

Conseil économique et social

L'Education pour la santé

avis adopté le 23 juin 1982

sur le Rapport de Emile Levy (1)

Le Conseil économique et social s'est saisi, le 12 novembre 1980, du problème de l'éducation pour la santé. La préparation de l'avis a été confiée à la section des Actions éducatives, sanitaires et sociales, qui a désigné M. Emile LEVY comme rapporteur (L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 138 voix et 15 abstentions).

Au cours des dernières années, on a assisté à une relance de l'éducation pour la santé, activité qui avait connu un certain retentissement au début du siècle avec les progrès de l'hygiène pour tomber ensuite en désuétude, après des vicissitudes diverses.

C'est à l'occasion du VIIème Plan, dont les inspirations seront maintenues pour le VIIIème, que les thèmes de prévention et d'éducation pour la santé, fondés sur une meilleure connaissance de la morbidité, sur la responsabilité individuelle et sur une nécessaire modification des comportements, font leur entrée en force dans le discours sur les orientations principales de la politique de santé, marquant ainsi un infléchissement par rapport aux plans antérieurs orientés vers le développement des équipements et des personnels de santé, voire sur la rationalisation de la gestion des structures de soins.

Dans ce changement de langage concrétisé par un accroissement des moyens du Comité français d'éducation pour la santé, quelle était la part de la mode, de l'alibi ou du calcul économique ? Ce nouveau discours n'est-il pas depuis quelques années celui des organisations internationales et de certaines pensées contestataires ? La mise en jeu de la responsabilité individuelle pour l'amélioration de la santé ne permet-elle pas de justifier le freinage des efforts consentis en faveur des structures de soins ? L'abandon de comportements pathogènes n'est-il pas surtout recherché pour sa contribution à la réduction des dépenses de santé ? Par ailleurs, cette nouvelle politique de santé s'inscrivait-elle dans une politique générale d'inspiration libérale, ou au contraire reprenait-elle des thèmes tels que l'autogestion de la santé, d'inspiration diamétralement opposée ?

Le Plan intérimaire, comme la politique de santé exprimée depuis un an par le gouvernement, ne semble pas devoir rompre avec l'orientation marquée par le VIIème Plan. Tout au plus l'infléchirait-il vers certains aspects relatifs aux inégalités ou aux relations entre les conditions de travail et la santé. Il n'en reste pas moins qu'on peut

1 Le rapport de Emile Lévy figure en annexe de l'avis mais n'a pas été retranscrit numériquement dans ce document

se poser la question de savoir quelle importance réelle les pouvoirs publics accordent aujourd'hui à l'action éducative – dont il est beaucoup moins souvent question – dans la stratégie générale de prévention qu'ils retiennent et privilégient. À ces interrogations, le Conseil économique et social a tenté de répondre par l'analyse des principaux fondements, objectifs et bénéficiaires de l'éducation pour la santé.

I - Ce changement de cap a logiquement pour origine la prise de conscience des limites techniques et financières de l'approche purement curative des problèmes de santé.

Au point de développement où sont parvenues nos sociétés, de nouvelles avancées sur le plan de la santé publique n'apparaissent possibles que du fait de changements notables de comportements : abandon de certains comportements pathogènes (alcoolisme, tabagisme, toxicomanies...), mais aussi modification de comportements inadaptés et générateurs de gaspillage dans l'utilisation même des ressources médicales (médicaments, hospitalisations...). Cette évolution est apparue non seulement possible compte tenu des progrès dans le niveau d'éducation de la population, mais encore souhaitable pour permettre à chacun de participer au savoir, d'exercer ses responsabilités vis-à-vis de sa propre santé – et de celle des autres – et de sortir d'une attitude passive face à la domination des institutions médicales. Enfin, le développement de l'épidémiologie et la mise en relief de nombreux facteurs de risque constitués par les conditions ou modes de vie et facteurs d'environnement, sont de nature à donner une base scientifique – dans un certain nombre de domaines tout au moins – aux actions éducatives et aux campagnes de persuasion.

II - C'est sur la base de ces facteurs favorables que s'est constitué ou renforcé un dispositif d'éducation pour la santé, soit en fonction d'impulsions venues des pouvoirs publics, soit à partir d'actions spontanées.

Y sont engagés à des degrés divers :

- des institutions : dont la principale est le Comité français d'éducation pour la santé qui, bénéficiant depuis 1976 de dotations budgétaires en très substantielle progression, a pu mener de nombreuses campagnes, notamment télévisées, sur le tabagisme, l'alimentation, l'usage des médicaments, etc., ou sur la bonne santé en général. Au niveau régional et départemental, l'action éducative est très inégalement développée et les moyens des comités spécialisés sont souvent restreints. Mais y contribuent de nombreux services : PMI, santé scolaire, centres d'hygiène alimentaire, consultations pour toxicomanes, dispensaires d'hygiène mentale, centres de planning familial, etc.

À ces organismes publics ou parapublics, il faut ajouter l'action directe ou indirecte des associations, ligues et comités œuvrant dans différents domaines (alcoolisme, tabagisme, maladies respiratoires, cancer, contraception, hygiène bucco-dentaire...), celle des associations de consommateurs ou de défenseurs de l'environnement et celle des organismes de sécurité sociale – notamment les caisses d'assurance maladie des divers régimes – et des mutuelles qui se sont récemment engagées très vigoureusement sur ce terrain ;

- des professions parmi lesquelles on citera tout particulièrement les professions médicales et paramédicales, qui associent à leur action la plus générale une dimension d'éducation individuelle mais plus rarement collective et indépendante du recours aux soins. De nombreux travailleurs sociaux y participent aussi, mais sans avoir souvent reçu la formation adéquate ni disposer de postes leur permettant de s'y consacrer.

