de voir s'exprimer des désirs de changement de comportements assortis d'une élévation du niveau d'aptitude à les opérer. À plus long terme on doit en attendre des changements réels observables »¹.

En fait, l'intitulé même de cette activité en souligne l'enjeu. Dans une acception large, l'éducation évoque la main tendue pour conduire sur le chemin de la réalisation de soi en société et la santé, l'équilibre dynamique de la personne



en relation avec son environnement. Éducation et santé impliquent la personne comme un tout et gardent leur part de mystère. Sans doute s'agit-il au fond de savoir aimer la vie et peut-être de retrouver le projet éducatif du philosophe antique tel pris dans l'exigence libératrice d'une cohérence entre discours et mode de vie².

Il reste que l'éducation pour la santé dont on souligne la faiblesse des moyens par rapport à ceux consacrés à l'activité de soins n'est pas aujourd'hui suffisamment bien organisée. On trouvera ici dans son intégralité le rapport édité cette année par un groupe de travail interinstitutions présidé par la direction générale de la santé. Des propositions sont avancées pour notamment constituer l'infrastructure de base qui, faisant défaut aujourd'hui, ne favorise pas le développement d'un secteur où interviennent de très nombreux organismes publics et privés. L'éducation est l'affaire de tous. L'éducation à la santé, c'est-à-dire celle qui s'appuie sur les données de santé, doit pouvoir se mettre au service de l'ensemble des dispositifs publics et privés ayant une vocation éducative.

D'une manière générale, l'objet de l'éducation à la santé est double :

- d'abord, elle doit promouvoir l'utilisation des moyens de protection susceptibles de mettre à l'abri de dangers sanitaires établis, en informant et en se gardant de banaliser ou de culpabiliser ;
- plus fondamentalement, elle œuvre pour le renforcement de « l'estime de soi » ; et dans un monde de dispersion et d'accélération, elle contribue à aider la personne à se retrouver « bien dans son corps ».

Ce dossier fait une place importante aux tribunes. Pour un tel sujet il nous a semblé utile en effet de recueillir les points de vue de l'expert de santé publique, du sociologue attentif à ce qui se joue actuellement dans les familles, dans ce que l'on appelle les zones de fracture sociale, du sociologue à l'écoute des jeunes, et enfin du thérapeute.

D'une façon ou d'une autre, ils nous invitent tous à savoir accueillir la personne dans toute sa complexité pour à la fois atteindre des objectifs d'intégration sociale et répondre au légitime souci d'un épanouissement consacrant les valeurs d'effort et d'encouragement.

¹ E. Lévy. *L'éducation pour la santé*, Avis du Conseil économique et social 1982.

² Pierre Hadot. *Qu'est-ce que la philosophie antique ?* folio essais.

Éducation sanitaire

C'est un terme employé pour désigner les occasions d'apprentissage délibérément mises en oeuvre pour faciliter les changements de comportement en vue d'atteindre un objectif déterminé à l'avance. Dans ce contexte, l'éducation sanitaire a été étroitement liée à la prévention de la maladie, en tant que moyen de changer des comportements qui ont été identifiés comme des facteurs de risque, pour certaines maladies. C'est une activité essentiellement éducative qui met en jeu une certaine forme de communication destinée à accroître les connaissances et à développer une compréhension et un savoir-faire qui contribuent à la santé. Toutefois, l'éducation sanitaire ne touche pas seulement les individus et leurs comportements, que ces comportements soient sains ou à risque. Dans le contexte de la promotion de la santé, différentes formes d'éducation sanitaire visant des groupes, des organismes et des communautés entières, sont nécessaires. [...] De cette façon, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé sont étroitement reliées entre elles. La promotion de la santé repose, par définition, sur la participation active d'un public informé au processus de changement. L'éducation sanitaire représente un outil capital pour ce processus.

Source : Glossaire de la promotion de la santé, in *Santé Société* collection *promotion de la santé*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.



Centre français de
documentation
en santé publique

Définitions issues de
la base de données du
Centre français de
documentation en
santé publique



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 géné-

raux 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.



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 :

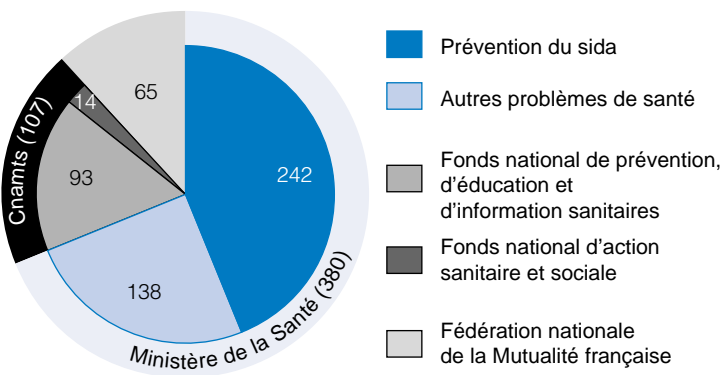
- le budget déconcentré par l'État pour l'éducation et la promotion de la santé en général (soit 20 MF en 1995) représente environ le quart du budget total des activités qu'il cofinance (le reste étant fourni par les collectivités territoriales, les caisses locales de sécurité sociale, ...)
- le budget 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.

Éducation pour la santé en Rhône-Alpes

L'éducation pour la santé semble prendre une place croissante dans les préoccupations et la politique des institutions, elle est de plus en plus directement associée à la responsabilité que ressentent ces organismes vis-à-vis de leur population de référence. Cette valeur de l'éducation pour la santé est reliée à sa capacité à contribuer à la réduction des problèmes de santé (sa place dans la prévention), à son potentiel méthodologique d'intervention dans différents lieux de vie, à son approche globale des personnes et des groupes. Deux demandes émergent des institutions :

- que le cadre et les moyens soient plus clairement fixés (par les pouvoirs publics) pour que l'éducation pour la santé puisse s'inscrire véritablement dans la santé publique ;
- que le domaine se professionnalise avec l'élaboration de référentiels méthodologiques communs.

Le projet derrière l'éducation pour la santé

La responsabilisation	64%
L'apprentissage de nouveaux comportements	49%
La capacité de motiver les personnes	41%
La relation d'aide	36%
La promotion de la capacité de choix des personnes	35%
L'information sur les déterminants de la santé	33%
L'action sur les conditions de vie	28%
L'approche pédagogique	27%
L'interdisciplinarité	25%
La promotion d'alternatives/comportements à problèmes	19%
La sensibilisation à des nouvelles valeurs	18%
La résolution de problèmes	12%
L'adéquation aux valeurs de la population	10%
Autres (approche communautaire...)	7%

Responsabilisation et changement de comportement arrivent donc en tête, c'est le modèle de l'époque : l'apprentissage de nouveaux comportements représente la composante instrumentale concrète d'un modèle psychosociologique du changement qui passe par la responsabilisation, la motivation, la relation d'aide.

Méthodologie

Le Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (Craes) a réalisé pour la direction générale de la Santé entre novembre 1994 et mars 1995 une enquête sur les activités d'éducation pour la santé dans la région Rhône-Alpes. Cette enquête a comporté deux volets :

- des entretiens semi directifs auprès d'une quinzaine de représentants des principales « familles » institutionnelles spécialement intéressées par la prévention éducative (services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, associations, univers éducatif et économique).
- une enquête par questionnaire auprès de 1 004 organismes de la région susceptibles de développer des activités d'éducation pour la santé (494 associations, 57 organismes de protection sociale, 160 services de collectivités territoriales, 26 services d'État déconcentrés, 124 services de médecine du travail, 73 structures relevant de l'éducation nationale, 27 organismes d'assurances et de retraite, 43 autres structures s'occupant de populations spécifiques : familles, jeunes). 322 d'entre eux ont répondu à l'enquête dont 280 se sont déclarés concernés.

Types d'interventions mises en œuvre pour promouvoir ces changements de comportements

Information	83 %
Animation	57 %
Communication	37 %
Formation	37 %
Étude, action	18 %
Évaluation	18 %
Médiation, approche communautaire	17 %
Soutien méthodologique	14 %
Programmation	7 %

L'information est placée en tête : l'animation arrive ensuite, qui est avec la communication, le support « moderne » de l'information. La formation, enfin, est surtout développée par le monde associatif.

Le primat de l'information reflète l'importance en éducation pour la santé du rapport au savoir : l'EPS est largement construite sur une base de connaissance : du corps humain, de ses besoins, de son fonctionnement, du développement cognitif, psychomoteur, affectif de la personne, des pathologies physiques et mentales. Cette base de connaissances est en constante évolution et sa maîtrise réclame un effort continu d'actualisation et de transmission du savoir.

Les éducateurs pour la santé se posent de manière croissante le problème de l'appropriation de ce savoir, des procédures, des dispositifs qui le facilitent, d'où sans doute, le score dans les items, de la communication, de l'animation, de la formation. Il est intéressant de remarquer l'écart apparent entre la place dominante de l'information dans les missions et les interventions des organismes et le poids mis ici sur le changement des personnes. L'univers de l'éducation pour la santé vit en équilibre entre deux modèles : l'apport d'information et la promotion du changement.

Thématiques d'intervention

Les répondants avaient la possibilité de cocher un ou plusieurs thèmes ; leurs réponses donnent le tableau suivant :

Sida	59 %
Alimentation et nutrition	45 %
Toxicomanie	42 %
Tabagisme	41 %
Alcoolisation excessive	39 %
Planification, IVG, sexualité	35 %
Vaccination	34 %
Violence	29 %
Hygiène générale	27 %
Rythmes de vie	27 %
Accidents domestiques	21 %
Bon usage du médicament	21 %
Hygiène bucco-dentaire	21 %
Santé mentale, suicide	21 %
Environnement	19 %
Maladies professionnelles, AT	19 %
Activités physiques et sportives	18 %
Cancers	17 %
Viellissement	16 %
Maladies cardio-vasculaire	14 %
Troubles musculo-squelettiques, mal de dos	14 %
Autres (accès aux soins, bruit...)	14 %
Accidents voie publique	12 %
Tuberculose	8 %

Publics concernés préférentiellement par les actions

Jeunes (16–25 ans)	56 %
Adolescents (12–18 ans)	48 %
Familles	36 %
Populations en difficulté	34 %
Tout public	32 %
Enfants (7–12 ans)	30 %
Femmes	23 %
Travailleurs	23 %
Périnatalité petite enfance (0–7 ans)	17 %
Personnes âgées	12 %
Handicapés	10 %
Autres	9 %

On peut noter la dominance du public jeune, puis un ensemble important : enfance, publics en difficulté, femmes, familles qui intéresse une structure sur trois.

On retrouve fortement les publics prioritaires de la période : les jeunes 16–25 ans et l'univers de l'entrée dans le chômage, les adoles-

Priorités ressenties par les organismes répondant

En ce qui concerne les thèmes d'intervention, l'étude permettait de comparer les pratiques et les aspirations

Priorités ressenties	Priorités pratiquées
1 Toxicomanie	1 Sida
2 Alcoolisation excessive	2 Alimentation et nutrition
3 Sida	3 Toxicomanie
4 Santé mentale, suicide	4 Tabagisme
5 Planification, IVG, sexualité	5 Alcoolisation excessive
6 Tabagisme	6 Planification, IVG, sexualité
7 Violences	7 Vaccinations
8 Rythmes de vie	8 Violences
9 Alimentation et nutrition	9 Hygiène générale
10 Bon usage du médicament	10 Rythmes de vie

La santé mentale devient une préoccupation majeure pour l'EPS, ce ressenti d'une priorité forte est la marque de la perception des effets ravageurs de la crise (le coté « noir » : suicide...) mais aussi de l'évolution de la conception de l'éducation pour la santé vers une approche globale, celle de l'OMS ou la composante psychosociale du bien être prend une place croissante par rapport au seul aspect physiologique.

L'alcool pointe la « mauvaise conscience » de la prévention dans la mesure où les acteurs sentent bien le décalage entre l'importance objective du problème et les résistances à en faire dans les faits une véritable priorité.

La toxicomanie est certainement un marqueur privilégié des difficultés économiques, culturelles, sociales.

Les besoins des organismes pour améliorer leurs activités d'éducation pour la santé

250 organismes, soit 89 % du total déclarent avoir de tels besoins.

Les besoins prioritaires sont perçus au niveau de la communication avec les autres acteurs. La dimension *échanges* arrive en tête, devant le *besoin de supports pédagogiques et de documentation*.

La demande d'appuis méthodologique et de formation est le fait de plus du tiers des acteurs. À l'inverse, le monde de l'éducation pour la santé se place encore peu dans une dimension évaluative, sans doute parce que les

acteurs perçoivent leur travail dans le moyen et long terme et qu'ils ont peur de se voir imposer des évaluations à trop court terme.

Le partenariat n'est plus seulement une demande des institutions et des financeurs, c'est aussi un besoin des acteurs pour concrétiser la nouvelle dimension de réseau.

La demande d'appuis méthodologique et de formation est le fait de plus du tiers des acteurs. À l'inverse, le monde de l'éducation pour la santé se place encore peu dans une dimension évaluative, sans doute parce que les

cents et le problème des conduites « à risques » et les publics en difficulté et la recherche de solutions pour combattre la précarisation. En revanche, les handicapés, les personnes âgées, les travailleurs sont moins présents dans les préoccupations.

acteurs perçoivent leur travail dans le moyen et long terme et qu'ils ont peur de se voir imposer des évaluations à trop court terme.

Le partenariat n'est plus seulement une demande des institutions et des financeurs, c'est aussi un besoin des acteurs pour concrétiser la nouvelle dimension de réseau.

Les organismes ressources

L'enquête a mis en évidence l'importance du conseil méthodologique réalisé par les associations généralistes de proximité (comités départementaux d'éducation pour la santé...) et l'importance des institutions de référence, en particulier dans le champ de la toxicomanie.

La documentation est une ressource beaucoup plus clairement identifiée que le conseil méthodologique et les grandes associations nationales sont perçues comme source d'une importante documentation.

Claude Bouchet et Antoine Caprioli



Une politique et des instruments pour l'éducation pour la santé

Les propositions présentées ont été établies avec l'objectif de créer les conditions d'une coordination et d'une utilisation efficaces des moyens humains et financiers disponibles dans le domaine de l'éducation pour la santé, tout en respectant l'autonomie des acteurs. Pragmatiques, elles n'envisagent donc pas de profonde réforme d'ensemble de la gestion du dispositif qui aurait conduit par exemple à proposer de centraliser l'ensemble des moyens publics affectés à l'éducation pour la santé. Destinées à consolider ce secteur et à lui donner une crédibilité, elles devraient permettre l'adoption de mesures propres à accentuer son développement.

La gestion partagée et décentralisée du dispositif d'éducation pour la santé est défendable et trouve de fortes justifications. Les logiques institutionnelles peuvent, certes, être partiellement spécifiques : elle peuvent et doivent, cependant, pour partie converger lorsque des objectifs collectifs de santé publique ont été identifiés. C'est ce qui est désormais possible avec la détermination forte du Gouvernement de faire des priorités de santé publique affichées l'un des axes de l'orientation des financements publics des dépenses de santé.

Décliner les objectifs du rapport sur la santé en France

Le rapport *La santé en France* du Haut Comité de la santé publique a défini des priorités nationales en matière de santé publique et fixé des objectifs chiffrés et datés dans les domaines retenus (par exemple : « d'ici à l'an 2000 diminuer de 35 % la proportion de fumeurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans »). La quasi-totalité des 14 problèmes de santé (acci-

dents, cancers, douleur...) et des 4 déterminants prioritaires (consommations d'alcool, usage du tabac, précarité-insertion et santé, et difficultés d'accès aux soins et à la prévention) appellent des mesures d'information et d'éducation pour la santé (par exemple : « intensifier les actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire de manière à retarder de façon significative, chez les garçons comme chez les filles, l'âge de début du tabagisme »). Ces objectifs doivent orienter les activités du CFES et, autant que faire se peut, celles des autres partenaires nationaux (Cnamts par exemple par l'intermédiaire de l'arrêté fixant le programme du FNPEIS) dans le but de parvenir, à terme, à l'élaboration d'une stratégie nationale en matière d'éducation et de promotion de la santé.

Les nombreux organismes nationaux, notamment privés (mutuelles, grandes associations) œuvrant dans le domaine de l'éducation pour la santé, n'agissent pas pour le moment de



façon concertée, partiellement en raison d'un défaut de reconnaissance mutuelle de leurs vocations et savoir-faire respectifs et d'objectifs partagés. Il appartient à l'État de créer les conditions permettant de combler ces lacunes. Le principe d'une concertation régulière de ces organismes partenaires sera mis en œuvre par la DGS. Une rencontre nationale (impliquant le niveau local) est organisée en 1996 afin de valoriser l'éducation pour la santé comme outil de promotion de la santé. Cette rencontre doit permettre de préciser les positionnements et les intentions de ces différents organismes par rapport aux nombreux domaines de l'éducation pour la santé (quels publics, quels thèmes, quels milieux d'intervention, quels principes et modalités d'intervention...). Les domaines retenus à titre prioritaire, notamment par référence au rapport sur la santé en France, feront l'objet sur cette base d'un examen visant à définir des perspectives de développement et des pistes de coopération entre organismes principalement concernés. Cet examen portera également sur les outils « transversaux », communs à l'ensemble des acteurs : documentation, méthodes, formation... L'ensemble de ces opérations devrait déboucher à terme sur une charte de partenariat, précisant les principes d'une collaboration entre les divers partenaires nationaux.

La responsabilité de l'information et de l'éducation pour la santé à l'école incombe au ministère de l'Éducation nationale qui dispose

Organiser la concertation des organismes nationaux

Favoriser le développement de l'éducation pour la santé à l'école

Développer la convergence de l'action des partenaires dans le cadre de la politique régionale de santé

de nombreux moyens d'intervention (professionnels de santé, dispositifs favorisant la vie scolaire, programmes scolaires). Il est déjà impliqué dans des dispositifs de coordination interministérielle pour des problèmes de santé graves à court terme (transmission du VIH, toxicomanie). C'est ainsi qu'une expérimentation a été engagée sur trois académies pour faire passer à 20 heures l'horaire annuel de l'élève pour l'éducation sexuelle (classes de 4^e et 3^e). Cependant, le développement d'une coopération d'ensemble par rapport à l'éducation pour la santé vue de façon non spécifique reste important afin d'éviter des sollicitations multiples et dispersées du milieu scolaire, et il appartient à la DGS de le favoriser. Par ailleurs, la recherche de synergies entre l'école et son environnement implique la contribution de l'autorité sanitaire. Cette coopération conduira à actualiser la convention tripartite établie entre le ministère de l'Éducation nationale, celui chargé de la Santé et le CFES qui prendra en compte le suivi du réseau français des écoles-santé bâti dans un cadre européen (OMS, Union européenne, Conseil de l'Europe).

La démarche engagée depuis 1995 dans le cadre des conférences régionales de santé est fondée sur un principe d'association en amont des institutions et organismes concernés par la politique de santé dans le but de définir des priorités régionales adaptées. Ces conférences sont suivies d'un développement progressif de projets régionaux de santé répondant aux prio-

Faire du CFES un centre de référence et de ressources


La subvention de fonctionnement, attribuée annuellement par l'État au CFES, est affectée sans cadre de référence pluriannuel et le CFES n'est pas structuré de façon suffisante tant pour permettre une insertion convenable des actions de communication dans une stratégie d'ensemble éclairée par la recherche, que pour suivre des domaines pourtant prioritaires comme : cancers, dépendances, maladies transmissibles... Un contrat d'ob-

jectif pluri-annuel sur 3 ans avec le CFES devrait permettre d'orienter la restructuration de l'organisation du CFES en précisant l'affectation des moyens financiers renforcés qui lui seront consacrés dans le but de constituer un centre de référence national en la matière.

Intégrer le CFES dans le réseau international des institutions nationales homologues

L'instauration de relations privilé-

giées entre les différents centres nationaux d'éducation et de promotion de la santé fait partie des priorités du nouveau programme communautaire sur l'éducation et la promotion de la santé (découlant de l'application de l'article 129 sur la prévention sanitaire, du traité de Maastricht). Le CFES a déjà entrepris de renforcer ses liens avec ses homologues européens. Ce point pourra faire l'objet de la convention d'objectif passée avec le CFES.



rités et aux objectifs repérés. Ces programmes permettront d'intégrer des activités d'éducation pour la santé dont la réalisation bénéficiera des coordinations instaurées dans ce cadre.

Consolider les bases méthodologiques et scientifiques

Le dispositif d'éducation pour la santé souffre d'un défaut de relation avec le secteur de la recherche et d'une inscription insuffisante des actions de communication nationale dans des stratégies diversifiées (faisant appel à l'ensemble des moyens d'intervention susceptibles d'être adoptés pour les objectifs recherchés y compris ceux dépassant le seul cadre de l'information et de l'éducation sanitaires). Le CFES a entrepris de corriger ces défauts en mettant en place un comité scientifique et des comités d'experts sur les grandes campagnes nationales (afin de préciser des stratégies de communication pluriannuelles sur les campagnes financées par la Cnamts). Mais les moyens du CFES apparaissent insuffisants pour faire face à l'enjeu. Afin de développer les études dans le domaine de l'éducation pour la santé et notamment leurs applications à des campagnes de communication nationales, la DGS s'engage à réserver sur 3 ans 500 000 F par an sur ses crédits d'études (4 000 000 F annuels). Une évaluation de la dynamique créée sera réalisée au terme de ces 3 ans. Les appels d'offres seront définis en liaison avec les principaux partenaires nationaux dont le CFES, la Cnamts et le ministère de l'Éducation nationale. Par ailleurs, la DGS promouvra la prise en compte du champ de la recherche en éducation pour la santé dans le cadre de la contractualisation avec l'Inserm.

Le réseau des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé est le seul à vocation généraliste totalement dédié à des missions d'éducation pour la santé. Il est conjointement soutenu par les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale et l'État, qui fournit un effort budgétaire particulier depuis le budget 1994. Des objectifs de structuration sont à poursuivre en liaison avec les différents partenaires afin de couvrir chaque département par un comité d'éducation pour la santé disposant d'une capacité d'animation et de doter chaque région d'un centre de référence

Développer la capacité d'expertise en éducation pour la santé

Renforcer le réseau des Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé

et de ressources. L'objectif est de constituer dans chaque région un centre de capitalisation d'expériences et de diffusion de méthodes, au moyen d'un redéploiement au profit du réseau des crédits d'État consacrés à l'éducation et la promotion de la santé

Les crédits déconcentrés de l'État en matière d'éducation pour la santé sont tout à la fois affectés à des actions et au soutien des comités d'éducation pour la santé. Afin de former dans chaque région de véritables pôles de références (documentation, formation, aide méthodologique), une grande partie de ces crédits devront clairement être affectés à la structuration de ces pôles de référence qui devront répondre à des cahiers des charges précis. Les Drass interviendront dans la labélisation de ces centres de référence qui devront être les interlocuteurs régionaux compétents de l'ensemble des opérateurs en matière d'éducation pour la santé.

