

DOSSIER 62

Soixante ans

d'éducation pour la santé

P6 Rock, reggae,
techno...
gare aux oreilles

P10 Pégase :
un programme
pour les patients

P41 L'éducation
pour la santé
est-elle à vendre ?



Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

LA Santé de l'homme



Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €**

• Soit un montant de €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Pratiques créatives, N° 344.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.

• Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre de l'INPES. Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

- 4** **Éditorial**
Subsidiarité
René Demeulemeester
- 6** **La santé à l'école**
Rock, reggae, techno... Sensibiliser les lycéens aux risques auditifs
Stéphane Robin, Médéric Roncheau, Isabelle Escure
Xavier Migeot, Simon Codet-Boisse, Francis Chabaud
Brèves de pupitre
- 10** **Éducation du patient**
Le projet Pégase
Isabelle Durack-Bown, Yves Magar, Philippe Giral, Eric Bruckert

Dossier : P. 13 à 40

Soixante ans d'éducation pour la santé

Histoire : contexte, organisation et concepts

Soixante ans d'éducation pour la santé en France

Bernadette Roussille 14

Petite histoire institutionnelle

Sandra Kerzanet, Anne Sizaret 14

Pour une culture commune : l'expérience de la région Paca

Madeleine Magnan 16

Vers la reconnaissance et la professionnalisation

Entretien avec Jean-Claude Maupas 18

Point de vue

1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé

Questions et interrogations morales et éthiques

Philippe Lecorps 21

Du local à l'international

Éducation pour la santé en région : être au contact des réalités locales

Entretien avec Alain Douiller 24

Créer des liens entre décideurs et acteurs partout dans le monde

Marie-Claude Lamarre 25

Des évolutions clés

Les enjeux de l'éducation sexuelle : entre la morale et la santé

Alain Giami 27

L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels

Nelly Leselbaum 30

Le tabagisme, fléau subi et non affronté (1950-1975)

Lion Murard, Patrick Zylberman 32

La prévention du sida : relance de l'éducation pour la santé ?

Geneviève Paicheler 35

De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions

Michelle Perrot, Antonia Dandé 37

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet, Anne Sizaret 39

- 41** **Aide à l'action**
L'éducation pour la santé est-elle à vendre ?
Hélène Habran

- 44** **Cinésanté**
Ghost World
Michel Condé

- 48** **Lectures - Jeu**
Anne Gareau et Fabienne Lemonnier

362

*Au dossier du prochain numéro :
Promotion de la santé et mondialisation*

Subsidiarité

« Nous savons que la plupart des gens choisiront d'adopter des comportements plus sains, surtout s'ils reçoivent des informations fiables d'autorités en qui ils ont confiance et si l'action de ces autorités s'appuie sur des lois réalistes, de bons programmes de promotion de la santé et un débat public vigoureux »

Docteur Gro Harlem Brundtland, Rapport sur la santé dans le monde : réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève, octobre 2002, p. 5.

La plupart des décès, des maladies et handicaps évitables sont liés aux comportements, en particulier aux comportements de consommation. Une grande partie des inégalités de santé entre hommes et femmes, entre catégories sociales et entre régions peut être expliquée par des différences de comportement. C'est particulièrement vrai en France pour les consommations de tabac, d'alcool et les habitudes alimentaires.

Plus que jamais, l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités dépendent de la capacité de chaque personne à faire des choix individuels et à participer à des choix collectifs favorables à sa santé. De nombreux facteurs interviennent sur nos choix individuels. L'information sur le risque est nécessaire, on sait qu'elle n'est pas suffisante. Le plaisir, la compensation de difficultés relationnelles, de conditions de vie ou de travail pénibles, la difficulté à changer ses habitudes ou l'incapacité à y arriver seul interviennent également dans nos choix. De plus, l'adoption de comportements sains ne dépend pas que de nous. De quel pouvoir est-ce que je dispose, individuellement, pour améliorer la composition d'aliments fabriqués industriellement, influencer les stratégies de grands groupes économiques ou plus simplement résister à l'influence culturelle de mon environnement proche ?