Mais c'est à l'école que l'éducation pour la santé a trouvé son expression la plus timide en raison du manque de formation et des réticences personnelles des enseignants, malgré des initiatives récentes intéressantes mais encore trop localisées.

Quant au corps professionnel des journalistes de la presse écrite ou audiovisuelle qui s'adressent au grand public, leurs initiatives, nombreuses et fréquentes, restent situées au plan de la seule information médicale, non sans leur laisser un certain scepticisme quant aux résultats à en attendre.

Au total, on peut noter des efforts louables, divers et non négligeables lorsqu'on les apprécie en volumes financiers, nombre d'éducateurs, supports multiples de l'action éducative (films, dépliants, brochures, expositions, conférences, affiches, émissions radiophoniques et télévisées, etc.), mais qui n'en révèlent pas moins des insuffisances criantes (au plan local notamment) et une assez grande parcellisation des initiatives.

III - La complexité de l'entreprise apparaît dès l'analyse des besoins des destinataires.

Peu nombreuses sont les actions éducatives qui peuvent s'adresser à toute la population par l'ampleur de leurs thèmes. De plus, ces actions générales passent le plus souvent par les grands médias (télévision, radio, etc.) qui sont utiles pour obtenir des effets de sensibilisation, mais connaissent très vite des limites dans la modification des comportements. En outre, le principe même des campagnes de persuasion à grands renforts de moyens est contesté par certains comme mode d'action des pouvoirs publics.

Enfin, la perception, la signification et l'impact des messages éducatifs sont très largement fonction des caractéristiques socio-culturelles des individus qui les reçoivent.

Dans ces conditions, c'est bien à des publics, et non à un seul public, que s'adresse l'éducation pour la santé. Certains groupes présentent en effet des problèmes particuliers :

- Du fait de leur âge : personnes âgées (solitude, isolement, handicaps, etc.), jeunes (prédominance des accidents, recrudescence du tabagisme, de l'alcoolisme et des toxicomanies) ;
- Du fait de leur activité spécifique : agriculteurs (population dispersée, marquée par le vieillissement, avec des risques professionnels propres), travailleurs des secteurs secondaire et tertiaire (problèmes d'hygiène et de sécurité dans le travail, risques spécifiques des femmes enceintes, etc.) ou, à l'inverse, d'une inactivité forcée : chômeurs (pathologies particulières) ;

- Du fait des processus d'exclusion sociale : migrants (fréquence des grossesses à risques et des accidents du travail, vulnérabilité à certaines pathologies), quart-monde (mauvaise santé, faible espérance de vie, mortalité élevée), handicapés (assimilation du handicap à la maladie, rejet d'une image négative du corps par la société, insuffisante association des handicapés à leur rééducation et à leur insertion sociale).

Enfin, le problème de l'éducation pour la santé se pose encore sous des formes spécifiques pour des groupes de populations définies par un facteur de risque ou une maladie : hypertension artérielle, diabète, insuffisance respiratoire ou cardiaque, etc.

IV - À cette diversification nécessaire de l'action éducative, qui constitue l'une de ses premières contraintes, s'en ajoutent bien d'autres :

A - Tout d'abord, la conception même et la justification sociale de la politique d'éducation pour la santé souffrent des insuffisances qui résultent de l'étroitesse de ses bases scientifiques.

1°/- La connaissance épidémiologique qui lui permet d'établir le rôle causal de certains facteurs dans la genèse des maladies reste limitée, au plan national surtout, mais même au plan international. Peu nombreux sont encore les cas où l'on peut établir de façon indiscutable le rôle d'un facteur de risque dans la genèse des maladies, du moins de facteurs sur lesquels une action éducative puisse avoir prise. Le cas de l'alcool et du tabac mis à part, de grandes incertitudes affectent des domaines aussi vastes que l'alimentation, par exemple, et il n'est pas rare de voir incriminer puis relativiser le rôle de certains paramètres (par exemple le cholestérol...).

2°/- Non seulement les bases épidémiologiques restent étroites, mais encore le savoir-faire de l'action éducative demeure peu élaboré. On reste assez largement ignorant des raisons qui conduisent tant à l'adoption qu'à l'abandon de certains comportements. Les ressorts psychologiques sur lesquels peut s'appuyer une argumentation pour être convaincante, la forme à utiliser dans l'élaboration des messages, la valeur respective des différents supports de l'action éducative, tous ces éléments du processus pédagogique sont encore très largement laissés au pragmatisme des différents intervenants.

De plus, il ne suffit pas qu'un message soit reçu et même enregistré ; il ne suffit même pas que l'opinion des individus soit modifiée, comme on l'a vu à l'égard de l'alcool ou du tabac, pour que les comportements changent dans le même sens. Et même lorsque se manifeste une réelle volonté d'abandon de comportements pathogènes, l'éducation pour la santé a encore mission d'aider à rendre effectif ce désir.

3°/- Par ailleurs, comme toute action préventive, l'éducation pour la santé rencontre des difficultés certaines à prouver scientifiquement son rôle modérateur de révolution des dépenses de santé. Sa justification majeure réside surtout dans les effets positifs qu'on peut en attendre à plus longue échéance en termes de santé publique (morbidité et/ou mortalité) et de mieux-être pour les individus.