L'amélioration de la procédure d'agrément des comités d'éducation pour la santé par le CFES devrait assurer la référence à des valeurs et à des objectifs communs et développer la professionnalisation. L'agrément fait l'objet d'un projet de charte du réseau des comités soumis actuellement par le CFES à la discussion. Il impliquera l'adhésion aux valeurs et aux objectifs définis et devra être renouvelé tous les cinq ans (il est aujourd'hui tacitement reconduit sans limitation de temps, un retrait restant cependant possible). L'avis des services de l'État sera systématiquement recueilli.

Former des compétences et mieux faire connaître l'existant

Assurer une formation pour les intervenants en éducation pour la santé est une nécessité. Ceci suppose le développement d'une formation continue assurée par le CFES et le réseau des comités, avec le concours de l'École nationale de santé publique (donnant lieu à l'attribution d'un certificat reconnu au niveau national). Cette formation (150 heures environ) a été engagée au sein du CFES avec les Direps pour une cinquantaine de membres du réseau. Dans un cadre régional, des échanges permanents sur les pratiques des intervenants devront être facilités. La formation en matière d'éducation pour la santé dans le cadre de la mise en place progressive des instituts universitaires de santé publique devra être développée.

Éducation pour la santé et priorités de *La santé en France*

Le pôle Méthodologie recherche évaluation (Merev) des délégations inter-régionales pour l'éducation et la promotion de la santé (Direps) et le CFES ont élaboré un document sur la place et le rôle de l'éducation pour la santé dans le cadre des priorités

définies dans le rapport du HCSP *La santé en France*. Un exemple de déclinaison dans le champ de l'éducation pour la santé d'une des 18 priorités mises en avant par ce rapport est présentée ci-dessous à titre d'illustration.

Accidents de la vie courante

Rappel de l'objectif spécifique identifié par le HCSP

Réduire de 20 % le taux de mortalité d'ici l'an 2000 (18 000 décès, 4 millions d'accidents, 530 000 hospitalisations).

Mesures liées à l'éducation pour la santé préconisées par le HCSP pour atteindre l'objectif

Les mesures préconisées concernent le développement de la prévention par la sensibilisation et l'information :

- des parents d'enfants en bas âge ainsi que des personnes âgées et des personnes qui interviennent à leur domicile pour l'aménagement de la maison et l'adoption de matériel offrant toute sécurité,
- des éducateurs pour qu'ils développent la prévention,
- de l'ensemble de la population pour diminuer l'utilisation de l'eau sanitaire trop chaude.

Notre analyse de la situation

Des facteurs favorisant les accidents de la vie courante sont présents dans notre environnement quotidien. Ils ne sont pas suffisamment pris en compte et jugés comme important par les responsables, par exemple : voirie et sécurité (enfants, personnes âgées, handicapés), sécurité et structure collective de vie (notamment pour personnes âgées), facteurs psychosociaux (dépression, solitude des personnes âgées, négligence des adultes à l'égard des enfants).

Les moyens et recommandations proposés Concernant les enfants

- Former des adultes relais, intégrés à l'Institut universitaire de formation des maîtres, auprès des enseignants des petites et moyennes sections pour mener des actions de prévention dans leur classe,
- Former des équipes de santé scolaire et de Protection maternelle et infantile pour aider à mieux connaître les accidents de la vie courante des enfants et soutenir des projets dans leurs secteurs,
- Former les assistantes maternelles sur les mécanismes qui aboutissent à l'accident,
- Favoriser l'apprentissage ou informer sur le développement psychomoteur de l'enfant auprès des parents lors de l'entrée de l'enfant à la crèche.

Concernant les personnes âgées

- Sensibiliser et former le personnel des structures d'accueil et d'hébergement
- Former les personnes qui préparent le brevet d'études professionnelles sanitaire et social
- Sensibiliser les intervenants des institutions gérant des logements sociaux, des associations de personnes âgées sur les risques de chute et d'accidents au domicile,
- Encourager le théâtre forum sur ce thème dans les clubs de personnes âgées comme la troupe de Vendée (CPAM), et tout moyen d'animation passant par le jeu et la participation des personnes âgées.

Concernant toute la population

- Favoriser la collaboration et le travail interpartenarial avec les associations de consommateurs,
- Former les professionnels des clubs sportifs et associations sportives locales à la prévention des accidents du sport.

Exemples d'actions

Prévention des chutes des personnes âgées, CRES de Midi-Pyrénées

- Formation sur la prévention des chutes pour les aides ménagères intervenant à domicile.
- Élaboration d'un document grand public sur la prévention des chutes chez la personne âgée.

Prévention des accidents du jeune enfant, CRES d'Aquitaine

- Formation de professionnels de la petite enfance.
 - Ateliers parents et ateliers enfants.
- ##### Prévention des chutes des personnes âgées, CRES d'Île-de-France (Cresif)
- Supports produits : expositions, brochures (*Sous des pieds* (Cresif) et *Questions de prudence* (Cramif et Cresif)).

- Journée régionale de restitution des actions réalisées localement entre 1990 et 1992 et publication des actes.

Sensibilisation, CDES d'Alpes-Maritimes

- Enquête sur la perception du problème par le grand-public.
- Sensibilisation à la prévention et aux gestes de premier secours.

Santé communautaire intergénérationnelle, Adessi

- Échanges entre personnes âgées et enfants d'une école primaire sur les accidents domestiques à différentes époques et création d'un spectacle par les enfants sur ce thème.

Formation de relais, Adess de l'Ain

- Formation des assistantes maternelles, puéricultrices, médecins de PMI sur l'enfant et la relation à son corps et la psychomotricité libre en crèche.

Outil, CDES du Gard

Création du « châlet de tous les dangers » comprenant 4 pièces avec un potentiel de dangers à identifier et à expliciter.

Omar Brixi

Pour favoriser la formation des autres professionnels concernés, des travaux ont été entrepris par le CFES avec les principaux organismes de formation de médecins généralistes à la suite d'un colloque national entre médecins de santé publique et médecins généralistes (Hammamet, Tunisie). Dans le cadre du dispositif conventionnel actuel, une demande de prise en compte de l'éducation pour la santé dans la liste des thèmes indemnisables a été effectuée auprès du Comité national pour la formation continue pour 1997 (à l'heure actuelle, le thème n'y figure pas explicitement). Il s'agit de pouvoir bâtir une formation sur le rôle du médecin généraliste, les méthodes en éducation pour la santé, l'éducation du patient, le relais local d'une campagne nationale, l'intégration dans des actions locales collectives...

Il n'existe pas à l'heure actuelle de système national permettant de recenser les différentes informations sur les supports, les acteurs et les actions d'éducation pour la santé. La DGS a établi un mode de classification pour les actions co-financées avec les crédits déconcentrés pour l'éducation et la promotion de la santé (ligne 47.11/20). Ce système sera coordonné avec celui que le CFES vient d'entreprendre dans le cadre du réseau afin de disposer d'un outil permettant — en premier lieu au niveau régional — de recenser l'activité menée dans ce domaine. Cette mission devrait être prise en compte dans le cadre des financements pour conseil méthodologique régional.

Consolider les crédits d'État affectés à l'éducation pour la santé

En dépit des redéploiements déjà effectués à leur profit, les crédits d'État consacrés à l'éducation pour la santé sont insuffisants pour orienter de façon volontariste le dispositif et de disposer au niveau local de leviers d'entraînement sur d'autres partenaires pour construire des programmes régionaux. Une augmentation sera demandée au budget 1997 avec un triple but : renforcer l'action du CFES dans l'optique de la restructuration prévue plus haut, constituer les pôles de référence méthodologique évoqués ci-dessus et enfin développer des actions dans le cadre des projets régionaux de santé élaborés sur la base des priorités des conférences régionales de santé.

Propositions du rapport cité p. XIII

Académie de Nice

Adolescence, âge de tous les possibles

« **Adolescence, âge de tous les possibles** » (AATP) est un **programme d'éducation pour la santé destiné aux adolescents des collèges.**

La finalité est de responsabiliser les adolescents et de les rendre capables de faire le choix d'un mode de vie sain et équilibré. Pour cela, les enseignants devenus éducateurs de santé, transmettront des notions de base de santé aux élèves, et essaieront d'apporter aide et écoute aux adolescents en difficulté. Ce projet est né de la volonté commune de promouvoir des actions de prévention exprimée par des acteurs de terrain : médecins et infirmiers de l'Éducation nationale, enseignants de collèges, chefs d'établissement, et des responsables académiques.

L'association « Interface santé 83 » composée de l'académie de Nice, du conseil général du Var, de la Caisse primaire d'assurance maladie, de l'Union varoise de la Mutualité française et du comité départemental d'éducation pour la santé pilote le programme qui se décompose en deux étapes principales.

Première phase : **création d'un outil, les dossiers AATP**

Une soixantaine de personnes de l'Éducation nationale, d'organismes et d'associations de prévention se sont réunies régulièrement de février 1993 à mai 1994.

Elles ont élaboré deux dossiers de 300 pages chacun, à l'usage des enseignants : *Adolescence, âge de tous les possibles* (dossier sixième-cinquième édité en août 1995 et dossier quatrième-troisième édité en août 1996). Chaque volume comprend quatre chapitres :

- équilibre alimentaire et croissance,
- hygiène de vie pour vivre ensemble,
- vie sexuelle et vie familiale,
- consommations et comportements à risques.

Chaque chapitre est divisé en cinq parties, toutes organisées de la même manière : conseils santé (rappelant les notions de base de santé), fiches et pistes pédagogiques, documents pédagogiques utilisables dans les différentes disciplines sans surcharge des programmes scolaires car conçus pour s'y intégrer.

Deuxième phase : **mise en œuvre du programme AATP dans les collèges**

L'application sur le terrain consiste à faire connaître le programme et former les enseignants pour qu'ils deviennent acteurs d'éducation pour la santé auprès des adolescents.

Les enseignants doivent transmettre des connaissances afin de modifier les comportements en inscrivant les messages dans la durée pendant les quatre ans de la scolarité au collège, repérer les difficultés de certains élèves et leur proposer un projet d'aide personnalisée.

Les informations données aux adolescents portent sur leur corps, leur santé et les problèmes qu'ils peuvent rencontrer.

Ce travail prend comme point de dé-



part le vécu des élèves et répond à leurs demandes.

Les messages doivent mettre en valeur les aspects positifs de la santé et de la forme physique, faire comprendre que la santé n'est pas un droit, qu'elle se mérite par des efforts quotidiens. Il faut apprendre aux adolescents à respecter leur corps et introduire chez eux un sentiment de responsabilité.

L'élève doit comprendre et se réapproprier des notions de santé, notions qu'il recevra au cours des enseignements des différentes disciplines.

Pour une classe donnée, un seul des quatre chapitres est traité à la fois, en thème transversal. Pour rester cohérents, les différents intervenants s'appuient sur les conseils santé du classeur. Les fiches pédagogiques proposent des adresses et des ouvrages (livres, vidéos...) à consulter pour approfondir le sujet. Les pistes pédagogiques introduisent pour chaque matière les documents pédagogiques utilisables avec les élèves, des exercices, des suggestions d'activités...

Le programme AATP s'appuie dans chaque collège sur une équipe de prévention composée de personnel volontaire : enseignants, personnes de l'équipe d'encadrement, médecin, infirmier, assistante sociale... Le rôle de cette équipe est double : conduire la politique de prévention, faire le point sur les problèmes qui se posent, et proposer des solutions avec l'aide de personnes-ressources.

AATP s'intègre dans le projet d'établissement. Il est soumis à l'approbation du conseil d'administration et présenté aux parents d'élèves.

Dynamique dans le Var

Le programme AATP est devenu opérationnel dans le Var à la rentrée 1995, où les 75 collèges publics et privés du département ont reçu un exemplaire du dossier sixième-cinquième.

Une équipe académique de deux personnes (médecin de l'Éducation nationale, enseignant chargé de mission) met en place le programme.

Elle diffuse AATP dans les établissements scolaires, aide à la mise en œuvre sur le terrain, à la création des équipes de prévention et à leur formation, conforte les équipes tout au long de l'année.

L'équipe propose à chaque collège une présentation du programme en une heure et un stage d'établissement Mafpen (Mission académique de formation des personnels de l'Éducation nationale) de trois jours (un par trimestre) destiné à toute personne de la communauté éducative intéressée.

Le premier jour est réservé à la présentation détaillée du programme ainsi qu'à une réflexion sur l'adolescence et ses problèmes menée par un psychiatre. Les stagiaires choisissent en fonction des particularités de l'établissement le ou les thèmes prioritaires parmi ceux proposés dans le classeur AATP et prévoient la mise en œuvre sur le terrain. La deuxième journée de stage permet de faire le point sur l'avancement des travaux et de prévoir une éventuelle formation complémentaire qui se déroule le troisième jour.

Ainsi, un gynécologue a traité de la vie sexuelle, un ORL des méfaits du bruit. C'est également le dernier jour que se fait le bilan de l'année écoulée et que s'élaborent les perspectives pour l'année à venir.

Premiers résultats

Au terme de la première année expérimentale, ces résultats se dégagent :

- 21 collèges (14 100 élèves) se sont intéressés au programme AATP.
- 15 collèges (200 adultes) ont bénéficié d'une présentation.
- 9 collèges (110 adultes dont 70 enseignants) ont suivi un stage d'établissement.

Chaque collège a adapté le programme à ses besoins et à ses aspirations. Certains établissements ont choisi un thème (ou deux) et ont appliqué l'ensemble du programme dans une classe ou un niveau de classe.

On tire de ces expériences un premier bilan positif :

- grand dynamisme et forte motivation des adultes impliqués (mais leur nombre n'était pas toujours suffisant pour entraîner l'ensemble du collège dans l'application du programme) ;
- amélioration de la communication au sein de l'établissement ;
- intérêt pour l'éducation à la santé que beaucoup n'avaient pas encore intégrée dans leur enseignement ;
- meilleure connaissance des fonctions et des limites de chacun, en particulier dans le domaine de la médecine, avec les notions de secret médical et de secret professionnel.

Après cette expérience, certains facteurs semblent indispensables pour la réussite de l'entreprise tels que : l'implication et la participation active du chef d'établissement ou de son adjoint, de la documentaliste, du conseiller principal d'éducation, d'enseignants de plusieurs disciplines, et de celle du médecin à toutes les étapes de la mise en œuvre.

Dans les établissements concernés, tous s'accordent pour penser que le collège doit être un lieu de vie et de communication propice à l'épanouissement de l'élève en tant qu'adolescent et pas seulement en tant qu'« apprenant » et qu'« être en bonne santé » est un des facteurs contribuant à la réussite scolaire et à l'intégration sociale.

Anne-Marie Bouchard et Nathalie Iahns



L'éducation pour la santé, une efficacité sous conditions

Évaluer l'éducation pour la santé est complexe car il s'agit théoriquement de mesurer son impact sur les modifications de comportement. Les différents types d'évaluation sont présentés ici suivis d'une réflexion sur la notion d'efficacité en éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé est un ensemble d'interventions qui vise à informer, motiver et aider la population à adopter volontairement des comportements favorables à la santé. C'est donc sur le changement de comportement qu'il faudrait théoriquement mesurer l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé. Seulement sous cette simple évidence se cache une notion complexe : celle de comportement. Les déterminants d'un comportement sont multiples et difficilement appréhendables puisque intriqués à l'*habitus* de l'individu et aux conditions sociales, économiques, politiques et environnementales dans lesquelles vit celui-ci. De fait, l'évaluation correcte de l'impact des actions d'éducation pour la santé est largement tributaire de normes, critères et outils fort complexes à saisir de manière scientifique. Nombre d'évaluations contournent cette complexité en déportant leur objet vers des indicateurs intermédiaires.

Quelle évaluation ?

L'une des difficultés majeures à laquelle se heurtent les évaluateurs d'actions d'éducation

pour la santé réside dans la définition même de l'objet qu'ils vont mesurer et des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Pour mesurer l'efficacité d'une action de santé, on peut aussi bien s'attacher :

- aux résultats et à l'impact de l'action, c'est-à-dire à l'atteinte des objectifs de l'action (*effectiveness*), au-delà de l'efficacité d'une action, c'est son effet que l'on cherche à mesurer (*outcome evaluation*). Il y a des effets espérés (les objectifs) et des effets latéraux, non prévus, qui peuvent être bénéfiques ou non. On a par exemple remarqué que certains programmes d'éducation pour la santé amélioraient les résultats scolaires en plus de leur action propre ;
- à la pertinence de l'action, il s'agit de s'assurer de l'adéquation entre la nature de l'action engagée et les déterminants du comportement (connaissances, croyances, circonstances, expériences) de la population concernée (*efficacy*) ;
- au « rendement » et à la cohérence de l'action, c'est-à-dire au degré d'adéquation entre le programme, ses objectifs, et les moyens mis en œuvre, il s'agit d'analyser les ressources employées (*efficiency*), et de les confronter aux résultats de l'action. Le corollaire de cette

recherche permet d'évaluer le rapport coût sur efficacité.

En fonction de l'objet à évaluer, des critères d'efficacité sont dégagés au regard des facteurs influencés par les actions d'éducation pour la santé. Mais dans le secteur de l'intervention sociale, les indicateurs quantitatifs ne sont pas aussi opératoires que dans les champs économiques et scientifiques. Le mieux être d'un groupe humain est, par nature, plus difficile à mesurer que la productivité d'une entreprise.

Il est incontestable que mesurer uniquement par des évaluations quantitatives certains effets de programme portant sur la dynamique sociale ou sur l'évolution de pratiques est inopérant. De même, l'évolution d'un taux de morbidité, par exemple, ne peut suffire à évaluer l'état de santé d'une population. Par conséquent, la stratégie de mesure et les instruments mobilisés sont certes déterminants pour l'appréhension des résultats d'un programme, mais ne permettent pas pour autant de cerner toutes les dimensions du concept à évaluer.

Au-delà de la difficulté d'identifier des critères pertinents pour l'action, les évaluateurs en éducation pour la santé se heurtent à la validité des instruments et des stratégies de mesure.

Le deuxième écueil, c'est le temps. Les effets attendus des actions d'éducation pour la santé étant généralement de l'ordre d'une modification de comportements ou d'attitudes, la dimension temporelle joue un rôle essentiel. Un changement de comportement ne peut se mesurer qu'à moyen, voire long terme. L'efficacité d'une action d'éducation pour la santé ne peut donc s'apprécier immédiatement.

Le troisième écueil réside dans le fait qu'il est difficile de dégager un résultat spécifique à l'action dans un contexte social qui interagit. Le résultat produit et mesuré à l'issue d'une action d'éducation pour la santé est effectivement indissociable, ou en partie tributaire, du contexte dans lequel il a été produit (normes sociales existantes, comportements, environnement). Ainsi les enquêtes par sondage permettent de dégager des tendances, des évolutions, mais ne peuvent en aucun cas mettre en évidence l'efficacité d'une action. Elles ne peuvent distinguer ce qui dans un changement de comportement, par exemple, relève spécifiquement de l'action de ce qui relève des influences du corps social (média, débat social, évolution de la législation). En d'autres termes, on ne peut avoir la certitude que les variations observées

Évaluation du programme Plan santé ville

L'éducation pour la santé est aujourd'hui fortement mobilisée par les programmes d'insertion et de développement social*.

Dans le cadre de la lutte contre la précarité, les actions de santé publique entreprises s'inscrivent dans un ensemble plus vaste. Ainsi les actions d'éducation pour la santé auprès de populations en difficulté mettent à contribution plusieurs dispositifs d'insertion ou de développement social, tels les zones d'éducation prioritaire, les missions locales, les programmes de santé communautaire. Trouver des groupes témoins devient alors difficile puisque les politiques publiques ambitionnent de couvrir tous les quartiers et populations en difficulté. Par ailleurs ces populations, par leur caractère instable et mobile géographiquement, rendent le maintien quantitatif des échantillons étudiés très difficile.

Le partenariat mis à contribution, pour ce type d'action, rassemble également des associations et institutions n'ayant pas les mêmes critères d'évaluation. Ainsi les CAF seront sensibles au surcoût occasionné par le traitement des dossiers de familles en difficulté, les municipalités aux incidences électorales notamment en matière de délinquance et de toxicomanie, les administrations à la conformité entre politiques menées et circulaires en vigueur.

* Évaluation du programme Plan Santé Ville — Réseaux de Santé de proximité, O. Brixi, F. Alias, L. Tondeur, CFES, janvier 1996.

Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos, R. Pineault in *Revue d'épidémiologie et de santé publique* n° 33, 1985, p. 173-181.

sont bien dues au programme. Cette validité est favorisée, mais non garantie, par l'existence d'un groupe témoin, de même que la répartition au hasard des sujets dans le groupe expérimental et le groupe témoin.

Les critères et processus d'évaluation de ce type d'intervention sont également indissociables des enjeux sociaux conduisant aux choix politiques de santé publique. C'est ainsi que des critères éthiques, idéologiques, peuvent fonder des objectifs d'action qui ne sont pas toujours en rapport avec la réalité des problématiques. C'est notamment le cas en matière de lutte contre le sida et la toxicomanie.

Les critères techniques de validité de l'évaluation se heurtent donc aux normes et critères socio-politiques de l'évaluation, mais aussi à d'autres contingences techniques dues aux types de programmes et de populations ciblées.



Pour que l'impact des résultats des programmes de santé publique puisse être mesuré, il est nécessaire de s'inscrire dans la durée. Or, le système de financement de l'éducation pour la santé en France, le financement par projet, conduit à ce que des projets prometteurs soient privés de financements à long terme. Ce problème est encore aggravé par le fait que les fonds alloués sont affectés de manière restrictive (par exemple à la communication) ou sont mis à disposition à bref délai, pour être dépensés immédiatement, ce qui est contestable quant à l'efficacité des actions.

Ce manque de moyens financiers conduit aussi les acteurs de ces actions à « naviguer à vue » et à effectuer des évaluations sur la base de questionnaires conçus par des non-professionnels du travail sociologique, et dont la diffusion et les retours demeurent très aléatoires.