Une personne aura plus de facilité à modifier son comportement si elle reçoit l'aide de professionnels formés et motivés et si l'attitude de la collectivité dans laquelle elle vit évolue dans le même sens. Ceci milite pour l'inscription des politiques de santé dans des lieux proches des personnes et dans des programmes qui respectent l'identité, la façon de s'exprimer, le savoir-faire des habitants, des professionnels et des associations. Pour ce faire, les écoles, les services sanitaires et sociaux, les entreprises, les quartiers, les communes, les départements ont besoin de lieux de débat, de concertation et d'élaboration de leurs propres programmes et de politiques claires et stables à moyen terme avec lesquelles ils vont pouvoir les articuler. Il leur faut aussi avoir accès à toute ressource documentaire, formation et aide méthodologique utile. Enfin, les associations qui sont le plus souvent porteuses de ces projets locaux ont besoin que l'on mette fin à la course épuisante et contreproductive à laquelle elles doivent se livrer chaque année pour obtenir les moyens nécessaires à leur action.

La région occupe une position stratégique de relais entre le niveau local et le niveau national. C'est à ce niveau que s'est développée l'observation de la santé, que sont gérées la plupart des formations et que s'organise le système de soins. C'est en région que la santé et la prévention sont devenues

objets de débats publics à l'occasion des conférences régionales de santé. Le partenariat entre acteurs et la pluridisciplinarité entre professionnels s'y sont développés à travers les programmes régionaux de santé. C'est là que sont en train de s'élaborer les schémas régionaux d'éducation pour la santé. Le niveau régional est doté d'une instance de concertation ouverte entre décideurs : le comité régional des politiques de santé. Ces expériences ont préparé les régions à développer des dynamiques capables d'intégrer les priorités nationales et de prendre en compte les spécificités démographiques, culturelles, économiques et sociales propres à chacune d'entre elles.

Paradoxalement, c'est le niveau national, le plus éloigné, qui a la responsabilité la plus grande sur l'organisation des conditions qui vont permettre à chaque personne de faire des choix favorables à leur santé. C'est là que se décide la politique de santé avec ses objectifs prioritaires, les moyens nécessaires à sa mise œuvre et leur répartition. Seul ce niveau est en capacité de promouvoir les lois et règlements qui vont aider les personnes, par exemple l'interdiction de toute publicité pour le tabac, ou faciliter l'action des professionnels, par exemple par la définition d'un cadre de travail et de rémunération qui incite à la prévention. C'est à ce niveau que s'élaborent les références : inscription de l'éducation pour la santé dans les programmes de formation, règles de bonnes pratiques, identification et diffusion des méthodes d'intervention efficaces, campa-

gnes de communication nationales, etc. C'est aussi de la qualité du débat citoyen au niveau national que dépend la confiance des médias et de la population.

Entre ces différents niveaux, la cohérence gagnerait à être fondée sur des principes et des méthodes partagées, des personnes relais, l'utilisation de la négociation et du contrat, plutôt que sur une déclinaison étroite du national au régional puis au local.

La cohérence gagnerait à être fondée sur des principes et des méthodes partagées, des personnes relais, l'utilisation de la négociation et du contrat, plutôt que sur une déclinaison étroite du national au régional puis au local.

qui est effectivement mis en œuvre et de l'impact qui en résulte. Dans l'idéal, ce système d'information serait intégré depuis le niveau local jusqu'au niveau national. Il porterait une attention particulière à la mise au point d'indicateurs de progrès. Promouvoir la santé, c'est aussi permettre aux décideurs de constater que leur investissement est rentable, aux professionnels que leur action est bénéfique et aux personnes que des modifications de comportement leur permettent réellement d'acquiescer ou de conserver le meilleur état de santé possible.

René Demeulemeester

Département Programmation
de l'INPES.