B - Mais il y a plus : les orientations de l'action éducative se heurtent bien souvent à des résistances d'ordre structurel. Ce sont tout d'abord les modèles culturels dominants qui peuvent se situer à l'opposé des valeurs que l'on cherche à diffuser. Le

souci de puissance et de prestige social, l'esprit de compétition, la recherche du plaisir immédiat dans une société marquée par la levée des interdits traditionnels se prêtent mal à un esprit de mesure et de discernement. De même, le mythe de la jeunesse et de la validité ne prépare pas à l'acceptation des personnes âgées et des handicapés par la société.

Mais ce sont surtout les structures économiques qui opposent les résistances les plus fortes : certains produits dont on souhaite par l'action éducative voir diminuer ou abandonner la consommation donnent lieu, parfois depuis fort longtemps, à des activités de production offrant des emplois et distribuant des revenus qui ne sont pas à négliger en période de crise. Il est donc logique que tous ceux qui y participent directement ou indirectement cherchent à maintenir, voire à développer leur usage.

L'État lui-même, déjà concerné par le maintien de ces activités et de ces emplois, dont il tire par ailleurs d'importantes recettes fiscales, se trouve en situation ambiguë dans la mesure où il s'associe à des campagnes éducatives qui cherchent à diminuer l'usage de certains produits (alcool, tabac...).

Quant au système de santé, marqué par un développement quasi exclusif des structures de soins et par le manque de prestige des institutions et des actions préventives, n'est pas organisé pour donner à l'éducation pour la santé tout le renfort qu'on pourrait en attendre, d'autant que l'action éducative n'est pas formellement prise en compte actuellement dans la rémunération de l'acte médical.

En fin de compte, l'insuffisance de volonté politique, dénoncée par certains, en faveur d'actions plus vigoureuses, s'explique en grande partie par le rôle contradictoire de tous ces éléments qui structurent notre société. S'y ajoutent les réticences devant les risques d'empiètement sur les libertés individuelles et les craintes que certaines formes d'éducation pour la santé ne soient interprétées comme des manifestations insidieuses de "normalisation" et de contrôle social.

C'est dire que l'éducation sanitaire n'est anodine qu'en apparence et que son développement pose des problèmes qui touchent à presque tous les aspects de l'organisation sociale.

AVIS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Le Conseil économique et social, après avoir pris acte de l'importance des enjeux de l'éducation pour la santé et des différentes initiatives menées jusqu'ici, considère que, malgré les difficultés rencontrées, une place essentielle doit lui être reconnue dans la stratégie de prévention et de promotion globale de la santé qui caractérise la politique actuelle. Il affirme donc la nécessité de poursuivre et de développer l'effort entrepris en fonction d'un certain nombre de principes et d'éclairages.

C'est ainsi que 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.

Dans cette perspective, elle doit pouvoir s'adapter en permanence, bénéficiant des apports les plus récents de la recherche en matière d'épidémiologie et des sciences du comportement. Elle doit être conçue dans ses aspects tout à la fois individuel et collectif.

Elle doit permettre non seulement la prise en charge par chacun de sa propre santé, mais encore celle de tous ceux qui ordonnent les conditions de vie et de travail, ou qui créent l'environnement socio-économique et culturel.

Le Conseil économique et social rappelle l'importance et la nécessité de réaliser une éducation aussi précoce que possible engageant parents et enseignants.

Devant s'adapter à des thèmes différenciés et à des publics variés, elle met nécessairement en œuvre des modalités, des structures et des agents nombreux et diversifiés. Mais cette diversité rend d'autant plus nécessaire l'élaboration d'une doctrine de référence, et la mise en place de structures de coordination. Cohérente, l'éducation pour la santé doit l'être non seulement avec les aspects des politiques de santé et d'action sociale, mais encore, autant que possible, avec l'ensemble de la politique économique, sociale et culturelle.

Notre assemblée estime que ces principes établis, il est nécessaire de situer clairement le niveau d'ambition que l'éducation pour la santé entend se fixer.

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 changements de comportements assortis d'une élévation du niveau des aptitudes à les opérer.

À plus long terme, on doit en attendre des changements réels observables.

I - LES ORIENTATIONS À RETENIR

Avant de préciser les actions prioritaires qu'il souhaite voir mener et en fonction des principes qui précèdent, le Conseil économique et social préconise l'adoption des orientations suivantes :

A - Un préalable : l'affinement des conceptions en matière d'action éducative, fondé sur un effort permanent d'évaluation de toutes les expériences.

Ce préalable s'impose si l'on veut sortir de l'empirisme qui continue de marquer une grande part des actions d'éducation pour la santé. Il devrait permettre de répondre aux interrogations qui continuent de se poser aux promoteurs de l'éducation pour la santé, notamment sur les points suivants :

1°/- Quels éducateurs ?

La multitude des intervenants convient parfaitement aux nombreuses facettes de l'éducation pour la santé qui touche à beaucoup de domaines et trouve place en de nombreuses circonstances de la vie quotidienne. Mais le Conseil économique et social souligne que deux questions importantes restent pendantes, qui doivent rapidement trouver une solution :

- Comment et par qui tous ces éducateurs doivent-ils être eux-mêmes formés aux techniques de l'action éducative ?
- Faut-il créer, pour orchestrer leurs efforts, un corps de spécialistes de l'éducation pour la santé et leur attribuer un statut spécifique ?