Devant les difficultés qu'il faut surmonter pour mettre sur pied des groupes témoins, l'incapacité de cerner les effets induits par le processus d'évaluation retenu, l'emploi de méthodes aussi strictes que la conception expérimentale ou l'évaluation « sélective » est modéré en France. Il convient de noter que différents chercheurs anglo-saxons se sont essayés, certains avec succès, aux analyses expérimentales sur des programmes d'éducation pour la santé. La grande majorité des études d'efficacité portent sur l'analyse d'indicateurs, analyses qui demeurent souvent partielles et insuffisantes et dont toute la difficulté réside dans le choix de ces indicateurs.

L'évaluation des résultats, n'ayant de valeur que si l'on peut relier les résultats au processus, consiste, en pratique, à évaluer des interrelations entre les résultats (et l'impact) et d'autres composantes du programme. Les facteurs, ainsi dégagés, constituent des « indicateurs intermédiaires » du succès, mais peuvent aussi être considérés directement comme les résultats attendus d'un processus éducatif. Les critères retenus sont majoritairement comportementaux, cognitifs, et/ou affectifs. Les indicateurs les plus souvent utilisés sont effectivement les connaissances ou croyances, les attitudes et intentions, les comportements déclarés. Ces indicateurs sont suivis par des sondages réguliers — enquête KABP pour le sida (*Prospective sida 2010*), Baromètre Santé, série de post-tests pour les campagnes nationales — ou isolés — ACSF, enquêtes adolescents. Mais suivant les objectifs de l'action entreprise il

• *Prospective sida 2010*.
Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Agence nationale de recherches sur le sida.
Paris : 1994.

• *Baromètre Santé 93/94*.
F. Baudier, Ch. Dressen, D. Grizeau, *et al.*, Paris : Éditions CFES 1995.

• *Les comportements sexuels en France*. A. Spira, N. Bajos, et le groupe ACSF.
Paris : La documentation Française, 1993.

• *Adolescents, enquête nationale*. M. Choquet, S. Ledoux. Paris : Inserm, 1994.

F. Champagne, A. P. Contandriopoulos, R. Pineault, *op. cit.*

Fisher L., Vanburen J., Nitzkin L et al. High light results of the Monroe county poison prevention demonstration project. Annual Joint Meeting Minneapolis, 1981.

pourra également être procédé à la mise en place d'indices pouvant suivre la qualité de vie, l'implication sociale, le soutien social, l'affirmation de soi, ou l'efficacité perçue au sein d'un groupe de population.

Quelle efficacité ?

À partir de ces outils, il est donc possible de dégager les effets d'action d'éducation pour la santé. La Commission européenne de l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (UIEPS) a répertorié, au niveau international, 200 études d'efficacité d'actions d'éducation ou de promotion de la santé. Il ressort de cette analyse que les actions contribuent globalement à :

- faire progresser les connaissances ;
- faire prendre conscience des risques et comportements à risque ;
- mobiliser des décideurs, mobilisation qui peut conduire à la définition ou à l'ajustement du cadre législatif ;
- améliorer l'état de santé de certaines populations voire diminuer la prévalence de certaines pathologies ;
- comprimer les coûts des dépenses de santé.

Quand bien même l'objectif de l'éducation pour la santé n'est pas de réduire les dépenses de santé, elle y contribue en promouvant des comportements de responsabilisation vis-à-vis de l'usage des médicaments par exemple et en développant des programmes de prévention primaire, qui ont une incidence sur la prévalence de certaines pathologies. En prévenant tôt l'apparition d'un cancer, on limite les dépenses : l'investissement en communication étant moindre que ceux engagés dans les soins nécessités par cette maladie. Ce rapport coût sur avantage est difficilement appréhendable ; toutefois une équipe américaine a pu montrer que dans leur campagne préventive sur les accidents domestiques d'enfants, pour un dollar investi, vingt-cinq étaient économisés.

On a pu distinguer les actions qui ont le plus d'impact. Aussi les actions qui développent des aptitudes ou qui proposent des conseils personnalisés, celles qui sont axées sur l'acquisition de connaissances obtiennent de bons résultats. Les actions qui focalisent sur la capacité à reconnaître les pressions sociales, et/ou qui visent une modification des normes sociales plutôt qu'un changement de comportement obtiennent

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé



L'UIPES est une association mondiale d'individus et d'institutions œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, dont l'objet est d'améliorer la santé du monde par l'éducation, l'action communautaire et l'élaboration de politiques de santé publique. En rassemblant des personnes de différents secteurs pour débattre de politiques, techniques, et pratiques, l'UIPES offre un lieu interdisciplinaire pour ses membres dans toutes les régions du monde pour partager connaissances, expériences et points de vue. Organisation non gouvernementale, l'UIPES est en relation officielle de travail et coopère étroitement avec l'OMS, l'Unesco et l'Unicef. Elle collabore avec des organisations gouvernementales pour développer et améliorer les aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

Fondée à Paris en 1951, l'UIPES regroupe des membres de plus de 80 pays et décentralise son action par l'intermédiaire de Bureaux régionaux. Elle

a pour objectifs d'influencer et de soutenir le développement de la promotion de la santé et de renforcer les moyens de l'UIPES de remplir sa mission.

Activités

Les différentes activités de l'UIPES sont :

- *Porte-parole* : en favorisant le développement d'une opinion publique informée sur la santé ;
- *Liaison* : en maintenant des relations continues avec des organismes nationaux et internationaux concernés par la promotion de la santé ;
- *Communication* : en encourageant et en soutenant la création de réseaux effectifs avec des institutions régionales, nationales et internationales et des personnes œuvrant dans les champs concernés ;
- *Expertise* : en donnant son avis sur les implications des politiques et programmes de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé mis en place par l'OMS, l'Unesco et d'autres organismes internationaux et en soute-

nant le développement de leurs actions dans ces domaines ;

- *Information* : en facilitant les échanges mondiaux d'expériences ;
- *Formation* : en contribuant à l'amélioration des connaissances et des compétences requises pour fournir un travail efficace en promotion de la santé et en éducation pour la santé dans les domaines politiques et pratiques ;
- *Recherche* : en promouvant la recherche scientifique, y compris les études sur le terrain ;
- *Conférences* : en offrant des plateformes d'études et de discussions par l'organisation de conférences mondiales, de rencontres et de séminaires régionaux.

La revue trimestrielle de l'UIPES, *Promotion & éducation* est une revue professionnelle contenant des articles de référence sur tous les aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, de même que des nouvelles internationales sur des réunions ou événements importants dans le monde.

également des résultats significatifs à partir du moment où le processus d'évaluation n'est pas réduit à des critères sanitaires.

Ces résultats connexes ou dérivés de l'action sont particulièrement significatifs dans un champ plus vaste que celui du sanitaire : le champ social. L'éducation pour la santé n'est pas seulement un moyen d'intervention de santé publique qui permet un bien être physique et mental, mais elle concourt, au-delà, au bien être social, soit à toutes les dimensions de la santé définies par l'OMS en 1983. La toxicomanie, comme les maladies liées à une consommation excessive d'alcool, sont avant tout l'expression d'un mal de vivre que l'éducation pour la santé tente d'apaiser.


Ainsi, en s'intéressant à une population d'un foyer d'hébergement pour travailleurs immigrés à La Verrière dans les Yvelines, les promoteurs d'un projet d'éducation pour la santé ont agi sur les représentations de la santé de ces personnes et, indirectement, ont réduit l'isolement dont souffrait une majorité de ces immigrés.

School Health a review of the effectiveness of health education and health promotion, *International Union for Health Promotion and Education*, Peters L. & Paulussen T., 1994.

En revanche, les actions qui ne fournissent que des connaissances, ne visent pas à développer l'estime de soi ou l'aptitude à prendre des décisions, ou proposent simplement des comportements alternatifs ont des effets limités.

Il est à noter également que les campagnes nationales, qui ont des indicateurs limités (pré-test, post-test), ont un impact fort et immédiat, mais qui s'atténue dans le temps.

Finalement, peu d'études actuellement sont en mesure de montrer l'impact à long terme des actions d'éducation pour la santé sur le comportement, pour les raisons énoncées ci-avant. Toutefois le changement comportemental est plus significatif dans les programmes qui ont développé une approche globale. Peters et Paulussen, qui ont fait le compte rendu de douze études d'évaluation de la santé à l'école dans le cadre du projet de synthèse sur l'efficacité de l'éducation et de la promotion de la santé de l'UIEPS, montrent que la plupart des programmes présentaient quelques résultats positifs. L'amélioration des connaissances à court terme



est retrouvée dans toutes les études qui avaient considéré ce paramètre comme critère de jugement. Mais cette amélioration n'a pas conduit nécessairement à des changements de comportement. Les attitudes et croyances furent plus difficiles à influencer. Huit études sur dix mesurant le changement de comportement ont trouvé quelques effets à court terme. Mais celles qui ont entrepris des évaluations à long terme ont eu tendance à montrer une diminution de l'effet avec le temps. Un changement de comportement à long terme fut maintenu dans un seul programme, qui était intégré dans une approche communautaire plus large.

L'évaluation : une aide à la décision

L'éducation pour la santé est reconnue efficace dans les domaines où le système curatif est impuissant. Son efficacité est manifeste contre les accidents domestiques d'enfants, en matière d'incitation à la vaccination et pour la prévention de maladies sexuellement transmissibles comme le sida. En revanche dans d'autres domaines son efficacité est remise en cause.

L'évaluation en ce domaine sert donc bien souvent à alimenter cette exigence extrême d'efficacité, qui prévaut depuis plusieurs années pour l'éducation pour la santé. Cette attitude est significative du déni de la prévention en France. L'évaluation devrait prioritairement être un moyen d'aide à la décision pour poursuivre ou modifier une action et servir, par là-même, l'efficacité des actions.

Il est effectivement possible d'optimiser l'efficacité des actions au regard de l'expérience acquise en s'attachant à une formulation réaliste des objectifs de l'action, et de son évaluation.

Ainsi il est vain de s'attaquer à des comportements ou des habitudes sans remonter à l'environnement qui les conditionne largement (environnement physique et social). Il est vain de prétendre changer les comportements par la diffusion de campagnes médiatiques. Celles-ci, sont certes la partie visible de l'iceberg, mais n'ont pour vocation « que » l'évolution des représentations collectives. L'étape suivante est dévolue aux actions de proximité, moins spectaculaires, qui requièrent du temps pour que des effets puissent être dégagés, mais qui interviennent avant tout en capitalisant sur les évolutions suscitées par les premières.



Prévenir les toxicomanies l'expérience de Rennes

Une expérience a été effectuée au Collège des Ormeaux à Rennes dans le cadre des projets pilotes d'éducation pour la santé visant à prévenir les toxicomanies*. Il s'agissait de tester la faisabilité d'une démarche de prévention primaire des toxicomanies. Le test proposé par ce projet est le suivant : est-il possible par une éducation pour la santé globale de renforcer l'aptitude des jeunes à choisir une manière de vivre et de modifier dans un sens favorable leurs rapports à ces produits ? Le programme mis en œuvre sur trois ans a permis de dégager des modifications de comportements significatives pour les élèves l'ayant suivi. Il est effectivement observé une évolution des représentations des jeunes (diminution de la difficulté de prise de parole, la baisse du désir d'être autre physiquement, moindre besoin de jouer un rôle) et une nette progression de la confiance accordée aux adultes. Ces changements, ayant favorisé des attitudes nouvelles, ont été induits par la démarche entreprise pour mener le programme d'éducation pour la santé, notamment par la prise en compte des préoccupations des adolescents et la réalisation d'activités facilitant les relations (voyage d'étude par exemple). Ce programme s'est avéré efficace dans la mesure où il avait pour objectif de réduire les facteurs de risque des toxicomanies parmi lesquelles on trouve : les difficultés relationnelles**.

* Éducation pour la santé visant à prévenir les toxicomanies, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1984.

** La prévention primaire des toxicomanies en milieu scolaire, un projet européen à Rennes, A. Jourdain, A. M. Palicot.

De même il est vain de chercher à mesurer des changements de comportements à court terme, de chercher à évaluer quantitativement des maladies évitées par les programmes d'éducation pour la santé, et d'apprécier les effets produits uniquement d'un point de vue sanitaire pour rendre compte de l'efficacité d'un programme.

La question aujourd'hui n'est donc plus de savoir si l'éducation pour la santé est efficace pour investir en prévention primaire, mais bien plutôt de se demander si on se donne les moyens pour qu'elle le soit.

Laurence Tondeur

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



L'éducation pour la santé face à la « fracture sociale »

La pauvreté, apparaît aujourd'hui comme l'un des déterminants majeurs dans l'état de santé des populations, et par conséquent comme une zone de travail particulièrement stratégique en santé publique dans la plupart des pays du monde¹.

Depuis une vingtaine d'années ce phénomène a acquis une importance particulière en France, où d'après différentes estimations, entre 10 % et 20 % de la population vivrait au seuil ou dans un état de grande pauvreté (soit entre 5 et 13 millions de personnes)².

Les effets de cette « fracture sociale » sont nombreux, produisant de profonds bouleversements dans les conditions et modes de vie de ces populations, et sont à l'origine de véritables dynamiques de régression sur le plan social, politique et culturel, qui trouvent une expression particulière dans le champ de la santé.

Il est frappant de constater à quel point sur ce dernier registre, l'ensemble des observateurs et décideurs ayant compétence en la matière, à quelque niveau que ce soit, se rejoignent pour reconnaître que cette situation semble à l'origine d'une nouvelle demande, qu'il convient de prendre en compte de manière prioritaire dans la construction de politiques de santé publique pertinentes^{3, 4, 5}. De la même manière, la plupart d'entre-eux préconise le recours à des actions d'éducation et promotion de la santé des publics concernés, comme moyen de ré-

ponse le plus adapté à bon nombre des problèmes détectés.

Mais, l'examen attentif des capacités de réponse du système de santé à ce niveau, montre une série de décalages entre « l'offre et la demande », qui peuvent s'opposer à l'atteinte de tels objectifs, révélant des contradictions de fond entre intentions politiques, moyens mobilisés et fonctionnement du système de santé.

Éduquer les pauvres à la santé. De quoi parle-t-on ?

Les quelques études ayant cherché à préciser l'état de santé des personnes précarisées⁶, concluent à une absence de pathologies spécifiques, mais constatent un cumul de problèmes d'ordre biologique et psychologique mal ou non résolus, souvent occasionnés ou aggravés par la situation sociale de la personne, qui la place de fait dans une situation de fragilité et de risque accru par rapport au reste de la population.

Il n'en reste pas moins que le tableau d'ensemble qui en résulte, renvoie une image très préoccupante où l'on décèle également des signes de régression sanitaire. Du point de vue épidémiologique, on peut constater chez ces populations une incidence particulière des phénomènes épidémiques mal contrôlés (sida, hépatites, tuberculose...), ou de problèmes endémiques tels que les problèmes den-

taires et ophtalmologiques, ou certaines pathologies mentales névrotiques (essentiellement les dépressions).

Autour et entre ces figures relativement classiques de la nosographie médicale, viennent s'ajouter des « demandes » d'un genre « nouveau » pour les professionnels de la santé, que l'on classera essentiellement dans le champ de la santé mentale, parce que renvoyant au domaine du comportement et du ressenti (résumé souvent sous la notion de « mal-être »)⁷. Ici, on constatera l'absence ou l'abandon des préceptes préventifs les plus basiques et surtout (ce qui pose le plus problème à l'intervenant en santé, puisqu'en contradiction totale avec son propre référentiel culturel et professionnel), des attitudes individuelles ou collectives dans lesquelles la santé semble désinvestie parce que dépourvue de toute valeur symbolique. Ces nouvelles conduites agies⁸, sont à la base de l'augmentation des conduites dites « à risque » (toxicomanies, alcoolisme, accidents...), ainsi que de la démultiplication des tableaux de décompensations psychologiques, difficiles à saisir pour le non spécialiste au guichet des services sanitaires et sociaux en contact avec ces publics (violences, suicides, comportements d'abandon particulièrement visibles au niveau de l'hygiène corporelle et de vie ou dans l'absence d'attitudes d'attention et de protection des plus vulnérables notamment à l'égard des enfants et des personnes âgées).

Ces constats renvoient directement aux dynamiques de régression générées par la crise sociale citées plus haut. Sur le plan social, la transformation et perte de rôles et statuts sociaux identitaires (notamment ceux liés au travail), l'affaiblissement des mécanismes de socialisation et de soutien social (montée en charge des situations d'isolement et fractures communautaires, transformations de la famille et crise de l'école), mais aussi les difficultés d'accès aux services de protection sanitaire et sociale (seuils d'accès incompatibles avec les capacités des personnes fragilisées), sont à l'origine d'une souffrance individuelle et collective qui a du mal à être élaborée et qui ne trouve d'autre surface d'expression (ou d'intel-

ligibilité quand on la regarde de l'extérieur) que celle offerte dans le champ de la santé, même si les formes qu'elle prend (souvent il s'agit de situations complexes que le sujet présente en bloc, de manière massive et indifférenciée) ne correspondent pas avec les critères d'admission opérant couramment dans le système de santé. L'analyse de la « demande » (qui souvent n'est identifiée que par les professionnels en contact avec ces publics), fait souvent apparaître un sujet en voie de décomposition, ayant perdu (ou ne possédant pas pour les plus jeunes) les repères les plus élémentaires lui permettant de s'adapter de manière logique à sa situation, en discernant clairement ses intérêts (ici il s'agirait de sa santé) et en se situant correctement (c'est-à-dire en tenant compte des normes en vigueur) dans son environnement social, administratif et économique.

Devant ces situations le diagnostic est posé : il s'agit de reconstruire et de soutenir le sujet atteint, de lui (re)donner les clefs nécessaires à sa « réinsertion sociale », et dont la santé fait partie. En somme, il s'agit de l'éduquer, voire le rééduquer : apprendre à se détendre et parler de sa souffrance pour retrouver la confiance en soi, soigner ses dents, se désintoxiquer, être propre, apprendre à manger équilibré (c'est possible même quand on a un « petit budget »⁹), s'occuper correctement de soi et de ses enfants, savoir utiliser ses droits et comprendre ses obligations (de citoyen... mais aussi de « malade »), avoir confiance dans la société et y retrouver des appuis (réinventer ou retrouver « la communauté », « créer du lien social »).

La stratégie thérapeutique va (presque) de soi : mettre en place des démarches d'éducation pour la santé, telle que la définit la circulaire n° 385 du 31 octobre 1985 du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale¹⁰, ou plus largement celle donnée par le rapport Lévy en 1982¹¹. Or, l'observation de la mise en pratique de la démarche¹² montre qu'elle ne va pas de soi, et que sa réussite exige un certain nombre de conditions qui sont souvent très difficiles à réunir dans l'état actuel du champ.

L'éducation pour la santé dans le champ de la précarité : enjeux et limites actuels

Comme nous venons de le décrire très sommairement, l'éducation à la santé dans une réalité aussi complexe que celle des personnes en situation de précarité, exige *a priori* un degré de construction conceptuel, stratégique et organisationnel d'une grande qualité et cohérence. L'enjeu ici n'est pas seulement de « soigner » un corps, mais bien plus de (re)donner à un sujet les conditions de sa santé (dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale, et on peut même ajouter éthique et politique), et de l'aider à « être bien » dans l'environnement qui est à l'origine de son « mal-être », sans pour autant jouer sur la plupart des déterminants qui ont provoqué cet état.

Dans une perspective d'éducation et promotion de la santé, une telle mission peut rapidement apparaître comme une injonction paradoxale, faute d'une appréciation fine des différents mécanismes en jeu, qui permettent à l'intervenant et à la « cible » de trouver un terrain sur lequel chacun puisse garder un degré de liberté suffisant pour gérer les contradictions que la démarche révélera dès sa mise en application.

Nous avons pu observer un certain nombre de difficultés de cet ordre, qu'il semble opportun de signaler ici, même si nous ne pouvons trop les expliciter dans l'espace qui nous est imparti.

Un premier problème se pose au niveau des capacités de l'éducateur. En effet, l'absence de codification et d'organisation du champ de l'éducation à la santé¹³, et l'importance de la demande a pour conséquence que nombre d'intervenants aujourd'hui confrontés à ces situations sont rapidement asphyxiés par la complexité de la tâche, et finissent par obtenir des résultats contraires à ceux espérés. L'absence de connaissance et de maîtrise de la problématique dans toutes ses dimensions¹⁴, une faible position dans le champ de l'action sanitaire et sociale (la légitimité de ce type de démarche est loin d'être reconnue dans un champ où

domine la rationalité médicale curative), et un cadre d'intervention souvent aussi précaire que son public¹⁵, expliquent ces situations.

D'une manière plus spécifique, il semble également important de s'interroger sur la validité des schémas théoriques dominants en matière d'éducation à la santé, qui apparaissent souvent inopérants face aux problématiques posées par la précarité. En effet, rares sont les intervenants qui utilisent les travaux de sociologie et anthropologie de la santé¹⁶ qui montrent que le sujet social, placé en situation critique, ne fera pas nécessairement des choix « rationnels » en matière de santé, mais qu'il s'adaptera en fonction d'intérêts souvent « à côté » de la norme.