Rock, reggae, techno... Sensibiliser les lycéens aux risques auditifs

Informar les lycéens sur les risques auditifs liés à l'écoute des musiques amplifiées... tel était le premier objectif d'un spectacle présenté en région Poitou-Charentes durant trois ans. Une évaluation réalisée auprès des jeunes souligne que les risques encourus sont parfois méconnus et leur gravité sous-estimée. La prise de conscience des spectateurs est effective, mais persistera-t-elle dans le temps ? D'autres pistes d'action sont en cours d'exploration...

Dans le cadre du Pôle régional des musiques actuelles de Poitou-Charentes¹, le Confort moderne de Poitiers² met en œuvre, depuis 1999, un programme régional de prévention des risques auditifs liés à la pratique et à l'écoute des musiques amplifiées³. L'objectif de ce programme⁴ est d'apporter des éléments de connaissances sur les risques liés à ces pratiques, partant de l'hypothèse que de nombreuses prises de risques sont liées à une méconnaissance des traumatismes encourus.

Quand musique rime avec plaisir

Parmi les différentes actions entreprises, le Confort moderne a coproduit, avec le Florida d'Agen⁵, un spectacle informatif présenté à des lycéens de la région Poitou-Charentes⁶. Son objectif était d'informer les jeunes sur les risques auditifs, pour les amener à une prise de conscience de leurs conséquences, et de favoriser une modification des comportements chez les auditeurs et les praticiens. Le spectacle traitait de l'histoire des musiques amplifiées, de la physique du son, de la physiologie de l'oreille et des conduites à tenir en situation de danger potentiel. Il se déroulait en situation réelle dans une salle de concert de la région.

En trois années, près de deux cent cinquante représentations ont été organisées dans les quatre départements de

la région, réunissant ainsi vingt-cinq mille lycéens et des membres du corps professoral et médico-social. Présenté par des musiciens ayant quasiment le même âge que les spectateurs, ce spectacle utilisait comme principal ressort, le plaisir que procure la musique. Il s'agissait de démontrer que le même plaisir peut être obtenu en gérant de façon différente sa production sonore ou ses sorties musicales.

Après trois années de réalisation et au moment où le programme va être sensiblement réorienté, il est apparu important à ses promoteurs comme à leurs principaux partenaires, de mener une étude d'impact de l'action sur les populations lycéennes. L'État et le Conseil régional, dans le cadre du Contrat de plan, l'ont commandée à l'Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes. Elle a été réalisée de novembre 2001 à avril 2002, avec le concours du Comité régional d'éducation pour la santé de Poitou-Charentes.

Comment mesurer l'impact du programme

La méthode d'évaluation a associé des méthodes quantitatives épidémiologiques et des méthodes qualitatives sociologiques. L'évaluation quantitative avait pour objectifs de comparer les attitudes des jeunes et de mesurer l'écart de connaissances et de prise de conscience vis-à-vis des risques liés à la pra-

tique et à l'écoute des musiques amplifiées, entre un échantillon d'élèves ayant assisté au spectacle⁷ et un échantillon n'y ayant pas assisté. Ces échantillons ont été constitués de manière à assurer une bonne représentation de la population des lycéens, notamment des filières d'enseignement : lycée d'enseignement général et technologique, lycée d'enseignement professionnel, lycée d'enseignement professionnel agricole. Il s'agissait, en outre, d'établir un profil de sous-groupes ayant assisté au spectacle pour lesquels l'impact était moins marqué, afin d'étudier plus précisément les raisons de cette moins grande efficacité. L'évaluation quantitative avait également pour objet de connaître le degré d'appropriation de l'outil multimédia en général, dans l'optique d'une réorientation du programme, prévoyant la réalisation d'un site Internet pédagogique.