2°/- Quelle pédagogie ?

Le Conseil économique et social est d'avis que la réflexion sur le savoir-faire de l'éducation pour la santé doit porter avant tout sur les questions suivantes :

- Comment faire passer les messages et surtout en intégrer le contenu dans la formation générale des individus ?
- Comment s'adapter aux attentes spécifiques, valeurs dominantes, horizons particuliers à chaque groupe, pour ne pas provoquer de réactions de rejet, de scepticisme ou d'indifférence ?
- Comment mettre en œuvre un certain nombre de principes qui semblent aujourd'hui admis mais formulés de façon trop générale et qui sont plus ou moins contradictoires : observation d'un degré suffisant de neutralité et de respect des libertés individuelles ; appel à la responsabilité à l'égard de soi-même et d'autrui ; nécessité de déculpabilisation des individus touchés par les messages éducatifs ; effort de dépassement d'une approche trop strictement médicale (en termes de maladies) ; promotion de conseils et d'alternatives positifs plutôt que de messages essentiellement négatifs, etc.

3°/- Quels supports ?

Notre assemblée considère que seule une évaluation plus fine des résultats attribuables à chacun des vecteurs de l'éducation pour la santé pourra permettre d'en déceler les mérites respectifs et d'éviter que, dans bien des cas, leur emploi n'obéisse à des considérations purement pragmatiques.

B - Adapter les actions éducatives.

Cette nécessaire adaptation des actions d'éducation pour la santé doit se traduire à la fois par une meilleure prise en compte de facteurs spécifiques et par un élargissement à de nouvelles données :

1°/- Les nouveaux "risques".

Une conception plus étendue de l'éducation pour la santé doit conduire à porter une attention soutenue aux données sociales : risques liés au logement, aux transports, notamment scolaires, à certaines conditions de travail et même à l'apparition de nouveaux jeux, sports ou modes et de nouveaux produits de consommation.

2°/- Les groupes délaissés.

Le Conseil économique et social estime qu'il faut également renforcer l'attention portée aux groupes en situation de vulnérabilité permanente ou temporaire (chômeurs, Quart-Monde, migrants, handicapés).

3°/- Les différences d'âge ou de niveau socio-culturel.

Notre assemblée constate que les actions d'éducation pour la santé se présentent différemment selon l'âge des bénéficiaires potentiels et sont diversement accueillies selon le niveau socio-culturel des intéressés. Le Conseil économique et social recommande en conséquence que ces actions soient conçues en fonction des motivations qui conduisent à adopter ou à rejeter certains comportements pathogènes, en tenant compte du risque de transfert éventuel vers d'autres types de comportements non moins nocifs. De même, ces actions doivent s'appuyer sur une connaissance approfondie de l'échelle des valeurs, des modèles mais aussi des lacunes et des idées reçues du milieu, de façon à s'insérer dans l'horizon mental des intéressés comme un projet digne d'intérêt.

4°/- Les besoins spécifiques des régions.

D'après une publication récente du CREDOC, les indicateurs de mortalité et de morbidité révèlent des disparités importantes entre les régions. Le Conseil économique et social souligne donc la nécessité de prendre en compte les facteurs de risques à l'échelon régional et départemental pour lancer des actions véritablement adaptées aux besoins.

5°/- Les demandes individualisées d'éducation pour la santé.

Compte tenu de l'élévation du niveau socio-culturel de la population et des efforts de sensibilisation aux thèmes de santé, on doit s'attendre à un développement des demandes individualisées d'éducation pour la santé. À ces demandes, le Conseil économique et social considère qu'une réponse adaptée aux caractéristiques et aux attentes de chacun doit être apportée par les "éducateurs sanitaires" - le médecin en tout premier lieu - qui doivent saisir l'occasion de nouer le dialogue sous quelque forme qu'il se présente : répondre à la préoccupation exprimée peut permettre une action éducative plus globale.

Notre assemblée a conscience que de tels rapports impliquent disponibilité et conviction et que leur généralisation ne peut être que progressive car elle est liée à la transformation des pratiques professionnelles.

6°/- La dimension collective de certaines actions.

Elle est également appelée à se développer dans la mesure où l'éducation pour la santé étendra son champ d'action à de nouveaux risques, où elle affinera sa stratégie en direction de groupes et sous-groupes plus nombreux, où elle prendra en compte l'aspect territorial des besoins et, plus largement qu'elle ne l'a fait jusqu'ici, les conditions de vie, de travail, de loisirs et d'environnement.

Le Conseil économique et social recommande tant la mise en œuvre d'actions communautaires associant les représentants de ces groupes et les différentes catégories d'"éducateurs sanitaires", qu'une concertation avec les responsables des conditions de vie, de travail, de loisirs et d'environnement, afin que tous ces "décideurs" se préoccupent des conséquences de leurs décisions sur la santé. Il préconise en outre des actions auprès de l'ensemble de la population dans laquelle sont englobés certains groupes minoritaires, parfois mal acceptés, pour expliquer les caractéristiques et les besoins de ceux-ci et dédramatiser certaines situations (handicapés, immigrés, Quart-Monde ou chômeurs).

C - Coordonner les initiatives.