Enfin, l'éducation à la santé des plus pauvres sans une réflexion critique du sens politique que la démarche implique (« elle doit permettre non seulement la prise en charge par chacun de sa propre santé, mais encore la responsabilisation de tous ceux qui ordonnent les conditions de vie et de travail, ou qui créent l'environnement socio-économique et culturel »¹⁷), dans un contexte politique et institutionnel dominé par l'obsession gestionnaire et la réduction des coûts, pourrait amener à occulter le débat social sous la chape d'une santé publique qui fait le contraire de ce qu'elle déclare dans sa doctrine. Éduquer à la santé serait ici apprendre aux plus fragiles à se conformer à cette situation sans générer des charges (maladie) ou risques (sida, toxicomanie) supplémentaires à la société. Un tel enjeu politique ne peut être ignoré des acteurs de l'éducation pour la santé, sous peine de créer les conditions d'un nouvel affaiblissement de cet important (mais fragile) secteur du système de santé. ■

Fernando Bertolotto

Sociologue, RessCom/93, Saint-Denis

¹ L'OMS reconnaît ce facteur comme l'un des principaux facteurs responsables de la non atteinte de l'objectif Santé pour tous en l'an 2000. Voir : Pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous, Élaboration d'une politique d'équité, de solidarité et de santé, Document de base pour le processus de consultation, OMS, Genève, 1995 ; en particulier dans le cadre de la résolution WHA48.16 de la 48^e Assemblée mondiale de la santé « Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous », OMS, 12 mai 1995

² Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. Avis présenté au nom du Conseil économique et social par Mme Geneviève de Gaulle-Anthonioz. Séances du 11 et 12 juillet 1995. *JO Année 1995*, n° 3

³ La santé en France, Haut Comité de la santé publique, Paris la Documentation française, 1994

⁴ Cf. aux résultats des travaux des Conférences Régionales de Santé, par exemple l'enquête de type Delphi en Île-de-France, in : Étude sur les priorités de santé publique en Île-de-France, Enquête de type Delphi réalisée auprès de 370 acteurs régionaux, février-mai 1996 (document de travail), Dr Y. Margue, Dr P. Lombraill, Conférence Régionale de Santé, p. 34

⁵ Voir aussi nos articles sur ces questions au niveau local, notamment Santé publique et dynamiques de changement au niveau local — Le rôle des municipalités, F. Bertolotto, Dr M. Schoene, *Actualité et dossier en santé publique* n° 15, juin 1996, p. 14-16

⁶ C'est essentiellement les travaux de l'association ATD-Quart Monde, puis les constats des associations humanitaires ayant investi le champ de la précarité par ce biais (tels que Médecins du Monde, Médecins sans frontière ou Remède), suivis des travaux du Credes et de l'Insee sur la consommation médicale des plus démunis, et des évaluations réalisées dans le cadre du RMI (cf. notamment : RMI et santé, J.-Y. Fratrias, B. Goudet (dir.), Ed. CFES, La santé en action, 1993 ; et : État de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes, F. Schaezel, O. Querouil, Dirmi, 1991), que l'état de santé des plus pauvres a été exploré ces dernières années en France

⁷ Voir sur ces questions : Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher, H. Strohl, M. Arene (rapp.), Rapport de la Commission santé mentale Div/Dirmi/Cnamts, Div, 1995

⁸ Cf. par exemple à : Actualité de l'agir. À propos de l'adolescence, P. Jeammet, Les actes de la nouvelle revue de psychiatrie, n° 31, printemps 1985, p. 201/222

⁹ Cf. notamment : Alimentation et petit budget, L. Barthelemy, A. Moissette, M. Weisbrod, Ed. CFES, La santé en action, mars 1994 (2^e Ed.)

¹⁰ Circulaire n° 385 du 31 octobre 1985 relative à la mise en place d'une politique officielle de promotion de la santé, partie « C », ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Notons que cette circulaire reprend la définition de l'OMS donnée lors de la 36^e assemblée mondiale de la santé (février 1983)

¹¹ Qui semble être celle adoptée par le CFES, tel que le signale le rapport Priorités en santé publique : apports de l'éducation pour la santé, Groupe méthodologie

recherche évaluation — Délégations inter-régionales pour l'éducation et promotion de la santé (Direps), CFES, mai 1996, p. 12

¹² Cf. notamment à nos travaux : Santé et précarité : Evaluation des interventions de neuf CDES de la région Centre-Ouest — Rapport à la Direps Centre-Ouest, F. Bertolotto, Resscom, mai 1995 ; et Les espaces — Santé : Un outil pour l'accès à la santé des publics en difficulté, Rapport Final à la DGS (Convention n° 94-03), C. Fabre, F. Bertolotto, N. Busiaux, Gres Média-tions Santé, octobre 1995

¹³ Il n'y a pas de diplôme officiel d'éducateur pour la santé, le CFES a un rôle de référence mais n'a pas des vrais pouvoirs de régulation du secteur, d'autant que le réseau de CDES et CRES sur lequel il s'appuie prioritairement n'est pas le seul réseau d'opérateurs actifs sur ce registre (la Cnamts, la MSA et les fédérations mutualistes par exemple, sont de plus en plus actives dans ce domaine)

¹⁴ Voir notre article : Travail social, insertion et maladie : réduire les inégalités, F. Bertolotto, *Rev. Prévenir* n° 28 premier semestre 1995, pp. 109/116

¹⁵ La subvention de fonctionnement allouée par l'État aux Codes dépasse rarement les 80 000 F par année

¹⁶ Cf. par exemple aux travaux de L. Boltansky, C. Herzlich, M. Auge, J. Pierret, et plus récemment les travaux de P. Bouhnik et S. Touze sur la gestion des risques de contamination VIH chez les héroïnomanes intra-veineux (rapport de recherche à l'ANRS, 1996), ou ceux de G. Cresson ou de L. Cardia-Voneche et B. Bastard sur la production familiale de santé (consulter notamment *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n° 1, mars 1995)

¹⁷ L'éducation pour la santé en France, Avis du Conseil Economique et Social, 7 octobre 1982 p. 858 (dit rapport Lévy)

Les familles, l'éducation et la santé

On assiste, dans le champ de l'éducation pour la santé, à l'émergence de nouvelles modalités d'intervention qui prennent pour cible le sujet individuel considéré dans sa globalité. L'action préventive visait naguère à améliorer la prise en charge de risques particuliers (tabac, alcool, drogue, sida, etc.) en diffusant, à leur propos, de l'information et des appels à la responsabilité. On commence aujourd'hui à prendre de la distance avec ce modèle, au motif qu'il surévalue et la rationalité des acteurs visés et le lien causal qui va de l'information reçue à la mise en œuvre des comportements attendus¹. Plutôt que de faire valoir tel ou tel risque et le moyen de s'en protéger, certaines actions d'éducation pour la santé se proposent donc de contribuer à doter les individus des ressources personnelles nécessaires pour faire face à toute situation. Abandonnant la spécialisation traditionnelle par « produit » ou par type de risques, elles insistent sur l'autonomie individuelle et sur la capacité de résistance aux injonctions des groupes de pairs. Elles se centrent sur le bien-être psychologique des individus et sur leur insertion dans leur communauté d'appartenance. Dans la perspective ainsi développée, c'est moins l'information qui compte que la possibilité de disposer de lieux de parole ou de dispositifs permettant de maintenir voire de reconstruire les liens sociaux — tous dispositifs qui ont pour visée d'accroître la « maîtrise » des indi-

vidus sur leur propre existence et leurs capacités de gestion des problèmes auxquels ils sont confrontés².

Une recherche sur les préoccupations des parents quant à la santé de leurs enfants adolescents

Cette évolution qui s'amorce dans le champ de l'éducation pour la santé doit, selon nous, être replacée dans les transformations plus générales des pratiques éducatives et des modalités contemporaines de la régulation sociale. En effet, cette mutation des interventions de prévention, dans laquelle passent au second plan les pratiques à risques tandis que sont valorisées les capacités individuelles de réaction face aux problèmes, se retrouve dans bien d'autres secteurs de l'éducation, et notamment dans le champ familial. Tel est du moins l'enseignement d'une recherche portant sur les pratiques éducatives en matière de santé que nous réalisons auprès de parents d'enfants des classes de troisième et quatrième³. Dans le cadre de cette étude, qui englobe également les enfants eux-mêmes et les enseignants, nous avons eu des entretiens avec les parents au sujet de leurs enfants : comment les voient-ils ? Quelles préoccupations ont-ils à leur propos ? Quels principes d'éducation mettent-ils en œuvre ?

À la faveur de ce travail, ce qui apparaît essentiel pour les parents, quel que soit d'ailleurs le milieu social auquel ils appartiennent, ce sont moins des préoccupations sectorielles — la crainte de l'échec scolaire ou les difficultés d'insertion professionnelle, la peur de l'accident, ou encore la représentation des risques associés au tabac à l'alcool ou aux drogues — qu'un souci beaucoup plus général et diffus qui porte sur le bien-être de leurs enfants. Lorsqu'ils évoquent la situation de leurs enfants, ce qui émerge spontanément du discours de ces parents, c'est le désir qu'ils ont de mettre à la disposition de leurs enfants les ressources intellectuelles, morales ou affectives de nature à les rendre autonomes et aptes à faire face aux problèmes et aux sollicitations de tout ordre qu'ils auront à affronter dans leur existence.

Des préoccupations de santé circonscrites et maîtrisées

Les questions touchant à la santé ne sont certes pas absentes du discours des parents. Cependant, elles apparaissent comme des préoccupations délimitées et circonscrites qui sont de deux ordres.

Les parents évoquent la santé en exprimant des préoccupations qui ont trait à la maladie, celle de l'enfant ou de l'un des membres de la famille, et parfois le handicap. La santé est ainsi présente à travers les difficultés et les problèmes rencontrés par les parents de sorte que l'on peut alors faire référence au modèle de la santé « instrumentale »⁴. On pense par exemple à des parents qui ne mentionnent l'atteinte qu'a subi leur fils de quatorze ans à un œil qu'après une longue discussion ou toutes sortes d'autres aspects de la vie de cet adolescent ont été abordé — l'enfant, de son côté, banalisant également ce problème.

Les parents ont aussi évoqué la santé d'autres façons, en parlant hygiène et propreté, alimentation ou sommeil, mais là encore ces énoncés ont été sollicités par nous et s'accompagnent de commentaires par lesquels les parents indiquent que les comportements adéquats ont été ac-

quis par les enfants dans leur jeune âge, et qu'ils n'ont guère d'actions spécifiques sur ces sujets.

Ainsi l'expression de thématiques spécifiques relatives aux différents domaines de la santé apparaît-elle assez réduite. Tout se passe comme si les parents avaient cessé de faire de la santé l'un des vecteurs de l'éducation familiale.

Un enjeu majeur : le bien-être des enfants

Ce qui motive principalement les parents lorsqu'on évoque leurs enfants et la vie quotidienne de la famille, c'est davantage le bien-être des enfants. Les portraits que tracent les parents de leurs enfants se situent immédiatement dans un registre qui a trait à la psychologie. Les parents évaluent les ressources personnelles de leurs enfants et leurs difficultés éventuelles dans des termes très généraux. S'ils font référence aux difficultés professionnelles et aux perspectives professionnelles, c'est dans le cadre d'un projet plus large qui englobe l'ensemble des aspects de la personnalité de l'enfant.

À titre d'exemple, voici ce que dit une mère au sujet de sa fille Anne, 15 ans : *« Anne est rêveuse, c'est sûr. C'est quelqu'un d'assez équilibré malgré tout. Qui voudrait réussir ses études, mais qui ne fait pas beaucoup d'efforts. Elle voudrait être éducatrice. Elle a envie de s'occuper de jeunes qui ont des problèmes. Elle a beaucoup de copains qui ont des problèmes et elle voudrait pouvoir les aider... Anne est toujours de bonne humeur. Elle aime aller à l'école. Pour elle, le contact est très important. Elle est assez indépendante malgré tout. »* Cette mère, comme le font beaucoup de parents, replace sa fille dans le contexte familial et dans la fratrie en faisant appel au même registre : *« Sa sœur a cinq ans de plus. Elle est très renfermée sur elle-même. Donc j'avais un peu peur, avec Anne, que ce soit un peu pareil, qu'il faille toujours deviner, scruter, pour savoir. Tandis qu'Anne, elle n'est pas comme ça. Elle se livre facilement. Si elle a un problème, elle attend peut-être deux ou trois jours et elle le sort. »*

En bref, les parents évoquent leurs enfants « comme des personnes ». Ils ne se limitent pas à décrire des projets sectoriels, la réussite scolaire ou professionnelle notamment, mais au contraire visent un bien-être global de l'individu enfant.

La communication et le dialogue, vecteurs de la confiance entre parents et adolescents

Dès lors que les parents considèrent leurs enfants non comme des sujets à éduquer, mais bien comme des personnes dotées de capacités et de projets, le but recherché par l'éducation dans le cadre familial vise à favoriser l'émergence chez l'adolescent d'une personnalité autonome et de permettre son insertion dans la société.

À cette finalité globale, faire en sorte que les enfants puissent « avoir une bonne vie », correspond une modalité d'intervention privilégiée qui a trait précisément aux relations familiales. Donner de l'autonomie aux enfants, les responsabiliser suppose que les parents échangent avec leurs enfants et restent bien au contact avec la réalité que ceux-ci vivent. Par conséquent, la quasi totalité des parents interrogés dans le cadre de cette étude font de l'instauration de bonnes relations avec leurs enfants une priorité absolue et le critère principal de réussite de leur travail de parent. Parler de tout, être mis au courant, par les adolescents des problèmes qu'ils rencontrent, négocier autant que nécessaire, au sujet des sorties par exemple : tels sont les enjeux principaux de l'éducation pour beaucoup de parents. Avoir la confiance de ces enfants et faire en sorte que ceux-ci soient en confiance : tout se passe comme si les parents adhéraient au principe de Françoise Dolto selon lequel il est nécessaire « d'attacher pour pouvoir détacher ».

Certes, les parents interrogés ne réagissent pas de la même façon et des différences se font jour dans leur discours. Notamment certains d'entre eux s'inscrivent dans une perspective plus normative et considèrent que l'éducation de leurs enfants ne va pas sans contrôle et sans surveillance. Ces parents semblent être

aussi ceux pour qui les risques répertoriés comme tels dans la perspective traditionnelle de l'éducation pour la santé — drogues, tabac ou alcool — sont perçus comme menaçants. Pourtant, cette distinction ne concerne qu'un petit nombre de parents qui ne sont pas, eux-aussi, sans s'inscrire dans la tendance générale qui vise, à terme, le bien-être et l'autonomisation des enfants.

Créer un cadre où l'individu peut s'épanouir

Au fond, ce qui frappe dans les premiers résultats de cette recherche qualitative, c'est que les propos des parents ne renvoient pas à la conception selon laquelle la santé serait le résultat du respect de normes substantielles de comportements ou d'interdits spécifiques. Les parents entendent la santé dans un sens beaucoup plus « moderne », celui des actions de prévention que nous citions au début de cet article, ou encore celui qu'a développé Jonathan Man dans les années récentes et qui met l'accent sur le respect des individus et sur l'accès à l'autonomie.

Les pratiques de santé dans cette perspective ne sont plus, comme elles l'étaient naguère, les éléments « prétextes » sur lesquels s'appuient les parents pour faire reconnaître leur position de parent. Les injonctions du genre « Finis tes légumes, c'est bon pour ta santé », n'ont plus cours.

L'éducation n'est plus pensée comme inculcation, elle est vue comme la création d'un cadre où l'individu peut s'épanouir, en trouvant en lui-même les ressources nécessaires⁵. Dans un tel projet, la santé au sens de l'information sur des risques ciblés n'a guère de place, mais la santé est partout, au sens très large du bien-être psychologique et social. Elle devient le but-même de l'éducation. ■

Benoit Bastard

Centre de sociologie des organisations, CNRS, Paris

Laura Cardia-Vonèche

Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève

¹ Benoit Bastard, Laura Cardia-Vonèche, « Du sujet rationnel à l'acteur pris dans les relations affectives et sexuelles », in *New conceptual Perspectives for Understanding Sexual Behaviour and HIV Risk*, Luc van Campenhout, Mitchell Cohen, Dominique Hauser, Gustavo Guzzardi (Eds.), Londres, Taylor et Francis, 1995 (à paraître).

² On peut proposer l'exemple d'une action engagée par le Canton du Tessin, en Suisse. Il s'agit d'un bus qui circule dans les communes, les entreprises ou les écoles et s'y installe pour un temps. Le bus lui-même ne contient aucune information particulière, mais seulement des questions ou des propos, qui renvoient, d'une façon métaphorique, à la thématique de l'autonomie individuelle. Le mode d'action mis en place passe par l'instauration d'échanges entre les personnes touchées par le bus, ainsi qu'avec les intervenants présents.

³ Il s'agit d'une recherche financée par le ministère de l'Éducation nationale (direction de l'Évaluation et de la prospective) et par la Mission interministérielle à la recherche et à l'expérimentation, dans le cadre d'un appel d'offre sur les pratiques éducatives. La recherche s'est effectuée à partir de deux collèges. Elle a porté sur soixante-quinze enfants, leurs parents dans la mesure du possible ainsi que les enseignants des établissements retenus.

⁴ Luc Boltanski, *La découverte de la maladie*, Centre de sociologie européenne, Paris, 1968.

⁵ Benoit Bastard, Laura Cardia-Vonèche, Bernard Eme, Gérard Neyrand, *Reconstruire les liens familiaux. Nouvelles pratiques sociales*, Paris, Syros, 1996, à paraître.



Mais que veulent-ils donc ?

Si l'éducation à la santé est un objectif de santé publique reconnu par tous, reste à savoir comment améliorer sa mise en place en direction des adolescents. En effet, la pertinence des actions est actuellement en question. Mais que veulent-ils donc, ces adolescents d'aujourd'hui ? Si les attentes dans ce domaine ne sont pas toujours faciles à cerner (et à exprimer !), l'analyse des attitudes et du mode de vie des adolescents, ainsi qu'une réflexion sur la pratique de l'intervention préventive, apportent des éléments de réponse.

Attitudes et modes de vie des adolescents

« Être en bonne santé » ne signifie pas, pour eux, « être exempt de maladie », mais « être bien dans sa peau ». Ainsi, les adolescents estiment, par exemple, que la qualité de la vie relationnelle fait partie de la santé et que « être laid » peut, dans certains cas, être une maladie chronique... Cette approche globale de la santé transparaît aussi à travers leur vécu quotidien et les jeunes mal à l'aise se plaignent de troubles divers (d'où le cumul).

La démarche préventive en matière de santé n'est pas spontanée à l'adolescence, parce que la « santé » est un concept trop théorique à cet âge (et la maladie trop lointaine) et que l'apprentissage des conduites se fait surtout par « essai et erreur »

car le désir d'action, d'autonomie et de liberté prédomine.

Il apparaît clairement que les jeunes sont déjà informés à propos des problèmes majeurs de santé publique (tabac, alcool, drogue, sida) et que leur niveau de connaissance s'avère suffisant sur bien des points. L'école joue un rôle primordial dans ce domaine. Mais ce savoir s'avère peu opératoire. Pire, près d'un jeune sur deux ne souhaite pas d'informations complémentaires. Toutefois, lorsqu'ils en expriment le besoin, ils veulent être informés par l'école, plutôt que par les médias ou les copains. Notons qu'un bon nombre de jeunes souhaitent aborder des sujets peu habituels comme le stress, la déprime, les difficultés relationnelles, les problèmes humanitaires...

La vie quotidienne des jeunes s'articule principalement autour de trois lieux de vie : la famille, l'école, les copains. Les adolescents sont, dans leur majorité et de plus en plus longtemps, scolarisés ; ils vivent avec leurs parents (mariés ou séparés) ; ils ont des activités extra-scolaires diversifiées (dont fréquemment le sport). Les relations sont globalement satisfaisantes avec leur entourage (familial, scolaire, amical). Plus que les conditions matérielles (habitat, transport, type de scolarité...), c'est d'ailleurs la qualité relationnelle avec l'entourage qui importe.

À propos des conduites de santé, il existe une grande diversité. Certains

adoptent des comportements de consommation (par ordre de fréquence) d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues, sans toutefois devenir systématiquement des consommateurs réguliers ; d'autres manifestent des troubles somatiques ou psychologiques (fatigue, sommeil, appétit, malaise).

En cas de difficultés personnelles (santé, scolaire, sentimental, drogue, sexualité...), deux attitudes majeures se dégagent : soit les adolescents s'adressent à un membre de la famille ou à un(e) ami(e), soit ils ne se confient pas. Les jeunes les plus « à risque » ont tendance à faire confiance aux amis plutôt qu'aux parents.

De grandes différences selon l'âge et le sexe

Toutefois, sur tous ces points, des différences importantes apparaissent selon le sexe et l'âge.

Les filles investissent plus la famille et le travail scolaire que les garçons ; les garçons privilégient les activités de groupe (sports collectifs, sorties au café, sorties avec les copains). Elles se confient aussi plus souvent aux parents, en particulier à propos des sujets « intimes » (sexualité, grossesse) alors que les garçons restent nettement plus discrets sur ces points. À propos de leur santé, les filles s'expriment surtout à travers des plaintes corporelles (elles se disent « trop grosses », « fatiguées », « nerveuses », « déprimées »...) alors que les garçons privilégient les troubles du comportement (alcoolisation, drogue, violence, vol...).

Les plus jeunes participent plus volontiers à de multiples activités « encadrées » (sport, musique, mouvements de jeunesse, sorties avec les parents) que les plus âgés, plus indépendants dans leurs activités quotidiennes. Les plus jeunes s'appuient presque exclusivement sur leurs parents lorsqu'ils rencontrent une difficulté, alors que les plus âgés ont plus souvent recours aux divers intervenants professionnels. Si les premiers ont envie d'information et de discussion sur la santé, ce désir s'étiole avec l'âge.

L'ensemble des recherches sur l'adolescence et les actions de prévention permettent de définir quelques priorités de réflexion.

Une approche globale de la santé s'impose : à partir d'un problème de santé (comme le tabagisme, par exemple), il convient non pas d'éviter d'aborder les aspects spécifiques (il faut bien donner un minimum d'information sur le sujet !), mais de le comprendre dans un cadre global, c'est à dire, leur mode de vie, leur scolarité, leur vie relationnelle, leurs consommations d'autres produits, leurs plaintes somatiques...

Il convient de partir de l'expérience individuelle de chacun et non d'une élaboration générale sur les dangers (mortalité et morbidité) et les motifs des conduites. En effet, parler d'un sujet « externe » est aisé mais peu efficace...

Une approche de groupe devrait être privilégiée, en particulier pour les garçons. Le groupe permet, en effet, de se comparer aux autres et de prendre la mesure des problèmes rencontrés par d'autres jeunes. Si, au cours d'une intervention collective de prévention, une libre parole émerge à propos des conduites individuelles de santé, la réflexion, porteuse de changement, peut se prolonger au-delà, lors d'une situation de risque par exemple. Ce qui n'exclut pas une prise en charge individuelle pour ceux qui ont des difficultés graves (prévention secondaire).

Pour des raisons d'opportunité, les médias et l'école sont très sollicités. Or, d'autres canaux d'interventions pourraient être explorés, comme par exemple, pour les plus jeunes, les lieux de loisirs et de vacances. Quant à la famille, elle est rarement impliquée activement. Or, sa participation s'avère nécessaire et ceci du début jusqu'à la fin de l'adolescence.

Le contenu et la cohérence globale des messages méritent une plus grande attention. Comme la majorité des messages suggère (explicitement ou implicitement) les effets néfastes (voire catastrophiques) des comportements individuels, on peut se demander si certains n'engendrent pas des peurs et des prudences excessives, qui, à terme, risquent d'entamer l'esprit

d'initiative, si nécessaire à une vie adulte... De plus, la diversité et la multiplicité des messages, surtout s'ils se succèdent à un rythme accéléré ou s'ils sont discordants (de la part d'un même émetteur ou d'émetteurs différents), peut produire des effets non désirés, allant de la saturation à l'indifférence, voire le rejet des messages.