L'évaluation qualitative a consisté en la rencontre de huit groupes de huit à dix élèves ayant assisté au spectacle. Ils étaient volontaires et leur anonymat était assuré. L'échantillon a répondu aux mêmes exigences de représentativité que pour l'évaluation quantitative. Les objectifs étaient d'évaluer les perceptions des élèves par rapport au spectacle et à la prévention en général, et d'analyser leur appropriation de l'outil multimédia. Pour cela, des questions étaient posées sur les informations pré-

sentées durant le spectacle, afin de noter sur vingt les connaissances acquises.

Des risques perçus mais sous-estimés

Des différences significatives existent entre les connaissances des élèves *actifs* et celles des élèves *témoins*⁸ concernant les risques encourus. Par exemple, les élèves *actifs* sont proportionnellement plus nombreux à savoir que le seuil de tolérance est dépassé lors d'un concert de rock (79% contre 66%), ou encore que des sifflements ou des bourdonnements sont les premiers signes d'alarme d'un dépassement de la dose de bruit tolérable pour les oreilles (85% contre 70%). La médiane⁹ des notes se situe à 14 sur 20 pour les élèves ayant vu le spectacle contre 11 sur 20 pour ceux ne l'ayant pas vu.

L'étude qualitative confirme que les élèves ont conscience des risques, notamment des risques auditifs encourus par l'écoute des musiques amplifiées, mais qu'ils ne sont pas tous prêts à modifier leur comportement. Pour eux, les risques auditifs ne sont pas à mettre au même niveau que ceux liés à la consommation de tabac, d'alcool, de drogues ou

à la prise de risques sur la voie publique. L'explication apportée par les élèves réside dans la sous-médiatisation des risques auditifs par rapport aux autres risques et des séquelles qui, pour eux, sont moins graves : « être sourd est handicapant, mais on peut vivre avec ! ».

L'impact du spectacle sur les intentions des jeunes à modifier leurs comportements a été analysé. Un peu plus d'un élève *actif* sur deux (soit 54%) déclare que le spectacle influencera sa façon d'écouter de la musique. Cette intention de changer de comportement s'observe davantage parmi les filles (61%) que parmi les garçons (45%) (différence significative). Dans l'échantillon témoin, ils sont moins d'un élève sur cinq (19%) à déclarer avoir l'intention de changer de comportement, simplement après avoir répondu à un questionnaire sur les risques auditifs (différence significative).

Quant aux musiciens *actifs* (19% de l'échantillon, soit 87 élèves sur 454), seuls 28% d'entre eux répondent qu'ils changeront de comportement dans leurs pratiques musicales. Ce taux est de 10% pour les musiciens *témoins*.

Prendre en compte la diversité des publics

L'analyse des résultats par type de lycées montre des différences sur la perception du spectacle et sur la compréhension du message transmis. En effet, les notes moyennes obtenues par les élèves diffèrent selon la filière d'enseignement suivie. Ainsi, les élèves des lycées d'enseignement général ont obtenu une moyenne de notes de 15 sur 20 (différence significative), les élèves des lycées d'enseignement professionnel 13 sur 20 et les élèves des lycées d'enseignement agricole 12 sur 20. Concernant la perception du spectacle, les élèves des lycées d'enseignement général ont, plus souvent que les élèves des établissements d'enseignement professionnel, déclaré que le spectacle avait été « dynamique » (différences significatives), mais plus souvent également « intéressant » (différences significatives). La longueur du spectacle ne leur a pas posé problème, contrairement aux élèves scolarisés en lycée d'enseignement agricole qui l'ont trouvé trop long et ennuyeux. Ces différences de perception sont confirmées en partie par l'évaluation qualitative. Les groupes étudiés montrent une hétérogénéité dans

les réactions face au spectacle. Cette hétérogénéité devra être prise en compte afin d'adapter les actions de prévention futures sur ce thème, même si tous ont répondu très majoritairement que le spectacle était informatif.

Il existe donc des différences de connaissance, de perception et de déclaration d'intention de modifier leurs attitudes, entre les élèves qui ont assisté au spectacle et ceux qui n'y ont pas assisté, mais aussi au sein même de l'échantillon *actif*. Ainsi, certains élèves ont perçu le spectacle comme pas informatif et/ou peu intéressant. Ceci oblige à davantage prendre en compte la diversité des publics auxquels le programme de prévention s'adresse, pour mieux adapter le message et les actions proposées.