La diversité des interventions peut être un facteur positif dans un domaine où l'action doit être à la fois permanente, décentralisée et sans cesse renouvelée dans ses formes d'expression, mais elle peut aussi conduire à une dispersion des moyens, à une lassitude et à un désintérêt du public visé : beaucoup d'actions se recouvrent, les bénéficiaires, les media et les vecteurs sont en grande partie les mêmes, le même matériel éducatif circule entre les différents promoteurs de l'éducation sanitaire, il y a abondance, voire pléthore, des informations et conseils reçus sur un même thème, ou simultanéité des sollicitations sur des thèmes trop nombreux.

Pour le Conseil économique et social, la coordination des initiatives est donc de première nécessité.

1°/- Associer les différentes professions et structures intéressées.

Il apparaît que le problème de la coordination des actions d'éducation pour la santé au niveau individuel est celui de la prise en compte de la personne dans toutes ses dimensions : individuelle, familiale, professionnelle, sociale et à tous les âges de la vie. Y sont impliquées toutes les professions médicales, paramédicales et sociales, y compris les institutions sociales de l'entreprise, appelées à prendre en charge l'individu à un moment ou à un autre. Le suivi de l'action éducative semble se poser en fait dans les mêmes termes que le suivi thérapeutique. Ici aussi, il s'agit d'un problème d'ordre relationnel, lié à la formation des intéressés, à l'état d'esprit dans lequel ils exercent leurs fonctions, à l'intégration de la notion d'éducation pour la santé dans leur pratique quotidienne.

2°/- Coordonner l'action respective des comités, associations, ligues, organismes sociaux.

On se heurte ici à l'hétérogénéité des organismes et des personnels qui les composent.

Mais quelles qu'en soient les difficultés, notre assemblée estime nécessaire que soit assurée la liaison entre les différentes structures qui établissent les fondements de l'éducation pour la santé ou qui participent à ses actions, ou les mettent directement en œuvre : organismes de recherche, organismes à vocation globale d'éducation pour la santé, organisations spécialisées dans la lutte contre une maladie déterminée et l'aide aux malades ou contre un comportement pathogène, organismes de prévention s'adressant à un public particulier, associations de malades, de consommateurs, de défenseurs de l'environnement et organismes de protection sociale enfin, pour lesquels l'éducation pour la santé est une préoccupation adjacente dans la mesure où elle se fonde dans une mission globale de protection sociale ou d'action sanitaire et sociale.

La création d'instances de rencontre et de concertation s'impose d'autant plus qu'il s'agit d'associer non pas seulement des organismes et des professionnels, mais aussi les collectivités locales et les usagers à la mise en œuvre d'actions coordonnées visant aussi bien la population en général que des populations particulières.

On constate par ailleurs que les organisations responsables d'actions éducatives, qu'elles agissent directement ou par voie de sous-traitance, dans le souci de toucher le plus grand nombre, cherchent des relais à tous les niveaux et que ce sont pratiquement toujours les mêmes qui sont touchés par les divers promoteurs de l'éducation sanitaire (professions de santé et enseignants principalement). Si les actions ne sont pas coordonnées, il y a un risque de saturation qui n'est pas hypothétique si l'on se réfère aux centaines de milliers de tracts, affiches, publications diffusés.

Sans vouloir étroitement planifier l'ensemble de ces activités et tout en respectant leur pluralisme et une nécessaire souplesse, le Conseil économique et social estime qu'il conviendrait de conforter chacun de ces organismes dans leur spécificité pour éviter que le regain de faveur que connaît l'éducation pour la santé n'entraîne chacun d'entre eux à vouloir organiser tous les types d'action, reproduisant ainsi plus ou moins ce qui est déjà fait ailleurs.

L'insuffisante coordination des actions d'éducation est également ressentie au niveau des vecteurs d'audience nationale. Le plus sollicité est la télévision. Le Comité français d'éducation pour la santé en a usé largement grâce à des conditions d'accès facilitées. Mais beaucoup d'organismes spécialisés trouvent que la télévision reste un médium coûteux, d'accès difficile, que les heures de passage qui leur sont consenties sont peu favorables, ou se plaignent de la prééminence excessive donnée à certains thèmes. Dans ce domaine également, il y a des priorités à définir, une programmation à établir, dont notre assemblée considère qu'elles sont de la responsabilité des Pouvoirs publics.

3°/ Coordonner les actions d'éducation pour la santé entre les différentes collectivités territoriales.

L'échelon régional paraît le mieux adapté pour établir une telle coordination. Aussi le Conseil économique et social suggère-t-il que le ministère de la Santé organise au sein des directions régionales de l'Action sanitaire et sociale le recensement des associations, ligues, comités, organisations diverses participant à l'éducation pour la santé, pour une connaissance réelle des moyens dont ils disposent, des actions en cours ou projetées.

Le bilan de ce travail serait porté à la connaissance des organismes subventionnant ces actions, et transmis au Service de l'éducation sanitaire du ministère de la Santé chargé de la coordination et de la programmation de l'éducation pour la santé au plan national, en vue d'une harmonisation des actions fondée sur les expériences menées au plan régional.

4°/- Coordonner les différentes actions thématiques d'éducation pour la santé.

Le Conseil économique et social juge nécessaire une concertation entre les différents responsables de l'éducation pour la santé afin que soit élaboré un calendrier thématique des campagnes : choix des thèmes, durée de la campagne, déroulement et modalités des actions au plan national, régional, départemental, voire local. La coordination a pour objectif d'éviter le déroulement d'actions simultanées et éparses sur plusieurs thèmes de l'éducation sanitaire, mais elle n'exclut nullement, bien au contraire, l'alliance de plusieurs thèmes particuliers au cours d'une même campagne dans une conception plus globale d'action éducative centrée, par exemple, autour d'un choix de mode de vie favorable à la santé.