Toute stratégie de prévention nécessite une implication des divers acteurs (jeunes, parents, enseignants, décideurs). Mettre en place cette stratégie prend du temps, passe par des voies itératives et n'est pas toujours spectaculaire... Les changements opérés ne concernent pas seulement les comportements (parfois l'effet est même à long terme), mais aussi un climat, des échanges, un mode de vie plus général... ■

Marie Choquet

Directeur de recherche, Inserm U 169, Villejuif

L'éducation et la personne

Un chirurgien du siècle dernier a prononcé cette parole célèbre — que je cite de mémoire — : « Je croirai à l'existence de l'âme lorsque je rencontrerai celle-ci à la pointe de mon scalpel. » À la fin du xx^e siècle cette profession de foi scientifique et matérialiste nous apparût dans toute sa sécheresse et son dogmatisme. Pourtant le scientisme a la vie dure ; « âme » est un terme qui par ses connotations mythique, théologique et poétique inspire la méfiance ; il demeure qu'aucune culture, aucune langue n'a pu faire l'économie de cette notion qui exprime à la fois l'évidence et le mystère de notre animation. Freud lui-même, tout imprégné qu'il fût de l'idéologie scientifique emploie le mot *Seele* (âme) traduit durant des décennies par le terme réducteur de « psyché ». Lorsque C. G. Jung parle du « Soi », lorsque Paul Diel¹ il y a déjà un demi siècle employait le terme « désir essentiel », ils désignaient cette aspiration caractéristique de l'être humain à se vivre, non pas seulement comme un être social, mais comme un être animé, participant de l'aspect mystérieux de la nature et du cosmos.

En d'autres termes, la psychologie, la psychosomatique, et plus généralement la problématique de l'équilibre et donc de la santé humaine ne peuvent faire abstraction de ce besoin vital de se sentir exister comme un être autonome limité par la naissance et par la mort, relié dans sa pro-

fondeur émotive à l'existence dans son ensemble.

Cette recherche de *sens* ne peut être satisfaite par l'effort d'incorporation sociale qui caractérise trop exclusivement notre système éducatif, ses principes et ses méthodes. Ce besoin vital de trouver un sens à la vie, insuffisamment nourri, « s'exalte » pour employer un terme emprunté à Diel, c'est-à-dire qu'il s'hypertrophie, se fanatise, secrète des idéaux que leur caractère absolu rend inaccessibles ou destructifs. Ainsi les idéologies totalitaires qui ont marqué plusieurs générations de ce siècle, et aujourd'hui, le raidissement dogmatique et ritualiste de diverses religions, menace pour le présent et peut-être pour l'avenir. Et ce n'est pas un millénarisme naïf, croyance en un âge du Verseau salvateur ou en un xx^e siècle devenu par miracle spirituel, qui apporteront la solution. Si j'ai mentionné l'âme, terme mythique, c'est pour rappeler l'aspect mystérieusement animé de la *personne*, terme qui désigne une réalité éminemment concrète.

La nécessité, même si elle n'est pas actuellement à l'ordre du jour, se fera de plus en plus urgente de rétablir dans le projet éducatif l'équilibre entre la formation intellectuelle, utilitaire et adaptative, et d'autre part le développement de la personne, ses capacités de sentir, de s'émouvoir, et de créer, le versant inventif et intuitif de l'être humain. La mise à

l'écart par l'éducation traditionnelle de ces aspects fondamentaux est peut être une des causes principales du malaise de l'époque et du mal-être des individus jusqu'au dysfonctionnement corporel dont la fréquence peut faire oublier le caractère anormal et le lien avec les aspects dysfonctionnels de notre culture.

Instruire et épanouir

Éduquer l'enfant, c'est-à-dire la personne humaine, devrait idéalement comporter une double finalité dont la fin commune serait que l'adulte parvînt à l'équilibre, donc à la santé dans son acception la plus générale et la plus complète². Il s'agit d'une part de transmettre à l'enfant, à l'adolescent et au jeune adulte les connaissances et les savoir-faire qui lui permettront de s'adapter à la société et d'y exercer ses compétences : cet aspect de l'éducation, le plus souvent considéré, est assuré tant bien que mal par la collectivité grâce au système d'enseignement pour tous qu'elle a progressivement mis en place. C'est le versant que l'on pourrait appeler « institutionnel » de la tâche éducative. Mais l'autre versant, bien moins exploré, dont la prise en compte est aussi urgente sinon davantage, pourrait être appelé « vocationnel ». Dans le premier cas, il s'agit de faire entrer l'enfant dans le système préétabli créé par l'effort civilisateur des générations ; c'est une nécessité, la survie de l'individu et de la société en dépend. Dans le second cas, il ne s'agit plus de lui faire entendre ce que nous avons à lui dire mais d'écouter ce qu'il a à nous dire de sa nature, de ses désirs, de ses aspirations. L'éducation vocationnelle devrait tendre moins à instruire qu'à épanouir. Ce que « veut » l'enfant sans pour autant savoir consciemment ce qu'il veut, c'est certes s'instruire et acquérir des connaissances, mais avant tout développer sa personne, c'est-à-dire sa créativité, son inventivité, le libre jeu de ses capacités. Il aspire en effet à vivre sa vie d'adulte non comme un devoir à accomplir sous la surveillance d'une société hiérarchisée mais comme un jeu créatif dont l'acteur soit sa personne et

pas seulement son moi social. L'institution scolaire, l'organisation sociale, fondées sur des principes utilitaires étant des structures établies, apparemment sécurisantes, il est plus facile pour les adultes d'y pousser l'enfant puis l'adolescent et le jeune adulte que de chercher à détecter leurs potentialités individuelles, leurs aspirations personnelles. Au cours de l'histoire des collectivités les adultes ont su se faire entendre pour combattre la domination et l'aliénation dont ils souffraient : les esclaves, le Tiers-État, la classe ouvrière, plus près de nous les femmes. Mais l'enfant, lui, ne sait pas exprimer clairement ses aspirations et ses revendications, il les exprime globalement et inconsciemment par ses caprices, sa désobéissance, ses refus, ses inhibitions. Les adultes doivent faire preuve d'une grande capacité d'écoute s'ils veulent découvrir derrière ces manifestations la demande de l'enfant qui est toujours la même : une réclamation adressée aux adultes d'être *reconnu* pour ce qu'il est dans sa spécificité personnelle, en tant qu'enfant d'abord et parmi les enfants en tant qu'individu irréductible. Pour le dire en un mot n'est-ce pas son besoin d'amour qu'il exprime ?

L'enfance, comme toute autre étape du développement — et l'être humain peut se développer tout au long de sa vie — demande à être vécue pour elle-même alors que souvent elle est considérée trop exclusivement comme une préparation aux stades ultérieurs. Le besoin vital de jeu, la vision poétique du monde qui est propre à l'enfant sont souvent étouffés, parfois brutalement, lors du passage à « la grande école »³ et, par exemple, lors de l'apprentissage de la lecture qui pourrait, qui devrait être un élargissement merveilleux de son champ de connaissance. Trop souvent l'enfant se sent jugé selon des critères intellectuels, des critères d'efficacité, de rapidité qui font qu'il s'effraie ou s'inhibe, dans le cas surtout où ses premiers pas dans l'intellectualisation sont mal soutenus par son milieu d'origine. Lui qui a encore tant besoin de jouer et de rêver se trouve soudain jeté dans une compétition où l'intellect, la rapidité de compréhension et d'assimilation lui sont

présentés comme les seuls indices de sa valeur aux yeux des adultes. C'est qu'il existe dans le milieu social et son émanation, le système éducatif une sorte d'impatience de tirer l'enfant de son monde enfantin pour en faire un futur citoyen, un futur membre actif et efficace de la collectivité. Le mercantilisme, idéologie plus ou moins inavouée qui sous-tend notre culture, incite les éducateurs, parents et enseignants à méconnaître les besoins profonds de l'enfant et à le projeter trop tôt, et surtout sans les transitions nécessaires et sans respecter son rythme propre, dans l'univers de l'abstraction et du savoir livresque. D'où la dichotomie que l'on peut observer dans les sociétés développées entre les êtres résignés ou sur-adaptés aux exigences matérielles de la société et ceux qui rejettent et/ou se sentent rejetés par le système. Je pense que l'enfant est avide d'apprendre et que, lors du passage décisif au Cours Préparatoire, si les traits caractéristiques de l'enfance et les différences individuelles étaient davantage pris en compte, bien des échecs pourraient être évités, et le corps social s'en trouverait renforcé, dans sa cohésion, mais aussi dans sa créativité et sa capacité d'évolution.

Respecter la nature de l'enfant

Si la société, trop souvent, projette ses idéologies sur l'enfance, méconnaissant ainsi ses aspirations profondes, les parents, de leur côté, ont tendance, souvent sans s'en rendre compte, à projeter sur leurs enfants leur vision, leurs préjugés, leurs angoisses d'où une insuffisante attention portée à leur nature propre et à leurs besoins. Les parents, quel que soit leur statut social veulent que leurs enfants « réussissent » ce qui est bien naturel, et dans un monde où le chômage, la précarité et l'esprit de compétition entretiennent une sorte de menace confuse cela ne va pas sans angoisse. Mais l'angoisse est mauvaise conseillère et l'enfant, trop vivement poussé vers la réussite scolaire, trop souvent harcelé et sanctionné, soit se soumet passivement aux exigences, renonçant trop vite à sa nature ludique et

poétique, soit se révolte ou s'inhibe. À cela s'ajoute que dans chaque famille prévaut un certain schéma. Il en résulte que l'enfant auquel ce schéma correspond sera plus considéré, plus choyé que les autres. Ainsi, par exemple dans une famille de scientifiques un enfant ou un adolescent qui montre des dispositions pour les mathématiques sera plus estimé qu'un autre qui montre du goût pour la littérature. Dans d'autres milieux, par suite d'un préjugé séculaire le garçon plus que la fille sera l'objet de l'attention. Dans un milieu défavorisé, les parents pourront exiger que l'enfant, profitant des avantages qui ont fait défaut aux parents, fasse des études brillantes alors que peut-être il ambitionne d'exercer un métier manuel, etc.

L'éducation devrait faire de nous des êtres capables d'aimer la vie ce qui inclut le besoin de s'instruire. Celui qui, en tant que sujet apprenant, s'est senti respecté dans sa particularité aura toutes les chances d'apprendre par intérêt et non par contrainte. Il sera mieux à même d'inventer sa place dans la société au lieu de se la voir assignée, ou refusée. Une éducation qui laisse grandir l'enfant au lieu de lui substituer prématurément un adulte en miniature n'est-elle pas la plus apte à atteindre ce but, ou plutôt à s'en rapprocher : créer une société plus vivante, plus fraternelle, plus saine ? Utopie ? Oui, si l'utopie est un projet irréalisable à court terme, non, si par utopie on entend le songe creux et le chimérique. De plus en plus clairement l'on perçoit que les désordres de notre civilisation : clivages sociaux, maladies psychosomatiques, fréquence croissante des états dépressifs, sont dus en grande partie au mal-être des individus mal préparés à exercer leur créativité quel que soit le domaine de leur activité.

Ainsi le projet éducatif tel qu'il est conçu par notre société ne peut être amendé par des réformes ponctuelles, il devrait être repensé fondamentalement. Nombreux sont ceux qui s'y emploient dans les sciences de l'éducation, mais leur voix n'est pas encore suffisamment entendue et du temps passera avant que leurs travaux n'influencent profondément

le redoutable appareil bureaucratique qui régit notre système d'enseignement. Du temps aussi avant que les parents s'attachent à élever l'enfant pour lui-même et non pour en faire un pion sur l'échiquier social ou l'instrument de réalisation de leur propre rêve.

« The child is father of the man » écrivait le poète anglais William Blake : « L'enfant est le père de l'homme ». Respecter l'enfant, sa nature poétique et ludique, son amour inné de la vie, sa prescience naturelle du mystère de l'existence, son besoin de connaître et de grandir, éviter de tuer prématurément cet élan fondamental, c'est préparer une génération d'adultes créatifs qui auront les meilleures chances de pouvoir prendre en charge la société à venir et les problèmes qu'elle posera. Car peut-être en définitive la pensée utopique, au sens péjoratif (consiste-t-elle à croire qu'en maintenant le *statu quo* les difficultés s'aplaniront d'elles-mêmes. ■

¹ Paul Diel : *Psychologie de la Motivation*, Petite Bibliothèque Payot.

² Cf. *Revue de Psychologie de la Motivation* : N° 14 : Repenser l'éducation. n° 18 : L'école aujourd'hui et demain.

³ Cf. Cyrille Cahen : *Thérapie de l'échec scolaire*, Ed. Nathan 1996.

Cyrille Cahen

Médecin-psychiatre, centre médico-psychopédagogique, Paris

Bibliographie

Antoine Gueniffey, chargé de mission « éducation pour la santé » à la DGS (bureau SP1), a assuré la coordination de ce dossier.

Les chapitres « États des lieux » et « Une politique et des instruments pour l'éducation pour la santé » sont issus d'un rapport élaboré par un groupe de travail présidé par **Annick Morel**, chef de service à la DGS, et composé de Claude Boule (direction de la Sécurité sociale), Jean-François Collin (Direps Grand-Est), Odile Ferragu (Drass de Basse-Normandie), Laurence Gautier-Pascaud (Cnamts), François Martin (CDES Eure-et-Loir), Annick Morel, Michel Reyser (CPAM Haguenuau), Bernadette Roussille (CFES), Frédéric Tissot (Ddass de l'Oise) et Jean-Manuel Cartier, René Demeulemeester et Antoine Guéniffey (DGS). Les autres articles et encadrés ont été rédigés par :

François Baudier, délégué général adjoint du Comité français d'éducation pour la santé
Anne-Marie Bouchard, médecin responsable départemental du Var, conseiller technique de l'inspecteur d'académie

Claude Bouchet, Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé

Omar Brix, Comité français d'éducation pour la santé

Antoine Caprioli, Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé

Nathalie Lahns, médecin de l'Éducation nationale du Var

Laurence Tondeur, chargée de Mission à la Délégation inter régionale pour l'éducation et la promotion de la santé du Centre Ouest

Merci à **Benoit Bastard**, **Fernando Bertolotto**, **Cyrille Cahen**, **Laura Cardia-Vonèche**, **Marie Choquet** et **Bernadette Roussille** pour leurs tribunes.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Conférence internationale pour la promotion de la santé " Vers une nouvelle santé publique ", 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada, 4 p.

Aïach Pierre, **Bon Norbert**, **Deschamps Jean-Pierre** *Comportements et santé : questions pour la prévention*. Nancy : Presses universitaires de Nancy, 1992,

Boegli Jean-Daniel *École en santé : quelques clefs*. Lausanne : Éditions LEP (Loisirs et pédagogie), Éditions Labor, 1996, 167 p.

Bury Jacques *Éducation pour la santé : concepts et enjeux, planification*. Bruxelles : De Boeck Université, (collection Savoir et santé), 1988, 235 p.

Comité français d'éducation pour la santé. (CFES). Groupe méthodologie recherche évaluation. Vanves, Délégations inter-régionales pour l'éducation et la promotion de la santé. (Direps). *Priorités de santé publique : apports de l'éducation pour la santé*. Vanves : CFES, 1996/05, 59 p.

Coppé Monique, **Schoonbroodt Colette** *Guide pratique d'éducation pour la santé : réflexion, expérimentation et 50 fiches à*

l'usage des formateurs. Bruxelles : De Boeck Université, 1992, 282 p.

International Union for health promotion and education. (IUHPE). Regional Office for Europe. Utrecht. *Evaluation of the IUHPE project on the effectiveness of health Promotion and health education (Bonn : 1995/03/22-24)*. Utrecht : Regional Office for Europe IUHPE, 1995, 77 p.

Michaud Pierre-André, **Baudier François**, **Choquet Marie**, **Mansour Sylvie** / dir. *La santé des adolescents. Quels liens entre recherche et prévention ?* (Cartigny : 1993/11/04-06). Vanves : CFES, (collection Séminaire), 1994/11, 226 p.

Sandrin-Berthon Brigitte, **Lestage Annick**, **Baudier François**, **Monnot Alain** *1, 2, 3... santé. Éducation pour la santé en milieu scolaire*. Vanves : CFES, (collection La santé en action), 1994, 218 p.

Tondeur Laurence *Réflexion sur l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé en France*. Mémoire de DEA de politiques sociales et société. Paris : Université de Paris 1, 1994, 144 p., ann.

Adresses utiles

Ministère du Travail et des Affaires sociales

Direction générale de la Santé
8, avenue de Ségur
75350 Paris SP 07

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Direction des lycées et collèges
Sous-direction de la vie scolaire et des établissements
110, rue de Grenelle
75007 Paris
01 49 55 10 10

Cnamts

Département santé publique
66, rue du Maine
75694 Paris Cedex 4
01 42 79 30 30

Comité français d'éducation pour la santé

2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
01 41 33 33 33

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
01 46 45 00 59

Europe et santé (suite)

14 mai 1996

Suite des comptes rendus du conseil des ministres de la Santé européens.

L'ordre du jour de la séance du Conseil des ministres de la santé du 14 mai 1996, quasi totalement axé sur les dossiers d'observation de la santé et de surveillance des maladies transmissibles, s'est trouvé propulsé au premier plan de l'actualité puisque la crise dite « de la vache folle » avait été déclenchée moins de deux mois auparavant. Un tel coup de projecteur a confirmé l'urgence de ces projets en même temps qu'il manifestait la difficulté, dans le cadre d'une Union européenne fondamentalement axée sur des objectifs économiques et monétaires, de concilier, comme dit le Traité, « un niveau élevé de protection de la santé » et le marché.

Pour ne plus en parler, signalons à ceux qui suivent ces deux dossiers que le programme de lutte contre la toxicomanie a été confié à un comité de conciliation (entre le Conseil et le Parlement européen), pour aboutir avant la fin de l'année, et qu'une proposition d'interdiction, disons progressive, de la publicité en faveur du tabac préparée par la présidence italienne n'a reçu aucun soutien. On en reparlera donc.

Connaître l'état de santé en Europe est l'objectif du programme proposé en 1995 par la Commission. Le Parlement européen l'a examiné en première lecture et

il estime qu'il est trop faiblement doté (13,8 Mécus contre 20 souhaités). Le Conseil l'a approuvé mais en le limitant à 13 Mécus. Il entre maintenant dans la phase de sa seconde lecture. Le réseau prévu — sur lequel on compte en particulier pour repérer les déterminants de la santé — devrait être créé dans les mois qui viennent.

La crise de la « vache folle » : un débat animé

La création d'un réseau de surveillance des maladies transmissibles et de réaction aux épidémies a, dans le contexte de la « vache folle », fait l'unanimité et l'Irlande qui nous préside depuis le 1^{er} juillet, devrait faire aboutir à une position commune au prochain conseil santé du 12 novembre. La difficulté à résoudre ne tient pas à la surveillance épidémiologique, que les institutions compétentes sauront mettre en commun, mais à la capacité des États-membres à concilier l'obligation que leur fait l'article 129 du Traité de coordonner leurs politiques et la responsabilité, que chacun entend conserver, des mesures à prendre sur leurs territoires respectifs. Dossier intéressant donc.

La *Task force* USA/UE, créée au début de l'année et qui comprend la lutte coordonnée à l'échelle mondiale contre les épidémies, ne peut que renforcer l'investissement des quinze dans ce projet.

Sur l'épidémie de la « vache folle » et

le risque de voir se développer celle de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le débat a été animé. La solidarité gouvernementale d'une part, le fait que le Conseil des ministres de l'Union soit « un » également ne facilitait pas la tâche des ministres de la Santé par rapport à une crise gérée essentiellement par leurs collègues de l'Agriculture. La Belgique s'est efforcée de défendre un accroissement du rôle du Conseil santé sur des dossiers comme celui-ci : elle a été diversement (et peu) soutenue. On a donc réaffirmé la prééminence des préoccupations de santé publique, la nécessité de pousser les feux sur la recherche, et les ministres ont insisté pour que la création du Comité scientifique multidisciplinaire (et non plus seulement vétérinaire) soit l'occasion d'une véritable coopération entre les experts agricoles et les responsables de la santé publique.

Ce partage de la responsabilité de la protection de la santé des populations entre des ministres aux objectifs fort divers sur la base d'un Traité qui, *stricto sensu*, ne comporte pas d'instrument juridique contraignant pour gérer les problèmes de santé publique, n'a pas fini d'occuper les discussions. La présidence irlandaise, qui souhaite s'investir sur la sécurité de la transfusion sanguine, s'en apercevra vite. ■

André Ernst

Chargé de mission pour les affaires européennes,
direction générale de la Santé

Bien vieillir dans le XIII^e arrondissement de Paris

L'association de gérontologie du XIII^e arrondissement de Paris intervient auprès des personnes âgées depuis trente ans. Cet article présente l'histoire et le développement de cette association qui n'a cessé d'évoluer afin de mieux prendre en compte les difficultés des personnes âgées.

La ville de Paris est constituée de vingt arrondissements. L'association de gérontologie a été créée, dans le XIII^e arrondissement, il y a trente ans dans le but d'organiser la meilleure façon de vieillir au sein de la communauté. Il y a 180 000 habitants dans cet arrondissement, dont 20 % âgés de plus de 60 ans.

Depuis sa création les activités de l'association, qui emploie aujourd'hui quatre-vingts personnes, se sont diversifiées avec le souci de s'adapter à la société actuelle.

La prévention du mauvais vieillissement

L'innovation la plus importante a été de s'intéresser à la prévention du mauvais vieillissement, car la plus grande part des dépendances liées à l'âge est prévisible longtemps à l'avance.

En trente ans nous avons assisté à un grand bouleversement sociologique et médical. Les gens âgés sont de plus en plus âgés, la durée de vie a augmenté d'un an

tous les quatre ans. Actuellement l'espérance de vie des femmes françaises est de 81,1 ans, celle des hommes de 72,9 ans.

Le confort de vie des personnes âgées s'est amélioré : toutes ou presque ont l'eau chaude, le chauffage, le téléphone et la télévision, et à Paris il y a des ascenseurs presque partout. Malheureusement dans le même temps, pour des raisons multiples, la circulation en ville, la raréfaction des commerces de proximité sont venues compromettre cette amélioration de qualité de vie et remettent en cause l'autonomie de beaucoup de gens à mobilité réduite.

Si l'état de santé des aînés s'est nettement amélioré, les grandes causes d'invalidité sont aujourd'hui la difficulté de relations, les troubles de mémoire, la désorientation. La peur de « perdre la tête » est la crainte la plus souvent formulée. Cette plainte nécessite d'être reconnue et analysée.