Internet or not Internet ?

Concernant l'avenir du programme, l'abandon du spectacle au profit d'une éventuelle création d'un site de prévention sur les risques auditifs par le biais d'Internet n'est bien accueilli ni de la part des élèves, ni de la part des partenaires. Quant à l'outil multimédia, il semble que la prévention passant par un site Internet ne soit pas une formule satisfaisante. À cela deux raisons principales : d'une part, cela demanderait une démarche volontaire de la part des élèves qui ne semblent pas prêts à se connecter à Internet pour ce type d'usage. D'autre part, cela éliminerait tout contact humain, or une des raisons de la bonne perception du spectacle par les élèves est le contact avec des jeu-

nes musiciens qui jouaient vraiment et auxquels ils pouvaient assez facilement s'identifier.

Les élèves rencontrés ont également voulu exprimer leurs attentes en termes de nouveaux modes de prévention, d'actions et de programmes qui choquent, qui font peur. Ils veulent être confrontés physiquement, concrètement à des gens qui subissent actuellement les conséquences physiques, morales, sociales et économiques de leurs prises de risques. Il sera important d'organiser des groupes de travail avec des lycéens ayant ce sentiment pour explorer, ensemble, l'importance de la peur dans la modification de leurs conduites et de leurs prises de risques. Les résultats de ces échanges devront être intégrés dans l'évolution des actions proposées dans le cadre de ce programme de sensibilisation.

De l'intention... aux actes

Le spectacle de sensibilisation aux risques auditifs liés à l'écoute et à la pratique des musiques amplifiées a permis d'accroître l'état de connaissances des élèves ayant assisté au spectacle, avec néanmoins des différences selon les types d'établissements scolaires. La perception de ce spectacle est très positive et la prise de conscience est réelle.

Plus de la moitié des élèves ayant assisté au spectacle déclare avoir l'intention de changer ses comportements vis-à-vis de l'écoute ou de la pratique des musiques amplifiées, ce qui est loin

d'être négligeable. Cependant, il ne s'agit là que de déclarations d'intention. Il reste maintenant à ces élèves à les transformer en actes. Il faut également souhaiter que leur état de connaissance persiste sur le long terme. C'est pourquoi il est important d'aller au-delà de la mise en évidence de l'impact immédiat du spectacle sur les connaissances et sur la prise de conscience des risques. Il faut envisager un suivi sur le long terme, pour vérifier la persistance des connaissances et de la prise de conscience sous l'effet du spectacle, d'où la nécessité de mesurer l'impact de l'action différé à deux ans.

Dr Francis Chabaud

Directeur,

Stéphane Robin,

Médéric Roncheau

Ingénieurs d'étude,

Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes.

Isabelle Escure

Directrice,

Comité régional d'éducation

pour la santé de Poitou-Charentes.

Xavier Migeot

Coordinateur,

Pôle régional des musiques actuelles de Poitou-Charentes.

Simon Codet-Boisse

Directeur, Confort moderne de Poitiers.

1. Réseau régional réunissant des représentants d'équipements de diffusion et de création de musiques actuelles (rock, reggae, techno, rap, jazz, chanson, musiques traditionnelles) et des représentants de collectivités publiques (direction régionale des Affaires culturelles, Conseil régional, conseils généraux).

2. Équipement culturel de diffusion, de formation et de répétition dédié aux musiques amplifiées et à l'art contemporain à Poitiers.

3. Rock, reggae, techno, etc.

4. Les partenaires du programme sont les directions régionales des Affaires sanitaires et sociales, de l'Agriculture et de la Forêt, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports, de l'Environnement, le rectorat, le Conseil régional et le CHU de Poitiers.

5. Équipement culturel de diffusion, de formation et de répétition dédié aux musiques amplifiées à Agen.