D - Intégrer l'éducation sanitaire dans une politique d'ensemble.

1°/- Dans une politique de prévention.

L'éducation pour la santé est l'un des moyens de la prévention dont elle revêt également le double aspect individuel, en améliorant la qualité de vie de chacun, et collectif, en étant susceptible de limiter à terme le besoin de soins.

• Un préalable nécessaire : l'épidémiologie.

La connaissance de l'état sanitaire réel de la population et des facteurs qui le conditionnent constitue le préalable à une politique rationnelle de santé et à une action efficace de prévention et d'éducation sanitaire. Le Conseil économique et social observe que cette connaissance est imparfaite et insuffisante. Il recommande qu'elle soit améliorée notamment par un effort accru en matière de recherche et de formation, grâce auquel les travailleurs sociaux et les praticiens de base pourraient être associés au recueil des données, à leur exploitation et à la diffusion des connaissances épidémiologiques.

À ce propos, notre assemblée approuve l'installation des Observatoires régionaux de santé qui constituent les structures et les relais indispensables d'un système d'information.

• **L'articulation de l'éducation sanitaire aux dispositifs de prévention.**

Le Conseil économique et social pense que les structures de prévention et d'examen de santé, notamment, devraient être des lieux privilégiés pour la diffusion des actions d'éducation pour la santé, alors qu'elles restent aujourd'hui encore trop exclusivement orientées vers des actions de dépistage. De même devrait être renforcé le rôle éducatif des C.H.S.

Il insiste sur la nécessité de resserrer la coordination entre ces structures, d'améliorer la cohérence de leurs actions et de mieux articuler prévention et éducation sanitaire aux différents niveaux local, régional et national.

2°/- Dans l'organisation du système de santé.

• Un nécessaire redéploiement. Dans le cadre d'un rééquilibrage souhaitable du système de santé davantage axé sur l'individu dans sa globalité, notre assemblée souligne le rôle prioritaire du médecin de base dont la fonction de coordination entre le patient et les diverses structures du système de santé doit être facilitée.

Le Conseil économique et social préconise à cet effet d'étudier des formules de participation des praticiens libéraux à des actions de prévention collective et d'envisager en conséquence l'aménagement de leur rémunération.

Notre assemblée suggère, en outre, que s'engage une réflexion plus générale sur la prise en charge des actes de prévention.

• **Ouverture de l'hôpital et des institutions de recherche.**

Le Conseil économique et social constate que l'éducation sanitaire et la prévention exigent, pour être efficaces, la collaboration de plusieurs disciplines. Il estime que l'hôpital constitue un carrefour d'informations et un lieu de rencontre trop peu utilisés.

Pour faciliter son ouverture comme celle des institutions de recherche, notre assemblée recommande de multiplier les réalisations communes avec les structures de prévention dans le cadre d'actions d'épidémiologie ou d'éducation sanitaire.

3°/- Dans une plus grande cohérence avec la politique économique, sociale et culturelle.

Le Conseil économique et social relève que la promotion de l'éducation pour la santé s'oppose à de nombreux intérêts financiers ou sociaux. Dans un tel contexte, il souligne que des mesures d'accompagnement d'ordre réglementaire, financier ou fiscal (stimulations, sanctions) recherchant le même effet que les actions éducatives sont indispensables pour prolonger ces dernières et les rendre crédibles. Cette crédibilité est en effet particulièrement entamée lorsque des messages d'éducation pour la santé sont en permanence contredits par des pratiques économiques et sociales inverses, autorisées sinon encouragées, y compris par les Pouvoirs publics.

Il recommande d'autre part de développer les recherches et d'améliorer la qualité des actions d'éducation pour la santé en stimulant davantage leurs promoteurs par la mise en compétition de leurs réalisations (festival du film d'éducation sanitaire par exemple).

II - LES ACTIONS PRIORITAIRES

Situées dans la ligne des orientations qui précèdent, elles ont un caractère sélectif. Les unes sont d'ordre financier, les autres d'ordre structurel.

A - Un accroissement des moyens financiers.

Le Conseil économique et social a constaté notamment à travers les résultats de l'enquête menée à l'occasion de cette saisine, que les sommes consacrées à l'éducation pour la santé, bien que difficilement chiffrables parce que généralement incluses dans un budget d'action sanitaire et sociale ou d'action préventive plus vaste, n'étaient pas négligeables (probablement de l'ordre de 100 à 150 MF), mais ne représentaient en fait qu'une très faible part (de 0,5 à 0,7 %) des dépenses de santé.