Tolérer un trouble de mémoire, un geste de mauvaise humeur, c'est désamorcer un conflit et éviter une situation

bloquée. Mais ceci nécessite beaucoup d'informations et de soutiens. Des familles, des voisins viennent parler au centre d'information de l'association.

Une réunion des familles a lieu une fois par mois. Elle ne regroupe pas les seules familles des personnes démentes, mais toute personne ayant des problèmes avec des parents difficiles. Parler avec d'autres de ses problèmes relationnels permet de les dédramatiser et surtout de continuer à tolérer son parent à domicile, sans voir dans le placement en institution la seule issue pour les uns et les autres.

La grande majorité des retraités et des personnes âgées est isolée. Le premier travail consiste à créer des nouveaux liens. L'association de gérontologie se propose de prendre à contre-pied les trois facteurs sociaux essentiels de toute détérioration physique et mentale à savoir :

- la perte de capacité de faire des projets ;
- la dévalorisation de ce que l'on a été dans le passé ;
- l'abandon de ses aptitudes à voir, entendre, bouger et donc à vivre.

Des conférences, des rencontres par petits groupes, abordent tous ces problèmes et proposent des activités. Les retraités y trouvent une formation et pas seulement une occupation et une assistance.

Ainsi sont nés des « Ateliers » : yoga, gymnastique, chorale, théâtre, poésie grands-parents à l'école, mémoire, souvenirs, peinture, histoire 13, etc.

L'équipe mobile médicale et le service de soins à domicile

La finalité des deux services est différente :

- retour à une autonomie maximale dans les cas aigus pour l'équipe mobile : par exemple, fractures, épisode dépressif, décompensation cardiaque ou diabétique ;
- stabilisation d'un état caractérisé par une plus grande chronicité dans les prises en charge du service de soins, par exemple hémiplegie avec séquelles, grande dépendance nécessitant des soins d'hygiène et de nursing.

Dans les deux cas, il s'agit plus souvent d'aider à faire ou à refaire des gestes quotidiens en privilégiant l'aspect relationnel et affectif.

Les centres de jour

À l'association de gérontologie, deux centres de jour ont été créés ; ils accueillent les gens âgés en période de grande fragilité, lorsque le soutien à domicile par les familles devient trop difficile.

L'admission en centre de jour se fait à la demande d'un médecin ou d'un hôpital du secteur, parfois de la famille ou de la personne âgée elle-même. Après une rencontre avec le médecin psychiatre du centre et un ou deux autres thérapeutes, un programme est proposé à la personne. Cela peut aller d'une activité par semaine à des passages quotidiens. Le prix de journée est pris en charge par la sécurité sociale.

Les familles sont reçues au centre avec leurs parents, mais l'activité au centre de jour est séparée de ce qui se fait à la maison. Pour les personnes, ce lieu leur permet de retrouver une identité. On dit souvent que les personnes démentes dérangent les autres et doivent être séparées. Dans les centres de jour, on arrive à

recréer, dans des petits groupes, une resocialisation de personnes très désorientées.

Les appartements d'accueil : petites unités de vie dans la communauté

Dans le XIII^e arrondissement de Paris, comme partout ailleurs en France, lorsque le maintien à domicile d'une personne âgée n'est plus possible, les familles cherchent pour leur parent un hôpital ou une maison de retraite. Le plus souvent, ces institutions sont éloignées du lieu de vie et la rupture est si grande lors de ce déplacement, que l'état de la personne s'aggrave et sa famille se culpabilise.

Il y a dix ans, a été créé un appartement d'accueil pouvant recevoir un petit nombre de personnes âgées en difficulté transitoire ou définitive, pour leur permettre de poursuivre leur vie dans les meilleures conditions. Cet appartement offre treize places, et depuis deux ans, un autre appartement de quatre places a été ouvert.

Les principes de base de ces appartements sont :

- d'être à l'échelle d'une famille ;
- d'être une alternative au placement à l'hôpital quand un encadrement médical lourd n'est pas nécessaire ;
- de réserver quelques places pour des séjours temporaires de un jour à trois mois, ce qui permet à l'appartement de ne pas être un lieu de fin de vie ;
- d'être autonome financièrement. Pour chacun le prix est plus élevé qu'à la maison, mais inférieur à celui de l'hôpital ;
- de préserver, pour chaque résident, le maximum d'indépendance, avec sa chambre, ses meubles, sa boîte aux lettres et son téléphone ;
- d'aider chacun à la mesure de ce qu'il ne peut plus faire et de participer aux tâches de la vie quotidienne : toilette, ménage, courses, cuisine, et à des loisirs individuels ou collectifs ;
- d'être un lieu ouvert à la vie du quartier : circulation, services, commerces.

Accueillir d'autres retraités pour des séances de gymnastique, des groupes de lecture, de chant, de mémoire ou de sorties.

Les perspectives

À l'association de gérontologie du XIII^e nous conduisons nos actions dans un souci permanent d'innovation pour nous adapter aux mutations géronto-sociales.

On peut résumer en cinq points notre réflexion en 1996 :

- apporter la plus grande souplesse dans la fonction des soins infirmiers à domicile ;
- l'accueil de jour tel que le réalise nos centres de jour doit s'adapter à des gens très désorientés et à des personnes en perte d'autonomie passagère ;
- l'accueil dans un autre lieu de vie que le domicile (accueil temporaire ou accueil définitif) est un appui au maintien à domicile dans notre arrondissement. Il peut être thérapeutique, par la qualité thérapeutique institutionnelle ;
- multiplier les actions de prévention et d'information pour aider les personnes à conserver des réseaux de relations dans le quartier, les retraités et les personnes âgées ont un rôle important à jouer dans la vie d'un quartier. Bien vieillir, c'est conserver une activité, des projets et un rôle social. Cela concerne la population tout entière d'une cité ;
- disposer d'un outil d'évaluation permanente des situations de crise. C'est pour nous la concertation gérontologique. ■

Docteur Pierre Guillet

Médecin généraliste, secrétaire général de l'AG13, membre du HCSP

Sigles

Circ
IARC

Date de création

20 mai 1965

Textes de référence

Résolution WHA18. 44 de
la 18^e Assemblée mondiale
de la santé (OMS)
Statuts du Circ

Organes directeurs

Conseil scientifique
Formé de chercheurs indé-
pendants, il propose les
orientations de recherche
et se réunit en conseil
d'examen collégial
Conseil de direction
Composé de représentants
des seize États membres,
il vote le budget, élit le di-
recteur et passe en revue
les propositions du Conseil
scientifique

Responsables

Directeur,
Dr Paul Kleihues

Financement

Budget ordinaire biennal
1996-1997 : 37 millions de
dollars et financements ex-
ternes d'environ 11 millions
de dollars

Effectif

Environ 220 personnes,
dont 155 membres du per-
sonnel, de 36 nationalités
différentes.

Siège

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cedex 08
Téléphone : 04 72 73 84 85
Télécopie : 04 72 73 85 75
Internet : www.iarc.fr



Allemagne
Australie
Belgique
Canada
Danemark
États-Unis d'Amérique
Fédération de Russie
Finlande
France
Italie
Japon
Norvège
Pays-Bas
Royaume-Uni
Suède
Suisse

Centres d'intérêt actuels, Grands projets

Ces dernières années, l'une des
évolutions les plus marquantes
a porté sur l'élan donné à l'étude
des facteurs génétiques et
autres facteurs d'hôte contri-
buant au cancer. Cette ten-
dence s'est manifestée en rai-
son :

- d'un nombre croissant d'indi-
cations selon lesquelles les
mutations génétiques jouent un
rôle clé dans la cancérogenèse ;
- de l'importance potentielle des
facteurs d'hôte dans la modifica-
tion de l'effet cancérogène des
agents environnementaux ;
- de l'utilité potentielle de mé-
thodes génétiques dans l'iden-
tification des personnes à haut
risque de cancer qui pourraient
bénéficier d'une intervention
spécifique.

Les projets du Circ portent sur
l'incidence et l'impact du cancer,
la recherche des causes envi-
ronnementales du cancer, la
cancérogenèse et ses mécanis-
mes, la prévention et le dépis-
tage du cancer et la méthodolo-
gie de recherche sur le cancer.
Par ailleurs, le Circ remplit un
rôle d'information et d'éduca-
tion, par son programme de pu-

Mission

Le rôle du Circ, et la raison d'être de sa création,
est la recherche sur les causes du cancer dans un
but de prévention. Pour cela, trois objectifs ont été
fixés, portant sur l'épidémiologie, la cancérogenèse
environnementale et la formation des chercheurs.
Cet accent reflète tout d'abord l'acceptation géné-
rale du fait que 80 % de tous les cancers sont liés,
directement ou indirectement, à des facteurs envi-

ronnementaux, et sont par conséquent théoriquement évitables ;
deuxièmement, la récente reconnaissance du fait que l'épidémiolo-
gie peut jouer un rôle important dans la prévention contre le cancer
et dans l'évaluation de l'efficacité de mesures de prévention ; et, en-
fin, le fait que les variations géographiques de l'incidence du can-
cer reflètent presque certainement des différences d'environnement
et se prêtent donc bien à la recherche au niveau international. La
recherche épidémiologique s'organise donc de deux façons : d'une
part, des études descriptives dessinent les tendances de l'incidence
et de la mortalité par cancer dans différentes populations et zones
géographiques et, d'autre part, des études analytiques se concen-
trent sur les rapports entre incidence et mortalité et facteurs de ris-
que particuliers (alimentation, certaines expositions professionnel-
les, etc.).

blications, l'organisation de réu-
nions scientifiques, son pro-
gramme de bourses de recher-
che sur le cancer et les cours de
formation qu'il dispense.

Perspectives

C'est dans un lien toujours plus
étroit entre la recherche épidé-
miologique, clinique et fonda-
mentale que se développeront
les connaissances sur l'étiologie
et la prévention du cancer, en
mettant l'accent sur l'interaction
entre la génétique et les facteurs
environnementaux.

Publications

Les chercheurs du Circ, qu'ils
soient membres du personnel
en titre ou chercheurs en visite,
stagiaires ou détachés par leurs
instituts nationaux, publient, en
leur nom propre, les résultats de
leurs recherches. D'autre part,
le Circ publie plusieurs séries :

la série des publications scien-
tifiques du Circ (138 titres à ce
jour ; en anglais seulement), les
Monographies du Circ sur l'éva-
luation des risques de cancéro-
généicité pour l'homme (66 titres
et 8 suppléments à ce jour ; en
anglais seulement), les *Rap-
ports techniques du Circ*, le *Ré-
pertoire des agents soumis à
des épreuves de cancérogéni-
cité* (15 volumes à ce jour ; en
anglais seulement) et quelques
publications hors série. Le Circ
publie aussi régulièrement un
rapport complet de ses activités,
sur le rythme biennal de son
exercice : le rapport biennal du
Circ (en anglais et en français).
Toutes ces publications sont
disponibles auprès du Circ, les
Monographies et les *Rapports
techniques* peuvent également
être commandés auprès de
l'OMS (distribution et vente) à
Genève. D'autres informations
plus détaillées peuvent être ob-
tenues sur le site Internet.

Alcool et accidents mortels de la circulation en France

Résultats de l'étude 1990/1991

Connaître la proportion de décès accidentels sur les routes imputables à l'alcool est encore difficile. Après avoir montré les insuffisances des connaissances et leurs causes, les principaux résultats de l'étude menée en 1990/1991, des accidents mortels incluant la recherche de résultats des prises de sang sont présentés ici.

Malgré l'importance des enjeux, de l'ordre de plusieurs milliers de morts par an dans notre pays, la connaissance de la place de l'alcool dans les accidents de la route est encore imparfaite. Les raisons de ces insuffisances de connaissance sont identifiées depuis près de vingt ans, et les remèdes méthodologiques ont été proposés sans succès depuis cette époque, en particulier en 1980 dans le rapport sur l'alcoolisme du groupe de travail dirigé par le Pr Jean Bernard¹. Cette situation n'est pas spécifique à notre pays, les données disponibles dans les autres pays industrialisés sont également insuffisantes et surtout hétérogènes, les méthodes d'évaluation n'étant pas définies à l'identique. Là encore des améliorations ont été proposées, en particulier par l'OMS au cours de deux colloques spécialisés qui se sont tenus à Monaco (1978) et à Reykjavik (1987). Ces recom-

mandations n'ont été que très partiellement suivies et il faut se garder d'effectuer des comparaisons entre pays.

Les différences et les insuffisances méthodologiques

Un accident de la route implique un ou plusieurs usagers qui ont une responsabilité variable dans l'accident. Deux difficultés en résultent : faut-il rapporter la présence d'alcool à l'accident ou à l'usager ? Faut-il prendre en compte les responsables présumés aux yeux du code de la route ou tous les impliqués ? Les impliqués peuvent être blessés, tués ou indemnes, faut-il envisager les résultats en fonction de cette caractéristique ? Une statistique d'origine hospitalière portant sur des blessés fournira des résultats différents d'une autre concernant les mêmes accidents, mais prenant en compte uniquement les données médico-légales provenant des résultats d'autopsies ou d'une

troisième qui aura pris en compte l'alcoolisation éventuelle des impliqués indemnes, en particulier des responsables présumés. La seule solution à la confusion introduite par les différences méthodologiques consiste à produire des études descriptives qui tentent de documenter l'ensemble des variables. Les utilisateurs des résultats pourront alors effectuer les regroupements sur des critères identiques qui autoriseront des comparaisons. Cette situation demeure actuellement un idéal inaccessible car des insuffisances dans la qualité des dénombrements s'ajoutent aux différences dans les méthodes utilisées.

En droit, en France comme dans la majorité des pays industrialisés, la loi impose la recherche d'une alcoolisation excessive chez tous les impliqués dans des accidents corporels. La législation de notre pays est du 9 juillet 1970, elle a fixé une limite légale pour l'alcoolémie et rendu obligatoire le dépistage chez tous ceux qui ont pu jouer un rôle dans l'accident (un passager n'est pas un impliqué aux yeux du code de la route). Le dépistage utilise un éthylotest (alcotest est une marque d'éthylotest chimique), suivi éventuellement d'une prise de sang en cas de positivité. Cette loi n'est pas appliquée à tous les accidents et la façon dont elle a été mise en œuvre a varié au cours des

¹ L'alcoolisme : rapport au Président de la République. p. 33-34 ; Paris : La documentation Française, 1980.

vingt dernières années. Par exemple la proportion de responsables d'accidents mortels non explorés en 1977 était de 41,2 %, il n'est plus que de 20,1 % en 1990. Il s'agit habituellement d'impliqués tués dans l'accident et pour lesquels il n'y a pas eu de mesure d'alcoolémie faute d'autopsie ou de prise de sang post-mortem. Il est également possible que les cas non explorés l'aient été pour des motifs qui peuvent être liés à la faible probabilité d'une alcoolisation illicite (enfants), ce qui introduit un biais supplémentaire.

Les progrès techniques permettant des dosages fiables dans l'air expiré ont produit des modifications qui peuvent interférer avec les résultats. Les éthylotests électroniques homologués (à ne pas confondre avec des gadgets électroniques peu fiables) ont amélioré la qualité du dépistage. Ils sont homologués depuis 1985, mais ils sont encore insuffisamment répandus en France. Les éthylomètres qui produisent une mesure utilisable par les tribunaux du taux d'alcool dans l'air expiré ont l'avantage d'éviter la prise de sang et les importantes variations de l'alcoolémie entre le moment de l'accident ou de l'infraction et le moment du prélèvement sanguin (souvent différé de une à deux heures quand les policiers et les gendarmes devaient requérir un médecin pour l'effectuer). Ces modifications dans les pratiques du dépistage et de la mesure ont introduit des biais statistiques qui imposent une grande prudence dans l'évolution des résultats. Dans le cadre de la commission qui a produit le livre blanc *Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments*², nous avons pu disposer des résultats de la totalité des dépistages préventifs (en l'absence d'infraction ou d'accidents) effectués en France en 1993 par les forces de police. Avec l'éthylotest chimique (le ballon) 4 854 tests ont été positifs sur 707 287 pratiqués soit un taux de 0,69 %. Avec les appareils électroniques 1 033 tests positifs sur 60 773 pratiqués soit un taux de

1,69 % (multiplication par un facteur 2,45 de la proportion de tests positifs). Le développement des éthylotests électroniques va modifier la proportion des tests positifs sans que cela soit une indication d'une modification du comportement des usagers.

Une bonne délimitation du type d'usager exploré (impliqués, responsables, blessés, tués) et une connaissance des moyens de dépistage et de mesure des alcoolémies ne sont pas suffisantes pour établir une épidémiologie de qualité, il faut surtout que les résultats soient correctement collectés et présents sur les fichiers exhaustifs produits au niveau national. Dans la pratique de notre pays, les résultats des prises de sang effectuées chez les impliqués dont l'état ne permet pas une mesure dans l'air expiré ne sont pas toujours connus des policiers et des gendarmes qui remplissent les bordereaux d'analyse des accidents corporels. Faute d'avoir su organiser une procédure complémentaire de recueil de cette donnée importante, nous n'avons pas de dénombrement satisfaisant des alcoolémies illicites dans les fichiers nationaux d'accidentologie. Il est nécessaire de procéder à des études complémentaires pour disposer de renseignements fiables.

Les études des accidents mortels

Ce groupe d'accidents est mieux délimité que celui des accidents corporels et sa dimension autorise une recherche spécifique de renseignements complémentaires, quand ils sont absents des fichiers informatisés concernant l'ensemble des accidents corporels. Nous avons pu, grâce à la collaboration des gendarmes et des policiers, rechercher les résultats des prises de sang dans les procédures et les joindre aux autres données collectées. L'étude portant sur l'année 1990 concerne en réalité les mois de mars à décembre 1990 et janvier/février 1991. Ce décalage s'explique par l'intégration de la recherche de l'alcoolémie dans une étude plus complète qui portait sur l'ensemble des procès-verbaux d'accidents mortels. Elle devait débiter le 1^{er} janvier 1990

mais a été retardée de deux mois pour des raisons matérielles de collecte et de re-production des procédures. Les résultats peuvent être comparés à quatre études précédentes qui ont porté sur les années 1977, 1978, 1981 et 1984. Les limites des comparaisons possibles sont les suivantes :

- l'étude de 1977 et celle de 1978 concernaient uniquement le réseau surveillé par la gendarmerie (environ les 2/3 des accidents mortels) et les responsables présumés de ces accidents³,
- l'étude de 1981 concernait également le réseau de la gendarmerie, elle incluait la recherche de l'alcoolisation chez les usagers considérés comme non responsables⁴,
- en 1984 l'étude porte sur l'ensemble du réseau et sur tous les impliqués, responsables ou non responsables de l'accident,
- l'étude de 1990 est analogue à celle de 1984 avec des compléments d'information liés à l'exploitation des procès-verbaux et non aux seules données disponibles dans les bordereaux d'analyse des accidents corporels établis par les policiers et les gendarmes.

Les principaux résultats de 1990

L'alcoolisation des responsables présumés des accidents mortels observés sur le réseau de la Gendarmerie est indiquée sur le graphique page suivante. Les valeurs observées en 1977, 1981 et 1984 sont également représentées pour permettre des comparaisons. Il faut remarquer que la proportion de responsables explorables par l'éthylotest est stable, elle ne représente qu'un tiers des accidents mortels et la proportion de tests positifs est relativement faible (12,9 % en 1990). Quand le responsable n'est pas en état de souffler dans l'éthylotest et qu'il est exploré par une prise de sang, la proportion

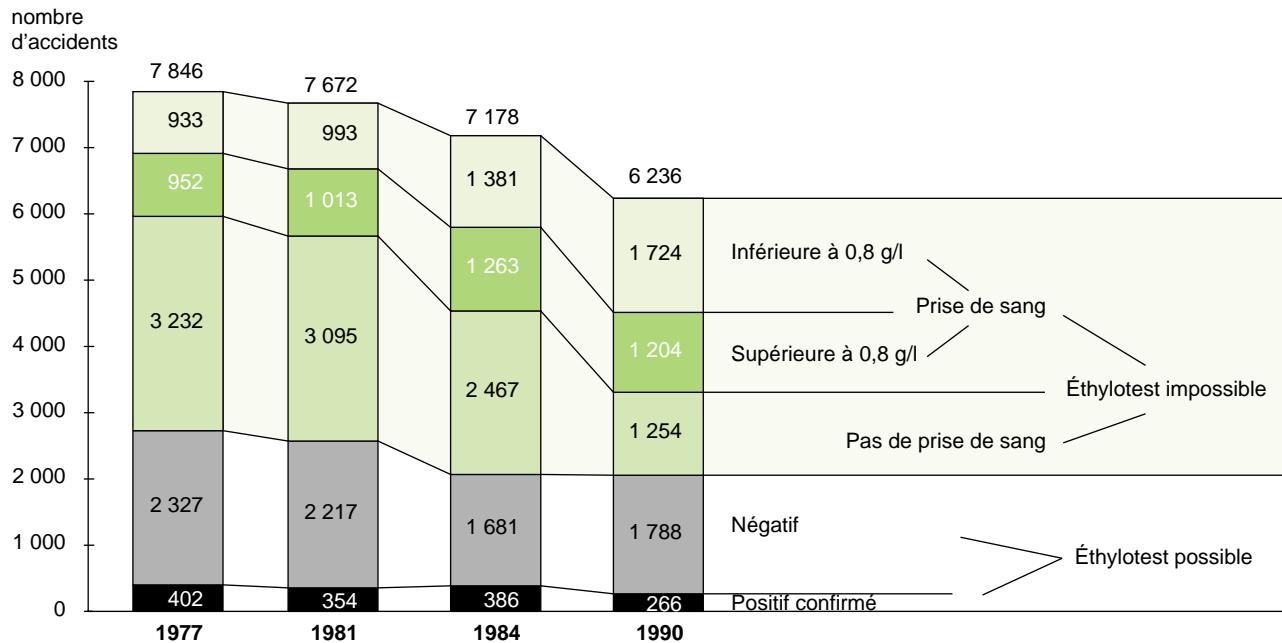
³ Got C. Alcool et accidents. Bulletin du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme 1982 ; 149 : 27-44.

⁴ Got C. Alcool et accidents mortels de la circulation. Bulletin du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme 1984 ; nouvelle série 1 : 38-60.

² Livre blanc : sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments. Paris : La documentation Française, 1996.