6. Ce spectacle a été lauréat du Décibel d'Or 2000 du Conseil national du bruit (catégorie Action silence).

7. Les élèves ayant assisté au spectacle seront appelés élèves actifs en opposition aux élèves n'ayant pas assisté au spectacle, appelés élèves témoins.

8. Ce sont les lycéens qui n'ont pas bénéficié d'informations sur les risques liés à l'écoute ou à la pratique musicale à haut niveau sonore dans le cadre du programme de sensibilisation. Ils ont été rencontrés avant le spectacle pour éviter les biais de contamination.

9. La médiane est la valeur de la variable telle que la moitié des observations lui est inférieure et l'autre moitié supérieure.

Rubrique Santé à l'école coordonnée par
B. Housseau :
bruno.housseau@inpes.sante.fr

La nutrition dans les enseignements scolaires

Le Programme national nutrition santé (PNNS), lancé par le ministère chargé de la Santé le 31 janvier 2001, prévoyait la création d'un groupe de travail sur la place de la nutrition dans les enseignements.

Composé de représentants du comité stratégique et du comité de pilotage permanent, de diverses institutions (Éducation nationale, Sports, INPES, CNA), de professionnels de terrain, et d'associations (association des professeurs de biologie générale, parents d'élèves, consommateurs), le groupe a débuté son travail au premier trimestre 2002. Il vise plusieurs objectifs :

- conduire une étude sur la place accordée à la nutrition dans le programme scolaire de l'école primaire et des diverses disciplines d'enseignement potentiellement concernées (biologie, économie-histoire-géographie, culture-français, activité physique-EPS) des collèges et lycées, dans les voies générale, technologique et professionnelle ;
- proposer aux enseignants des repères dans les niveaux de formulation à adopter avec les élèves et une actualisation de leurs connaissances dans le domaine de la nutrition ;
- fournir des idées et des recommandations dans la mise en œuvre de ces enseignements ;
- procéder à une analyse des différents documents pédagogiques à la disposition des enseignants, de manière notamment à en proposer un recensement.

Pour ce faire, le groupe de travail a auditionné de nombreuses personnalités issues du monde de l'éducation (administration et enseignants), et du monde médical et paramédical agissant dans le milieu scolaire. Des exemples d'expériences diverses ont été présentés et outre les documents afférents à ces présentations, le groupe a pris connaissance des textes de référence des programmes scolaires des différents niveaux.

Les résultats de ce travail seront présentés au premier semestre 2003 au comité stratégique du PNNS, puis soumis aux autorités compétentes. Ils pourront également être mis à profit dans la construction de programmes de formation initiale ou continue à destination des enseignants et des professionnels de l'enfance.

Contact : Hélène Thibault, sous-direction des Pathologies et de la Santé, bureau du Développement des programmes de santé, direction générale de la santé (DGS) - Tél. : 01 40 56 52 58



Un Infobus pour les 13-16 ans

L'infobus-Ligne des 13-16 ans abrite une exposition itinérante dont le but est de mettre à disposition d'un jeune public géographiquement éloigné des sources classiques d'information, des éléments qui leur permettent de mieux construire leurs représentations en ce qui concerne leur vie affective et sexuelle. La gestion et le déplacement du bus sont réalisés par le Mouvement français pour le planning familial, en partenariat avec l'inspection académique, la RATP, le Conseil général de l'Essonne.

Différents panneaux traitent des questions qui intéressent les adolescents : « Les premières fois », « Mon corps n'est pas à vendre », « Être amoureux », « Protégeons-nous », « Violence et agression sexuelle », etc. Il donnent également des adresses utiles dans les départements où circule le bus. Des fiches sont distribuées aux jeunes dans l'Infobus.

Contact : Fatima Lalem - Mouvement français pour le planning familial (MFPF) - 4 square St Irénée - 75011 Paris - Tél. 01 48 07 29 10.