1°/- Aussi le développement de l'éducation pour la santé implique-t-il nécessairement un effort financier dont notre assemblée pense qu'il pourrait résider :

- dans un doublement de la dotation du ministère de la santé affectée à l'éducation sanitaire : 35 MF actuellement, soit à peine 1 pour mille de son budget et moins de 1/6 des crédits de prévention en général ;
- dans un accroissement concerté de la participation des organismes sociaux : de la Caisse nationale d'assurance maladie, de la Mutualité sociale agricole et de la Fédération nationale de la mutualité française qui se sont déjà engagées dans cette voie, par des actions communautaires d'éducation pour la santé notamment, mais aussi des Caisses d'allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dont la politique sanitaire et sociale reste encore centrée davantage sur des formes d'aides diverses que sur l'action préventive éducative ;
- par un appel à de nouvelles ressources telles que des prélèvements spécifiques sur les dépenses publicitaires consacrées à la promotion de produits comme les boissons alcoolisées, le tabac, les grosses motos..., ou sur les amendes versées par les contrevenants à la réglementation en vigueur sur tous produits ou composants ayant une incidence sur la santé de la population (produits alimentaires, domestiques, infractions au code de la route...) ;
- par la recommandation adressée aux ligues, associations et comités d'affecter à des actions d'éducation pour la santé un certain pourcentage des recettes provenant des collectes, journées, semaines, manifestations diverses organisées en faveur de la lutte contre des pathologies déterminées (cancer, tuberculose...) ou au bénéfice de catégories de populations vulnérables (handicapés, personnes âgées).

Le Conseil économique et social suggère la constitution d'un Fonds national d'éducation pour la santé qui collecterait tout ou partie de ces nouveaux financements et les répartirait, sous l'autorité d'un Conseil supérieur d'éducation pour la santé, dont la création sera proposée ci-dessous, aux organismes jugés les plus aptes à mener à bien telles ou telles actions sous forme de contrats de programmes.

Par ailleurs, compte tenu des nouvelles compétences envisagées dans le cadre de la décentralisation amorcée, une participation accrue des collectivités locales (conseils régionaux et conseils généraux) paraît d'autant plus justifiée que l'éducation pour la santé doit surtout désormais se développer par des actions de terrain. Enfin, le ministère de l'Éducation et les autres ministères sociaux doivent, chacun pour ce qui le concerne, se doter des moyens nécessaires pour assurer une formation appropriée aux personnels relevant de leur autorité, appelés à participer aux actions d'éducation pour la santé. T

ous ces efforts budgétaires ne devraient pas mettre en cause l'équilibre financier des institutions concernées. Ils devraient être rendus possibles par une nouvelle répartition et une utilisation plus rationnelle des crédits des dites institutions.

L'éducation pour la santé devrait constituer un facteur favorable à un ralentissement de la progression des dépenses de santé.

2°/- Le Conseil économique et social estime que les fonds ainsi dégagés devraient en priorité bénéficier :

a/- au développement des études et recherches.

- études épidémiologiques, tout d'abord, menées avec le concours d'une part, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et des Observatoires régionaux de la santé. Il convient de recommander la création dans toutes les régions, d'autre part, des équipes de recherches universitaires, par la voie d'appels d'offres et de contrats de recherches ; avec pour base de départ les 17 mesures proposées par le rapport CABANEL pour une meilleure connaissance de l'état sanitaire de la population française et de ses besoins ; en s'attachant plus particulièrement à établir les relations causales entre conditions de vie, de travail, de loisirs, d'environnement d'une part, morbidité et mortalité des populations d'autre part ;
- études psycho-sociologiques, ensuite, menées avec le concours du Centre national de la recherche scientifique et de la Direction générale de la recherche scientifique et technique ; orientées vers l'analyse des motivations d'adoption (ou de rejet) des comportements pathogènes ;
- recherches pédagogiques, enfin, confiées à l'Institut national de la recherche pédagogique et aux Centres départementaux de la recherche pédagogique ; orientées vers la mise au point de méthodes pédagogiques adaptées aux caractéristiques propres des publics visés. En outre, des dispositifs d'évaluation de leurs effets, pour chaque type d'action éducative, devraient être mis en place avec le concours d'équipes de recherches notamment universitaires.

b/- au développement d'actions de formation à l'éducation pour la santé, à l'intention :

- des enseignants, en tout premier lieu, par l'introduction dans les écoles normales d'instituteurs d'un enseignement de l'hygiène et de la médecine préventive, par l'inclusion de l'éducation pour la santé dans les programmes de stages de formation permanente des personnels de l'éducation nationale ;

- des professions médicales, paramédicales et sociales, par l'introduction d'unités de valeur spécifiques à l'épidémiologie et à l'éducation pour la santé dans les enseignements de santé publique, d'hygiène et de médecine préventive et sociale ;
- des administrateurs et gestionnaires de la santé, par une initiation à l'épidémiologie notamment ;
- des fonctionnaires chargés de l'application des lois et règlements qui peuvent avoir une incidence sur la santé (bruit, pollution, accidents de la route) ;
- de tous ceux qui participent à l'information du public dans le domaine de la santé et de la sécurité (notamment sécurité routière) ;
- des éducateurs "naturels", bénévoles ou professionnels (les parents, les assistantes maternelles, les personnels des établissements sanitaires et sociaux recevant des enfants, les personnels des comités, ligues, associations, organismes sociaux), par la voie de journées, semaines ou sessions de formation appropriée.

Le Conseil économique et social pense que le Comité français d'éducation pour la santé et l'Ecole nationale de la santé publique, compte tenu de leurs compétences respectives en la matière, pourraient se voir confier la mise en œuvre principalement d'actions de formation de formateurs.

c/ La constitution d'un Centre de documentation sur l'éducation pour la santé rassemblant, évaluant et redistribuant l'information. Notre assemblée estime qu'une telle structure est indispensable :

- pour avoir une vue complète des très nombreuses initiatives prises en matière d'éducation pour la santé,
- pour limiter les doubles emplois et la dispersion des moyens mis en œuvre,
- pour mesurer les lacunes, permettre le renouvellement des thèmes et des modalités d'action,
- pour établir les bases qui permettront à l'éducation pour la santé de trouver un second souffle.