Accidents mortels avec responsabilité humaine (Gendarmerie)

Résultats des recherches de l'imprégnation d'alcoolisation chez les responsables présumés



d'alcoolémie illicite est beaucoup plus élevée (41,1 %). Cette différence très importante a trois explications dont nous ne savons pas pondérer l'influence respective. Le facteur le plus important concerne la typologie des accidents. C'est dans les accidents à un seul impliqué que l'alcool intervient le plus et dans ce type d'accident mortel, même si ce n'est pas le conducteur qui est tué, il est rarement en état de souffler dans l'éthylotest. Ce test est plus souvent possible dans des accidents à plusieurs impliqués où l'alcool intervient avec une fréquence plus faible. La seconde explication est la mauvaise sensibilité de l'éthylotest chimique par rapport à des mesures par éthylomètre ou prise de sang, elle peut provoquer une sous-évaluation des alcoolisations illicites. Le troisième facteur est le plus difficile à évaluer, il concerne une éventuelle sélection des accidents pour lesquels la prise de sang est faite en l'absence d'éthylotest possible. Ces accidents seraient ceux où le rôle de l'alcool apparaît le plus vraisemblable.

Pour tenter de corriger l'erreur que l'on commet en limitant l'expression des résultats à la proportion d'alcoolémies illicites par rapport au nombre de responsables explorés (taux brut), nous pouvons calculer un taux corrigé qui applique aux responsables non explorés la proportion d'alcoolémies illicites observées quand la prise de sang est faite directement. En 1977, le taux brut était de 29,3 %, il était plus élevé en 1984 (35 %) et il est revenu à 29,5 % en 1990. Pendant la même période le taux corrigé est passé de 38,5 % en 1977 à 39,4 % en 1984, s'abaissant à 31,8 % en 1990. Il est utile de prendre en compte non seulement les proportions mais également les valeurs absolues car le nombre d'accidents mortels a diminué pendant cette période. La gendarmerie a observé 7 846 accidents avec une responsabilité humaine en 1977 et 6 236 en 1990. Sur ce réseau, le nombre de responsables présumés d'accidents mortels sous l'influence d'une alcoolémie illicite s'est abaissé d'environ 3 000 en 1977 (38,5 % de 7 846) à environ 2 000 en 1990.

Si les recherches d'alcoolisation illicite sont rapportées à l'ensemble des impliqués et non aux seuls responsables présumés, les proportions seront différentes. Il y avait 14 022 impliqués dans l'ensemble des accidents étudiés en 1990. La proportion d'alcoolémies dépassant le seuil légal était de 19,5 % chez les impliqués dont l'imprégnation alcoolique a pu être recherchée (11 286/14 022).

Rapporter l'état d'imprégnation alcoolique à l'accident est le troisième type d'abord de ce problème épidémiologique. 8 119 accidents mortels ont été analysés en 1990 mais la totalité des impliqués n'a été explorée que dans 70 % d'entre eux. Dans les 3 141 accidents à un seul impliqué, 2 363 ont été explorés et la proportion d'alcoolémies illicites s'est élevée à 44,8 % (1 060/2 363). Il s'agit habituellement de pertes de contrôle du véhicule et nous savons que c'est dans cette typologie d'accidents que l'alcool intervient le plus fréquemment. Dans les accidents à deux impliqués (4 216) la recherche chez tous les impliqués a pu être faite

dans 2 779 accidents, une alcoolémie illicite chez l'un des deux a été observée dans 27,7 % des accidents (772/2 779). Les accidents à trois impliqués sont plus rares, l'alcoolisation a pu être connue chez tous les impliqués dans 377 accidents, l'alcoolémie illicite d'au moins un d'entre eux a été observée dans 29,9 % des cas (113/377).

Les différences suivant le sexe observées dans le passé se maintiennent en 1990, mais il faut noter l'existence d'un biais déjà signalé lors des études précédentes. Les cas où la recherche d'alcoolémie n'a pas été faite sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes. Les femmes de plus de quinze ans représentent 14,2 % du groupe des usagers explorés et 25,8 % de celui des usagers chez lesquels la recherche de l'imprégnation alcoolique n'a pas été faite. Dans les cas où la recherche a été faite et en se référant à l'ensemble des impliqués, les femmes étaient sous l'influence d'une alcoolisation illicite dans 6,42 % des cas (103/1 605) et les hommes dans 21,66 % (2 097/9 681). En se référant aux responsables présumés les proportions deviennent respectivement 9,21 % et 31,28 %. Les rapports entre ces proportions d'alcoolisations illicites sont peu différents, il y a respectivement 3,38 ou 3,4 fois plus d'alcoolisations illégales chez les hommes que chez les femmes.

Les variations régionales demeurent importantes mais tendent à se réduire par rapport aux études antérieures. Le tableau ci-contre compare les données disponibles dans l'étude la plus ancienne (1977) à celles de 1990. Il est probable que des différences dans les recherches expliquent certaines variations. L'augmentation de la proportion d'accidents avec le responsable présumé sous l'influence de l'alcool dans le Languedoc ne peut être seulement liée à une modification des comportements des usagers, elle est probablement provoquée par une meilleure application de la loi de 1970. Il faut remarquer que les régions dont la situation s'est nettement améliorée sont celles qui avaient les proportions d'alcoolémies illicites les plus importantes. D'autres études ont montré que ce sont également ces

régions qui utilisaient le plus largement les possibilités de dissuasion introduites par la loi de 1978 instituant les dépistages préventifs (*Livre blanc : sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments*).

Conclusions

Il est toujours difficile de rapporter avec précision la proportion de décès accidentels imputables à l'alcool en France. Cette situation s'explique par :

- des insuffisances méthodologiques dans les dénombrements statistiques (défaut d'intégration de tous les résultats des prises de sang dans les statistiques nationales),
- le manque de suivi de groupes représentatifs des conducteurs hors acci-

dents suivant les techniques développées par l'Inrets au début des années soixante-dix,

- les insuffisances persistantes dans l'application de la loi du 9 juillet 1970 (environ 20 % des impliqués dans des accidents mortels ne sont pas l'objet d'une recherche d'une éventuelle alcoolisation illicite).

Des études limitées aux accidents mortels et incluant la recherche des résultats des prises de sang ont été conduites en 1977, 1978, 1981, 1984 et 1990. Elles indiquent une réduction du nombre absolu et à un moindre degré de la proportion des responsables présumés et des impliqués sous l'influence d'une alcoolémie excessive. En 1990, si l'on se limite aux responsables présumés d'accidents mortels ayant fait l'objet d'une recherche, le taux de 30 % d'alcoolisations illicites

Proportion de responsables présumés d'accidents mortels avec alcoolémie illicite

Région	1977		1990		Variation
	n	Taux	n	Taux	
Alsace	130	40,0	151	31,8	-20,5
Aquitaine	232	19,0	336	24,4	28,7
Auvergne	144	28,5	132	29,5	3,8
Basse Normandie	162	25,9	169	27,2	5,0
Bourgogne	249	34,9	259	36,7	5,0
Bretagne	358	43,9	283	33,2	-24,3
Centre	319	24,8	372	29,0	17,2
Champagne-Ardenne	161	26,1	181	30,4	16,5
Corse			14	21,4	
Franche Comte	115	33,0	148	33,8	2,2
Haute Normandie	162	32,7	148	31,8	-2,9
Île-de-France	180	32,8	187	26,7	-18,4
Languedoc	216	13,9	282	29,4	111,9
Limousin	64	21,9	85	36,5	66,7
Lorraine	227	25,5	196	28,1	9,8
Midi Pyrénées	211	13,3	332	24,7	86,1
Nord-Pas-de-Calais	176	40,3	139	33,1	-18,0
Pays de la Loire	357	36,4	315	26,0	-28,5
Picardie	232	31,5	238	28,2	-10,5
Poitou Charentes	191	23,0	223	29,1	26,5
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	249	24,5	314	22,6	-7,7
Rhône Alpes	475	27,8	549	30,4	9,5

- n est le nombre de conducteurs explorés
- Le taux est calculé grâce à la formule :
(conducteurs avec un taux sanguin dépassant 0,8 g/l) / (conducteurs explorés) x 100
- La variation est celle du taux brut entre 1990 et 1977



L'actualité du Haut Comité

peut être retenu, 20 % si la référence concerne l'ensemble des usagers. Si l'on retient les accidents dans lesquels tous les impliqués ont été explorés, la proportion d'alcoolémies illicites s'élève à 45 % pour les accidents à un seul impliqué et à 28 % pour ceux impliquant deux usagers. Les femmes sont 3,4 fois moins souvent responsables que les hommes d'accidents mortels avec une alcoolémie dépassant le seuil légal. Les variations régionales demeurent importantes mais elles se réduisent. Il est probable que ces variations dépendent à la fois de différences réelles et de différences apparentes provoquées par des différences dans l'application de la loi de 1970, sans que nous puissions faire la part de chacun de ces deux facteurs.

Ces constatations conduisent à répéter les recommandations faites depuis une vingtaine d'années pour certaines d'entre elles :

- il faut améliorer l'application de la loi de 1970 et explorer la totalité des impliqués, sans se contenter de certificats de prises de sang impossibles, en particulier sur le cadavre,
- il faut développer l'usage des éthylotests électroniques qui assurent un dépistage de meilleure qualité que les éthylotests chimiques,
- il faut établir des dénombrements statistiques recherchant les résultats des prises de sang, ce qui n'est toujours pas fait systématiquement.

Pr Claude Got
Chef de service, Hôpital Ambroise Paré

Le rapport du Haut Comité à la Conférence nationale de santé

Le Haut Comité de la santé publique a remis son rapport à la première conférence annuelle de santé qui s'est déroulée les 2, 3 et 4 septembre à Paris (cf. la rubrique législation : décret n° 96.720).

Le rapport du Haut Comité présente dans une première partie, les tendances récentes de l'état de santé des Français. Il propose ensuite des données sur l'offre de soins et l'utilisation des ressources. La troisième partie est consacrée à l'établissement de priorités nationales et régionales de santé.


La version intégrale du rapport du HCSP « La santé en France 1996 » sera publiée prochainement à la Documentation Française.

Le Haut Comité déménage

HC SP
Haut Comité de la Santé Publique
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone 01 40 56 79 80
Télécopie 01 41 56 79 49

Centre français de documentation en santé publique
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
Téléphone 01 41 33 33 69
Télécopie 01 41 33 33 90


Livres reçus

 ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.
Les mots-clef utilisés sont ceux de la Banque de données santé publique.

■ ÉCONOMIE DE LA SANTÉ


LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ EN EUROPE ET EN AMÉRIQUE DU NORD
Étienne Douat (dir.)
Bordeaux : LCF éditions, 1996, 467 p., 140 F

■ ENVIRONNEMENT

 **L'OZONE, INDICATEUR MAJEUR DE LA POLLUTION PHOTOCHIMIQUE EN FRANCE**
Évaluation et gestion du risque sur la santé
Conseil supérieur d'hygiène publique de France
Paris : Éditions Tec et doc/Lavoisier, 1996, 164 p., 170 F

 **LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE D'ORIGINE AUTOMOBILE ET LA SANTÉ PUBLIQUE**
Bilan de 15 ans de recherche internationale
Nancy : Société française de santé publique, 1996, 251 p., 200 F

■ ÉTHIQUE

 **L'ÉTHIQUE BIOMÉDICALE EN QUESTION**
Ph. Lazar
Paris : Éditions Liana Lévy, coll. Opinion, 1996, 201 p., 98 F

par Guy Nicolas

■ FEMME

LA PLACE DES FEMMES
Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales
Paris : Éditions La Découverte, coll. Recherches, 1995, 740 p., 295 F

■ HANDICAP

GUIDE DES STRUCTURES POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPÉS
Paris : ORS Île-de-France, 1995, 177 p., 35 F

■ HÔPITAL

CONSOMMATION DE SOINS ET TRAITEMENTS À L'HÔPITAL
Enquête nationale sur les hospitalisés 1991/1992
N. Raffy-Pihan
Paris : Credes, 1996, 52 p., 90 F


■ INDICATEURS DE SANTÉ

 **LA MORTALITÉ INFANTILE EN ÎLE-DE-FRANCE 1988/1992**
Paris : ORS Île-de-France, 1996, 115 p.


■ JEUNE

LA SANTÉ DES JEUNES
Enquête sur la santé et les soins médicaux en France 1991/1992
C. Sermet
Paris : Credes, 1996, 37 p., 50 F

■ POLITIQUE DE SANTÉ

 **COMPRENDRE ET VOULOIR**
Dix chantiers prioritaires pour la santé publique
Rennes : ENSP, 1996, 162 p., 150 F

■ LE DÉPISTAGE CHEZ L'ADULTE

 É. La Rosa
Paris : Presse universitaire de France, coll. Que sais-je ?, 1996, 128 p., 40 F


LES TRANSFORMATIONS DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN EUROPE

Vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics : colloque européen Paris 12 et 13 mai 1995
Rennes : Ensp, 1995, 171 p., 130 F

LA SANTÉ INTOUCHABLE

Enquête sur une crise et ses remèdes
J. de Kervasdoué
Paris : J.-C. Lattès, 1996, 280 p., 125 F

■ PRISON

 **LA TUBERCULOSE DANS LES PRISONS D'ÎLE-DE-FRANCE ET DE PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR**
Enquête rétrospective 1989/1993, enquête prospective juillet 1994/ juin 1995
Paris : ORS Île-de-France, 1996, 125 p.

■ PROFESSION DE SANTÉ

INFORMATIQUE MÉDICALE
P. Degoulet, M. Fieschi
Paris : Masson, 1996, 2e édition, 240 p., 105 F

LES PHARMACIENS

D. Hanot
Paris : L'Harmattan, coll. Santé et sciences humaines, 1995, 270 p., 150 F

■ SANTÉ MENTALE

ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ MENTALE

V. Kovess
Paris : Médecine sciences Flammarion, 1996, 162 p., 195 F



**ASPECTS SOCIO
ÉCONOMIQUES DE LA
DÉPRESSION
Évolution 1980-1981/1991-
1992**

A. Le Pape, Th. Lecomte
Paris : *Credes*, 1996, 84 p.,
120 F

SUICIDE

**SUICIDE ET CULTURES :
CONDUITES
SUICIDAIRES DE
L'ADOLESCENT/APRÈS
LE SUICIDE, CEUX QUI
RESENT...**

**XXVI^e et XXVII^e réunion du
Groupe d'études et de
prévention du suicide**

J.-P. Chabannes,
M. Debout (coord.)
Toulouse : *Société
toulousaine d'aide et de
recherche dans les
situations d'urgence
psychiatrique, Centre
hospitalier Gérard
Marchant*, 1996, 415 p.

ENVIRONNEMENT

**LA POLLUTION
ATMOSPHÉRIQUE
D'ORIGINE
AUTOMOBILE ET LA
SANTÉ PUBLIQUE
Bilan de 15 ans de
recherche internationale**

Nancy : *SFSP*, 1996,
251 p., 200 F

Alors que la pollution atmosphérique paraissait régresser et ne plus être une préoccupation majeure de santé publique, elle apparaît, de nouveau, depuis quelques années, comme une véritable menace pour la santé de millions d'habitants de nos centres urbains et occupe le devant de la scène médiatique et politique. Autrefois d'origine essentiellement industrielle, la pollution atmosphérique urbaine est aujourd'hui principalement dûe, directement ou indirectement aux émissions de gaz d'échappement des véhicules automobiles.

À la demande des ministères de l'Environnement, de la Santé, des Transports, la SFSP a réalisé le bilan des connaissances scientifiques sur l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique d'origine automobile.

Cette synthèse de quinze années de recherche internationale, complétée de données françaises sur la qualité de l'air, l'évolution du trafic et les émissions, devrait donner aux responsables politiques, administratifs et économiques la mesure de la menace.

**L'OZONE, INDICATEUR
MAJEUR DE LA
POLLUTION PHOTO-
CHIMIQUE EN FRANCE
Évaluation et gestion du
risque sur la santé**

Conseil supérieur d'hygiène publique de France
Paris : *Éditions Tec & doc/
Lavoisier*, 1996, 164 p., 170 F

Élaboré dans le cadre du programme de santé publique « al-

lergie respiratoire—asthme—environnement » lancé par le ministre chargé de la Santé, en janvier 1994, cet ouvrage est une monographie précise de l'évaluation et de la gestion des risques sanitaires liés à l'ozone, fortement liés aux rejets d'effluents industriels et automobiles.

L'évaluation des risques a été conduite à partir d'une analyse des travaux internationaux publiés depuis dix ans, de l'identification des populations sensibles et des dépassements de valeurs seuils, constatés en France, depuis cinq ans.

Les recommandations concernant la gestion de ces risques tiennent compte des moyens de prévention mis en œuvre aux niveaux européen et français.

L'accent est également mis sur l'importance des relais d'information : professionnels de santé, responsables sportifs, responsables de collectivités... pour appliquer les mesures de protection préconisées pour protéger les populations sensibles en cas de dépassement des seuils.

Afin de faciliter leur action, le rapport propose différentes stratégies de communication et d'information.

**INDICATEURS DE
SANTÉ**

**LA MORTALITÉ
INFANTILE EN ÎLE-DE-
FRANCE
1988/1992**

Paris : *ORS Île-de-France*,
1996, 115 p.

En 1992, le taux de mortalité infantile est de 6,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en France et de 7,1 en Île-de-France, ce qui situe la région au quinzième rang des régions françaises.

Cette situation relativement défavorable qui tranche avec la sous-mortalité infantile dont a longtemps bénéficié l'Île-de-France, justifie l'analyse présen-

tée dans ce rapport de l'Observatoire régional de la santé de l'Île-de-France pour que soient rapidement engagées des politiques de prévention adaptées aux caractéristiques des lieux de la région qui présentent les plus mauvais résultats (la Seine et Marne notamment).

**POLITIQUE DE
SANTÉ**

**COMPRENDRE ET
VOULOIR
Dix chantiers
prioritaires pour la
santé publique**

Rennes : *ENSP*, 1996,
162 p., 150 F

Cet ouvrage, mis en chantier dans le cadre du congrès 1995 de la SFSP, est le fruit du travail des sociétés régionales, groupements professionnels et commissions spécialisées qui la composent.

Les dix thèmes retenus comme prioritaires pour les cinq années à venir sont : garantir l'accès aux soins pour tous ; maîtriser l'évolution des dépenses de santé ; réduire l'alcoolisme ; combattre le tabagisme ; entendre les toxicomanes ; accompagner le grand âge ; connaître la santé mentale ; prévenir l'infection par le VIH et prendre en charge les malades ; promouvoir la santé et la sécurité au travail ; diminuer la pollution atmosphérique. Chacun fait l'objet d'un constat, de propositions et d'objectifs spécifiques, dont certains ont été retenus par le HCSP dans le rapport *La santé en France*.

Trois d'entre eux — la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et les toxicomanies — ont une place particulière, car ils présentent à la fois des convergences et des divergences.

Tous les thèmes considérés, sauf « la maîtrise des dépenses de santé », s'inscrivent dans le tripityque : un grand nombre de personnes touchées, des conséquences

graves pour le bien-être ou l'intégrité physique ou mentale des sujets atteints, l'existence de possibilités, plus ou moins complexes, d'agir sur les déterminants, de prévenir ou soulager les conséquences de ces troubles.

La vocation de ce document est interne à la SFSP, mais il devrait éclairer l'action des professionnels de santé publique et des soins, des responsables politiques et administratifs, des décideurs, et s'adresse aussi aux acteurs du quatrième pouvoir, celui des médias.

LE DÉPISTAGE CHEZ L'ADULTE

É. La Rosa

Paris : Presse universitaire de France, coll. *Que sais-je ?*, 1996, 128 p., 40 F

L'objectif de cet ouvrage est de passer en revue les possibilités de dépistage et les actions de prévention d'un certain nombre de maladies, troubles du comportement et autres affections : maladies infectieuses, cancers, cardiologie, alcoolisme, toxicomanie, suicide...

Il fait le point sur la situation du dépistage en France, qui, faute de ressources et d'une politique de prévention cohérente, est encore insuffisant.

PRISON

LA TUBERCULOSE DANS LES PRISONS D'ÎLE-DE-FRANCE ET DE PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR

Enquête rétrospective 1989/1993, enquête prospective juillet 1994/juin 1995

Paris : ORS Île-de-France, 1996, 125 p.

La prison concentre une population à haut risque de développer une tuberculose pour plusieurs

L'ÉTHIQUE BIOMÉDICALE EN QUESTION

Ph. Lazar

Éditions Liana-Lévi, Paris, 1996, 201 p., 98 F

L'originalité de ce livre et par là même son intérêt repose sur son caractère non conventionnel avec un message fort : l'éthique ne doit plus rester le domaine réservé d'un petit cercle d'initiés mais devenir au contraire un sujet universel. Le souci de l'auteur est avant tout d'ouvrir un large débat, le plus démocratique possible, sur les problèmes éthiques car la population dans son ensemble est concernée. Aucune recherche épidémiologique n'est totalement anodine, toute recherche clinique peut-être préjudiciable et la notion de risque n'est habituellement pas perçue de façon objective ce

qui conduit à des réactions sécuritaires instinctives et parfois trop restrictives.

Dans un style alerte et percutant, l'auteur fournit les bases de la réflexion qui pourrait s'engager et il propose un certain nombre de thèmes autour desquels le débat pourrait être ouvert.

Voici un livre courageux qui mérite d'être lu attentivement et dont certains passages en apparence provocateurs pourraient constituer la charpente d'une discussion loyale et dépassionnée à condition de dépasser la réaction primaire du rejet de la question qui dérange.

Pr Guy Nicolas

raisons : provenance de nombreux détenus de régions de forte endémie, forte proportion de personnes séropositives, conditions de vie précaires avant l'incarcération.

Les deux enquêtes présentées ici s'inscrivent dans un projet d'étude dont l'objectif était la mise en place d'un système de surveillance de la tuberculose dans les maisons d'arrêt des régions Île-de-France et Paca.

L'enquête rétrospective a permis de déterminer le nombre de cas, d'identifier les formes cliniques, leur gravité ainsi que les facteurs de risque associés. L'enquête prospective avait pour objet de mesurer l'incidence de la

tuberculose dans les prisons (dix fois plus élevée que dans la population générale), de repérer les mesures de prévention, et de mettre en évidence les obstacles inhérents à l'environnement carcéral.

Sur la base de ces éléments, il n'a pas semblé nécessaire aux auteurs de proposer un suivi spécifique de la tuberculose dans les prisons, mais de s'appuyer sur le dispositif réglementaire existant : la déclaration obligatoire des cas à condition qu'elle soit respectée. La meilleure prévention de la transmission est la détection précoce des cas, l'isolement des patients dès qu'ils sont suspects d'être atteints et un traitement an-

tituberculeux adapté à la sensibilité de la mycobactérie mené à son terme.

SANTÉ MENTALE

ASPECTS SOCIO ÉCONOMIQUES DE LA DÉPRESSION

Évolution 1980-1981/1991-1992

A. Le Pape, Th. Lecomte
Paris : Credes, 1996, 84 p., 120 F

La dépression a beaucoup progressé en une décennie, les femmes sont plus dépressives que les hommes, la dépression augmente avec l'âge : la plus grande fréquence étant observée entre 60 et 80 ans, le taux de dépression est plus important chez les personnes divorcées, veuves ou vivant seules, disposant d'un faible revenu, les chômeurs ou encore les habitants de la région parisienne. C'est ce que révèle la comparaison de deux enquêtes réalisées à dix ans d'intervalle. La deuxième partie de ce rapport aborde le coût économique de la dépression, on y apprend notamment que les dépenses en soins médicaux des individus dépressifs sont le triple de celui des non dépressifs.

Lucie Degail, Claudine Le Grand, Patricia Siwek et Marie-Josèphe Strbak ont rédigé ces notes.

L'économie de la santé au bout de la souris

Nouvelles versions des logiciels Éco-santé

Le CreDES produit et diffuse trois logiciels : Éco-santé France depuis 1986, Éco-santé régional depuis 1992 et Éco-santé OCDE depuis 1991. Ils sont destinés à tous ceux qui s'intéressent au fonctionnement des systèmes de santé (dépenses de santé, démographie médicale, activité des médecins, taux de mortalité...) et à leur évolution dans le temps. Ils permettent d'accéder à des bases de données uniques mises à jour tous les ans, complétées par les dernières statistiques disponibles et enrichies par de nouvelles variables. Ces logiciels rassemblent de multiples séries statistiques, décrivent le fonctionnement des systèmes de santé français et étrangers, regroupent l'ensemble des sources statistiques officielles dans le domaine de la santé : Cnamts, CreDES, DGS, HCSP, Ined, Inserm, ministère de l'Édu-

cation nationale, ministère des Transports, MSA, OCDE, Ordre des pharmaciens, sécurité routière, Sesi, Snip.

La complémentarité des approches géographiques proposées, qui est à souligner, contient des données aux niveaux départemental et régional en ce qui concerne Éco-santé régional, des données au niveau de la France entière pour Éco-santé France, des données au niveau des 26 états membres de l'OCDE pour Éco-santé OCDE.

Une utilisation aisée

Grâce aux procédures conviviales, simples et souples des logiciels Éco-santé l'accès pour l'utilisateur est immédiat. Il lui offre la possibilité de présenter les résultats de sa consultation à sa convenance, de construire des tableaux, réaliser des graphiques, créer des cartes, ou encore exporter les données vers d'autres logiciels. Cette année l'innovation du CreDES est de mettre sur le marché la version Windows avec tous ses avantages (interface, souris, presse papier) et la version Macintosh.

La version 1996 d'Éco-santé France réalisée en partenariat avec le Service des statistiques des études et des systèmes d'information (Sesi) du ministère du Travail et des Affaires sociales contient 1 million de chiffres réunis sur une seule base de données : les statistiques décrivent non seulement le système de santé en France, mais aussi le contexte démographique social et

Éco-santé France, Éco-santé régional et Éco-santé OCDE

Caractéristiques techniques
Les logiciels Éco-santé sont disponibles dans les versions suivantes :

- DOS, Windows 3.1, Windows 95 et Windows NT, option monoposte et réseau,
- Macintosh, option monoposte,
- CD-Rom (Éco-santé OCDE uniquement).

Configuration minimum

Compatible IBM-PC 486, 8 Mo de mémoire vive, 10 Mo pour le moteur et 10 Mo par logiciel sur le disque dur.

Prix publics

1 200 F par logiciel en version monoposte (tarifs dégressifs pour les versions en réseau et en cas d'achats multiples)

Sommaire n° 2/1996

Santé
publique

Éditorial

Études

- Enquête d'incidence des infections nosocomiales et communautaires chez des sujets âgés de plus de 75 ans, M. Boussarie, S. Fanello, J.-F. Foucault, Y. Roquelaure, S. Morel-Le Cardinal
- Hygiène de l'eau : apports d'une étude CAPC dans un diagnostic d'éducation pour la santé au Sahel, M.-M. Cao, M. Baumann, F. Guillemin, J.-P. Deschamps

Pratiques

- Les délais d'attente dans le processus décisionnel de l'assurance invalidité en Suisse, K. Dupriez, J.-P. Vader
- Prévention de l'ostéoporose à Liège. Histoire d'un PIGEPS : dix ans après, J.-Y. Reginster, R. Deroisy, M.-P. Lecart, B. Zegels, D. Denis, N. Sarlet, G. Reginster-Haneuse, A. Albert, C. Boelen

Opinions

- Peut-on jeter un regard objectif sur « l'affaire » du sang contaminé ?, C. Manuel

Politiques

- Évolution de la notion d'hygiène de l'environnement à travers les âges, J.-P. Béchéac
- Le lien environnement et santé dans les politiques internationales : de la prise de conscience à l'action, X. Bonnefoy.

Lettre du terrain

Sommes-nous trop chers ? Y. Charpak
Lectures

Santé publique,

BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone 03 83 44 87 00

économique pour la période de 1970-1995.

La version 1996 d'Éco-santé régional permet de consulter et de comparer les principales données sanitaires et sociales des 95 départements et des 22 régions administratives de la France métropolitaines pour la période 1968/1995. À noter l'intérêt de l'option « création d'un groupe de départements » qui permet de choisir un regroupement géographique.

La version 1996 d'Éco-santé OCDE produite avec la collaboration de l'OCDE contient des statistiques sur les systèmes de santé, le contexte démographique social et économique des 26 pays membres de l'OCDE.

Éco-santé OCDE propose aussi une option « créer un groupe de pays » et un module cartographique.

MJS

Textes

- **Conférence nationale de santé**

Décret n° 96-720 du 13 août 1996, *JO* du 14 août 1996

Texte reproduit ci-contre

- **Création auprès du ministre du Travail et des Affaires sociales, de directeurs chargés de la mise en place des agences régionales d'hospitalisation**

Décret n° 96-780 du 3 septembre 1996, *JO* du 6 septembre 1996

- **Nomination des directeurs chargés de la mise en place des agences régionales d'hospitalisation**

Décret du 5 septembre 1996, *JO* du 6 septembre 1996

Voir la liste p. 32

- **Coopération entre le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le ministère de la Justice, le ministère de la Défense et le ministère de l'Intérieur pour la prévention de la violence en milieu scolaire**

Circulaire du 14 mai 1996, *JO* du 25 mai 1996

- **Financement des programmes de prévention du saturnisme infantile**

Circulaire DGS-VS n° 96-320 du 15 mai 1996, *BO* n° 96/24

- **Création d'une Commission interministérielle pour la prévention et la protection contre les risques liés à l'amiante**

Arrêté du 12 juillet 1996, *JO* du 14 juillet 1996

- **Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale**

Décret n° 96-154 du 12 juin 1996, *JO* du 14 juin 1996

- **Création d'un Comité scientifique sur le dépistage du cancer du côlon et du rectum**

Arrêté du 14 mai 1996, *JO* du 22 mai 1996

- **Mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de dix à vingt-cinq ans**

Circulaire DAS-BAG n° 96-378 du 14 juin 1996, *BO* n° 96/28

Voir résumé p. 32

- **Lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental**

Circulaire du 9 juillet 1996, *JO* du 10 juillet 1996

Voir résumé p. 32

Décret n° 96-720 du 13 août 1996 relatif à la conférence nationale de santé et modifiant le code de la santé publique

Le premier ministre,
Sur le rapport du ministre du Travail et des Affaires sociales,

Vu le code de la santé publique ; et notamment ses articles L. 766 et L. 767 ;

Le conseil d'État (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er} Il est créé dans le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) un livre VIII, intitulé « Institutions », qui comporte un chapitre préliminaire intitulé « Conférences nationales et régionales de santé ».

Art. 2 La section I du chapitre préliminaire du livre VIII susmentionné du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« **Section I**

« Conférence nationale de santé

« **Art. R. 766-1** La conférence nationale de santé instituée par l'article L. 766 est composée de soixante-douze membres nommés par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Elle réunit :

« **A** Trente-six membres représentant les professionnels, institutions et établissements de santé, dont :

« **1** Dix-huit représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, dont au moins un membre de chacune des professions suivantes : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, directeurs de laboratoire d'analyses médicales, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, désignés sur proposition du Centre national des professions de santé ;

« 2 Dix-huit représentants des institutions et établissements publics et privés de santé et des professionnels qui y exercent, dont quatre représentants des syndicats de médecins hospitaliers publics, cinq représentants des conférences des présidents de commissions et conférences médicales d'établissement de santé, cinq représentants des syndicats de personnels non médicaux exerçant dans des institutions ou établissements de santé et quatre représentants des organisations de l'hospitalisation publique et privée, désignés respectivement sur proposition de ces syndicats ou organismes ;

« B Vingt-six membres représentant chacune des conférences régionales de santé, désignés, après avis du préfet de région, parmi les participants à la conférence régionale, à l'exception des personnes qui produisent, offrent ou délivrent des biens ou des services médicaux donnant lieu à prise en charge par l'assurance maladie ;

« C Dix personnalités qualifiées.

« Art. R. 766-2 Le mandat des membres de la conférence nationale de santé est de quatre ans, renouvelable une fois.

« En cas de vacance d'un siège, le remplacement intervient dans les mêmes conditions que la nomination, pour la durée du mandat restant à accomplir.

« Art. R. 766-3 Assistent à la conférence nationale de santé :

« – le directeur général de la santé ou son représentant ;

« – le directeur des hôpitaux ou son représentant ;

« – le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;

« – le vice-président du haut comité de la santé publique ou son représentant.

« Le président de la conférence nationale peut appeler à participer à ses travaux, à titre consultatif et temporaire, toute personne dont le concours apparaîtrait souhaitable.



Liste des membres

de la Conférence nationale de santé

En qualité de représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral

Marie-Hélène Abadie
Pierre Beras
Adrien Bedossa
Dr Richard Bouton
René Buisnière
Dr Dinorino Cabrera
Bernard Capdeville
Dr Michel Chassang
Dr Jean Gras
Dr Marcel Lux
Dr Claude Maffioli
Louis Olié
Marie-Jeanne Ourth-Bresle
Yvonne Pouvreau
Dr Jacques Reignault
Dr Daniel Roblin
Jacques Roustit
Jacques Vleminckx

En qualité de représentants des institutions et établissements publics et privés de santé et des professionnels qui y exercent

En tant que représentants des conférences des présidents de commissions et conférences médicales des établissements de santé
Pr Jacques Ghisolfi
Dr Olivier Joyeux
Dr Serge Larue-Charlus
Dr Michel Potencier
Dr Michel Valleteau

« Art. R. 766-4 La conférence nationale de santé se réunit chaque année sur convocation du ministre chargé de la santé. Sa durée est fixée à trois jours.

« Les séances sont présidées par le président de la conférence mentionné à l'article R. 766-5.

Dès le début de ses travaux, la conférence adopte l'ordre du jour de sa réunion sur proposition du bureau mentionné à l'article R. 766-5. Est également inscrite à l'ordre du jour toute

En tant que représentants des syndicats de personnels non médicaux exerçant dans des institutions ou établissements de santé

Alain Brousseau
Jean-Jacques Briouze
François Chérèque
Jean-Luc Gibelin
Michel Picard

En tant que représentants des organisations de l'hospitalisation publique et privée

Philippe Cadène
Alain Coulomb
François Delafosse
Dr Louis Serfaty

En qualité de représentants des régions pour l'année 1996

Jean-Claude Fimbel, *Alsace*
Georges Godefroid, *Aquitaine*
Dr Raoul Reynaud, *Auvergne*
François Faucheux, *Bourgogne*
Michel Pinson, *Bretagne*
Lucien Demonio, *Centre*
Pr Gérard Potron, *Champagne-Ardenne*
Dominique Casanova, *Corse*
Fabienne Bonnin, *Franche-Comté*
Anne Coppel, *Île-de-France*
Jean-Jacques Delabre, *Languedoc-Roussillon*
Roland Zanin, *Limousin*

Jean-François Collin, *Lorraine*
Pr Jacques Pous, *Midi-Pyrénées*

Dr Matthieu Méreau, *Nord-Pas-de-Calais*

Bernadette Desvages, *Basse-Normandie*

Jean-Marie Miserey, *Haute-Normandie*

Isabelle Tamalet, *Pays de Loire*

Milica Bonnisseau, *Picardie*

Gérard Joinneaux, *Poitou-Charentes*

Pr Jean-Albert Gastaud, *Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Claude Bouchet, *Rhône-Alpes*

Dr Geneviève Simart, *Guyane*

Camille Suard, *Guadeloupe*
Thierry Volia, *Réunion*

Dix personnes qualifiées

Pr François Bonnet de Paillerets

Dr Patrick Brézac

Hubert Brin

Pr Jean-Pierre Changeux

Jacques Coz

Pr Joël Ménard

Eugène Pinsault

Dr Nicole Renaud

Dr Bernard-Claude Savy

question que le ministre chargé de la santé estime opportun de soumettre à la conférence.

Les analyses et propositions de la conférence nationale de santé sont adoptées à la majorité des voix des membres présents. Elles font l'objet d'un rapport que le président transmet au ministre chargé dans les dix jours qui suivent l'issue de la conférence.

« Art. R. 766-5 À la fin des travaux de sa réunion annuelle, la

conférence nationale de santé désigne en son sein un bureau composé de huit membres, dont :

« – deux élus par les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral ;

« – deux élus par les représentants des institutions et établissements de santé et des professionnels qui y exercent ;

« – trois élus par les représentants des conférences régionales de santé ;

« – un élu par les personnalités qualifiées.

« L'élection a lieu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours au sein de chacun des collèges. Sont élus les candidats ayant au premier tour obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, au second tour la majorité relative. À égalité de voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu.

« Le bureau ainsi constitué élit en son sein le président de la conférence nationale de santé.

« **Art. R. 766-6** Le bureau prépare la prochaine réunion de la conférence.

« Il établit le projet de règlement intérieur de la conférence nationale de santé et le soumet à la décision de celle-ci.

« **Art. R. 766-7** Le secrétariat de la conférence nationale de santé et de son bureau est assuré par les services du ministre chargé de la santé. »

Art. 3 Les dispositions transitoires suivantes sont applicables pour la première réunion, en 1996, de la conférence nationale de santé instituée par l'article L. 766 du code de la santé publique :

1° Dans l'attente de la mise en place des conférences régionales prévues à l'article L. 767 du même code, les représentants des régions à la conférence nationale sont désignés par le ministre chargé de la santé, sur proposition du préfet de région, parmi les personnes qualifiées en matière de santé, à l'exception de celles qui produisent, offrent ou délivrent des biens ou des services donnant lieu à prise en charge par l'assurance maladie ;

2° Le ministre chargé de la santé fixe l'ordre du jour de la conférence nationale et désigne son président parmi les membres appartenant au collège des personnalités qualifiées.

Art. 4 Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale sont chargés,

chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 13 août 1996

Par le Premier Ministre

Alain Juppé

Le ministre du Travail et des Affaires sociales

Jacques Barrot

Le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale

Hervé Gaymard

Mise en place de points d'accueil pour les 10-25 ans en difficulté

Ces structures à la disposition des jeunes marginalisés des agglomérations urbaines seront composées entre autres de psychologues et d'éducateurs mais devront privilégier l'écoute des jeunes et la médiation avec les familles. Elles n'ont pas pour vocation de remplacer les dispositifs existants et pourront, au contraire, orienter les jeunes vers les organismes prestataires de service en matière de logement, travail, médecine.

14,7 millions de francs sont disponibles pour la mise en place de ces points d'accueil en 1996. Un cahier des charges précise les conditions à remplir pour bénéficier de financements :

- démarche en liaison avec le Conseil général et le procureur de la République,
- constitution d'un groupe interpartenarial (avec les organismes spécialistes de l'adolescence et de la jeunesse) chargé notamment de l'évaluation,
- formation des professionnels.

Nomination des directeurs des agences régionales d'hospitalisation

Suite à l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les directeurs des agences régionales d'hospitalisation ont été nommés :

Alsace	Philippe de Mester
Aquitaine	Dominique Deroubaix
Auvergne	Jean-Yves Jacob
Bourgogne	Michel Drouet
Bretagne	Yvette Berger
Centre	Bernard Marrot
Champagne-Ardenne	Alain Chevrot
Corse	Pierre Cardonae
Franche-Comté	Louis-René Geffroy
Île-de-France	Dominique Coudreau
Languedoc-Roussillon	François Grateau
Limousin	Guy Richier
Lorraine	Dominique Peton-Klein
Midi-Pyrénées	Xavier Patier
Nord-Pas-de-Calais	Gérard Dumont
Basse-Normandie	Alain Garcia
Haute-Normandie	Bernard Gaisset
Pays de Loire	Benoit Péricard
Picardie	Antoine Masson
Poitou-Charentes	Jacques Métais
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	Christian Dutreil
Rhone-Alpes	Michel Pelissier
Martinique-Guadeloupe-Guyane	Guy-Pierre Martin
Réunion	Robert Hulic

Lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental

Suite au plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie adopté le 14 septembre 1995, le dispositif départemental est réorganisé comme suit :

- le Préfet est chargé du suivi de la politique gouvernementale, assisté d'un chef de projet qu'il nomme dans le département,
- un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie veille à l'application de la politique dans les

domaines de la prévention, des soins et de la réinsertion (responsables départementaux des services de l'État, représentants de l'autorité judiciaire). Il se réunit chaque trimestre sous la présidence du Préfet ,

- le conseil départemental de prévention de la délinquance (CDPD) se charge de la concertation de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il remplace les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie.

Un rapport annuel du préfet fera l'état de la lutte à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.



Strasbourg

Les 7 et 8 novembre 1996

La pollution de l'air dans la ville

Congrès européen organisé par l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique

Renseignements

APPA

58, rue du Rocher

75008 Paris

Téléphone : 01 42 93 62 07

Paris

Les 22 et 23 novembre 1996

Alcool et urgences

Manifestation organisée par la Société française d'alcoologie.

Inscriptions obligatoires avant le 12 novembre 1996

Renseignements

N. Julien

Agence Locomotiv

4, quai des Célestins

75004 Paris

Téléphone : 01 42 71 70 90

Paris

Du 26 novembre au 1er

décembre 1996

Sida

Semaine d'information et d'animations organisées à la Cité des Sciences en partenariat avec Aides, le Crips et Radio FG (exposition, conférences...)

Renseignements

Cité des Sciences et de l'Industrie

30, avenue Corentin Cariou

75019 Paris

Téléphone : 01 40 05 70 00

Valence

Du 9 au 11 décembre 1996

Santé en milieu rural

Séminaire national organisé par la Mutualité sociale agricole et le Comité Rhône-Alpes d'éducation pour la santé, ouvert sur invitation

Renseignements

CRAES

23, avenue Albert 1er de Belgique

38000 Grenoble

Télécopie : 04 76 51 01 58

Lyon

Du 8 au 10 novembre 1996

Ruptures : sociétés en crise et santé publique

Renseignements

Secrétariat du congrès

Congress management international

7, rue Caumartin

75009 Paris

Téléphone : 01 43 12 34 12

Lille

Du 22 au 24 novembre 1996

XXIX^e Congrès de l'Unafam

Congrès organisé par l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux sur le thème : prévention, accompagnement, recherche.

Renseignements

UNAFAM Congrès

14, avenue Schuman

BP 32

59370 Mons en Baroeul

Téléphone : 03 20 56 70 70

Télécopie : 03 20 04 04 05

Paris

Les 28 et 29 novembre 1996

20^e anniversaire de la Revue d'épidémiologie et de santé publique

Colloque

Renseignements

P. Ducimetière (Inserm U 258)

N. Job-Spira (Inserm U 292)

Hôpital de Bicêtre

Secteur bleu « Pierre Marie »

porte 26

82, rue du Général Leclerc

94276 Le Kremlin Bicêtre

Cedex

Téléphone : 01 45 21 23 43

Metz

Du 9 au 11 décembre 1996

Science et décision en santé environnementale. Les enjeux de l'évaluation et de la gestion des risques

Colloque organisé par la Société française de santé publique

Renseignements

SFSP

BP 7

54501 Vandœuvre Cedex

Téléphone : 03 83 44 87 47

Paris

Les 15 et 16 novembre 1996

Santé, précarité et vulnérabilité en Europe

Conférence internationale organisée à l'initiative de l'Institut de l'humanitaire

Renseignements

Secrétariat de la conférence

Institut de l'humanitaire

27, rue de Chaligny

75012 Paris

Téléphone : 01 44 92 15 50

Le calendrier est réalisé avec la collaboration du

Comité français d'éducation pour la santé

Boissy-la-Rivière

Les 16 et 17 décembre 1996

Communication publique et santé

Séminaire national organisé par le Comité français d'éducation pour la santé

Renseignements

CFES

2, rue Auguste Comte

92170 Vanves

Téléphone : 01 41 33 33 33

16

septembre
1996

Actualité et dossier *en* santé publique

S
o
m
m
a
i
r
e

- 1 **Éditorial**, *Albert Hirsch*
- 2 **Actualité**
Les traitements de substitution,
Dominique de Galard
- 5 **Organisme**
Épidaure, espace de prévention
- 6 **International**
Les Américains inquiets de leur santé
publique, *Jean-François Lacronique*
- 11 **Formation**
Formations universitaires en éducation
pour la santé et éducation du patient
- 12 **Statistiques**
Les inégalités sociales devant l'incapacité,
Alain Colvez
- 17 **Europe**
Europe et santé (suite), *André Ernst*
- 18 **Action locale**
Bien vieillir dans le XIII^e arrondissement de
Paris, *Pierre Guillet*
- 20 **Recherche**
Centre international de recherche sur le
cancer
- 21 **Alcoologie**
Alcool et accidents mortels de la
circulation en France, résultats de l'étude
1990/1991, *Claude Got*
- 25 **L'actualité du Haut Comité**
Le rapport du Haut Comité à la
Conférence nationale de santé
- 26 **Documentation**
- 30 **Législation & réglementation**
- 33 **Calendrier**

Dossier

L'éducation pour la santé

Du discours à
la pratique

Dossier coordonné par
Antoine Guéniffey

- III **Le développement de l'éducation
pour la santé en France : aperçu
historique**
- VII **État des lieux**
- XVI **Une politique et des instruments
pour l'éducation pour la santé**
- XXII **L'éducation pour la santé, une
efficacité sous conditions**
- XXVII **Tribune**
- XL **Bibliographie
Adresses utiles**



**Haut Comité de la
Santé Publique**

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP

télécopie 01 40 56 79 49