À la constitution de ce centre doivent être associées toutes les structures publiques, parapubliques ou privées d'éducation pour la santé.

B - Une mise en ordre des institutions.

1°/- Le Conseil économique et social estime que, dans une conception cohérente et volontariste de l'éducation pour la santé, un renforcement des structures est nécessaire. Il s'agit :

- d'augmenter les moyens de l'actuel Service de l'éducation sanitaire du ministère de la Santé et de lui rattacher toutes les actions éducatives inhérentes aux facteurs de risque concernant aussi bien l'ensemble de la population que des populations particulières.

Le Conseil économique et social considère que si l'association dans une même structure des problèmes de santé vus à la fois du point de vue de l'épidémiologie, de

l'éducation pour la santé, de la prévention, de l'environnement, est logique, l'éducation pour la santé n'en doit pas moins affirmer son identité propre par rapport à la simple information sanitaire et sociale, qu'elle englobe mais qu'elle dépasse largement ; par rapport à la prévention générale, dont elle est un élément de base indispensable ; par rapport au processus des soins auquel elle participe au titre de la réadaptation et de la réinsertion sociale après traitement.

- Renforcer les assises du Comité français d'éducation pour la santé :
 - Par une plus large représentation des comités régionaux et départementaux de l'éducation pour la santé au sein de son conseil d'administration ;
 - Par une diversification de ses sources de financement actuellement assuré en presque totalité par le seul ministère de la Santé ;
- Donner plus de possibilités et de poids aux associations, ligues, comités œuvrant dans le domaine de l'éducation pour la santé, en leur accordant, si des réformes devaient intervenir dans le domaine de la vie associative, un statut qui leur conférerait des droits accrus sur le plan juridique, administratif et financier et leur permettrait notamment de signer des contrats d'utilité sociale avec l'État, la Région, le Département ;
- Renforcer les structures au plan régional et local :

Le Conseil économique et social note que la création récente de comités consultatifs régionaux de prévention, dont quatre viennent d'être mis en place, la création souhaitée de comités départementaux du même type, et celle préconisée d'Observatoires régionaux de la santé qu'il avait lui-même recommandée dans un de ses précédents avis, devraient logiquement contribuer à renforcer les actions d'éducation pour la santé.

Il considère que les diverses structures et les nombreux agents de l'éducation pour la santé devraient être représentés au sein de ces comités en proportion des actions menées en ce domaine au plan régional et local, mais aussi en considération des besoins des populations qu'ils sont à même d'exprimer.

Il formule le vœu que la mise à la disposition des régions de crédits au titre de la prévention soit, pour les instances régionales et locales de l'éducation pour la santé, une incitation à élaborer, en liaison avec les Observatoires régionaux, des projets adaptés aux besoins locaux donnant lieu à des contrats de programmes pouvant bénéficier de l'appui financier des régions.

2°/- Notre assemblée affirme par ailleurs la nécessité, ressentie et soulignée par tous les organismes consultés, d'établir une coordination entre les différentes institutions de l'éducation pour la santé :

- Au plan national, il s'agit d'affirmer la dimension interministérielle de l'éducation pour la santé, du fait que celle-ci ne participe pas seulement à la politique de santé, mais revêt, par sa dimension collective, une connotation sociale importante et que, dans certains de ses aspects, elle se heurte à des considérations économiques qui impliquent des arbitrages et des choix politiques.

Notre assemblée préconise à cet effet la création d'un organe de concertation et d'impulsion qui se situerait au niveau le plus élevé, c'est-à-dire auprès du Premier ministre ;

- Par ailleurs, pourrait être envisagée la création auprès du ministre de la Santé d'un comité consultatif de concertation et de conception pour définir (et réviser périodiquement) la place, le rôle, la doctrine, les moyens, la stratégie de l'éducation sanitaire, qui pourrait s'intituler Conseil supérieur de l'éducation pour la santé.

Y siègeraient les représentants des cellules ou groupes de travail sur l'éducation pour la santé constitués au sein des comités consultatifs de prévention institués auprès des directions régionales de l'action sanitaire et sociale. Il convient en effet d'assurer la liaison entre l'échelon central et les institutions mises en place à l'échelon régional, l'objectif étant d'assurer la cohérence d'actions diversifiées en fonction de besoins locaux avec la politique définie au plus haut niveau. Devraient également siéger à ce Conseil les représentants des organisations syndicales et des associations familiales ;

- Au plan régional, le Conseil économique et social signale que la création des comités purement consultatifs de prévention ci-dessus mentionnés pose le problème de leur coexistence avec les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé qui mènent, eux, des actions directes. Il estime que, loin de menacer l'existence de ces derniers, les comités consultatifs de prévention doivent reconnaître la nécessité de l'autonomie de l'action éducative au plan local et lui permettre de bénéficier des crédits qui lui sont indispensables.

Ainsi, au terme de ces propositions et recommandations, apparaît-il très clairement que, pour notre assemblée, l'accent mis aujourd'hui par les Pouvoirs publics sur la prévention ne doit pas se traduire par un relatif effacement de l'action éducative mais, bien au contraire, par de nouvelles impulsions données à celles-ci. L'effort financier préconisé apparaît possible et son utilisation prioritaire pour lever les blocages signalés par tous comme les plus importants, de même que l'harmonisation du rôle des institutions, constituent les bases indispensables à de nouveaux programmes d'action de l'éducation pour la santé.