Filles-garçons : un guide pour connaître son corps

Dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le sida, le Crips Ile-de-France vient de publier une brochure intitulée *Filles/Garçons*. Atout essentiel dans la lutte contre le VIH/sida, les IST, les grossesses non désirées, le sexisme et l'homophobie, l'éducation sexuelle y est abordée sans fausses pudeurs. Cette brochure de 32 pages aborde, sur le rythme d'une BD, avec un vocabulaire direct et des images explicites, les questions que les filles et les garçons se posent sur le sexualité et la relation amoureuse. Destinée aux adolescents, elle les informe sur leur corps et ses changements à la puberté, leurs désirs et leurs craintes, et leur propose des éléments de réponses.

Contact : Crips Ile-de-France - Tour Maine Montparnasse - BP 53 - 75755 Paris cedex 15 - Tél. 01 56 80 33 33 - mël : info@lecrips.net

Le projet Pégase

C'est un programme destiné à des patients à haut risque cardiovasculaire qui est présenté ici. Particulièrement bien conçu et s'appuyant sur des professionnels formés, il est conduit dans six centres hospitaliers depuis octobre 2001.

Le projet *Pégase* (Programme éducatif pour la gestion améliorée des sujets à risque cardiovasculaire élevé) s'inscrit dans une démarche d'éducation thérapeutique, selon les critères de qualité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1). Il prend en compte, à la fois les difficultés rencontrées par le corps médical et celles rencontrées par les patients, dans un programme éducatif original mis en place, en France, dans six centres hospitaliers publics et privés. Ce programme est conduit par des professionnels formés appartenant à ces centres, et relayé par des médecins libéraux également formés à cette méthode. Il prend la forme d'une mallette pédagogique qui comporte de nombreux outils destinés à favoriser l'expression des personnes.

Les facteurs de risque cardiovasculaire, un problème de santé publique

La prévention des maladies cardiovasculaires passe par un traitement optimal des facteurs de risque modifiables (hypertension, diabète, obésité, hypercholestérolémie, tabac, etc.). Malgré l'existence de traitements efficaces pour la plupart des facteurs de risque, les mesures recommandées par les organismes référents de santé publique ne sont pas suffisamment appliquées. En ce qui concerne le LDL-cholestérol, par exemple, moins de 50 % des patients atteignent les valeurs préconisées (2).

Les raisons invoquées tiennent, en partie, au fait que les traitements hygiéno-diététiques et médicamenteux, quand ils sont prescrits, ne le sont pas toujours de façon optimale. En outre, il n'y a pas toujours de concordance

entre les recommandations médicales et leur application par le patient. L'amélioration de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire nécessite donc une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par les patients et par les médecins pour la mise en œuvre des recommandations.

Ses bases : une analyse préalable approfondie

La première étape préalable à la conception du programme a été d'identifier les difficultés des patients à risque cardiovasculaire et de comprendre les obstacles rencontrés par les médecins qui les prennent en charge. Cette première étape s'est divisée en deux analyses, l'une qualitative et l'autre quantitative.

Les besoins éducatifs des patients et les attentes des médecins ont été évalués, tout d'abord, par une enquête qualitative. Cette enquête, qui s'est déroulée en juin et juillet 2000, a été menée sous la forme de quarante-huit entretiens semi-directifs en face-à-face (1 heure 30 en moyenne, soit 70 heures d'enregistrement au total). Ces entretiens ont été réalisés auprès de 27 patients hypercholestérolémiques en prévention primaire ou secondaire, présentant un ou plusieurs autres facteurs de risque associés (tabac, diabète, hypertension, obésité), et 21 médecins libéraux.

L'analyse des résultats a permis de dégager six thèmes principaux :

- signification de l'excès de cholestérol : une maladie virtuelle ;
- risque cardiovasculaire : une notion floue ;

- mesures hygiéno-diététiques : une mise en pratique difficile ;
- médicaments : des questions sur le long terme ;
- langage médical : une complexité source de confusion ;
- attentes et besoins du patient : une évolution dans le temps.

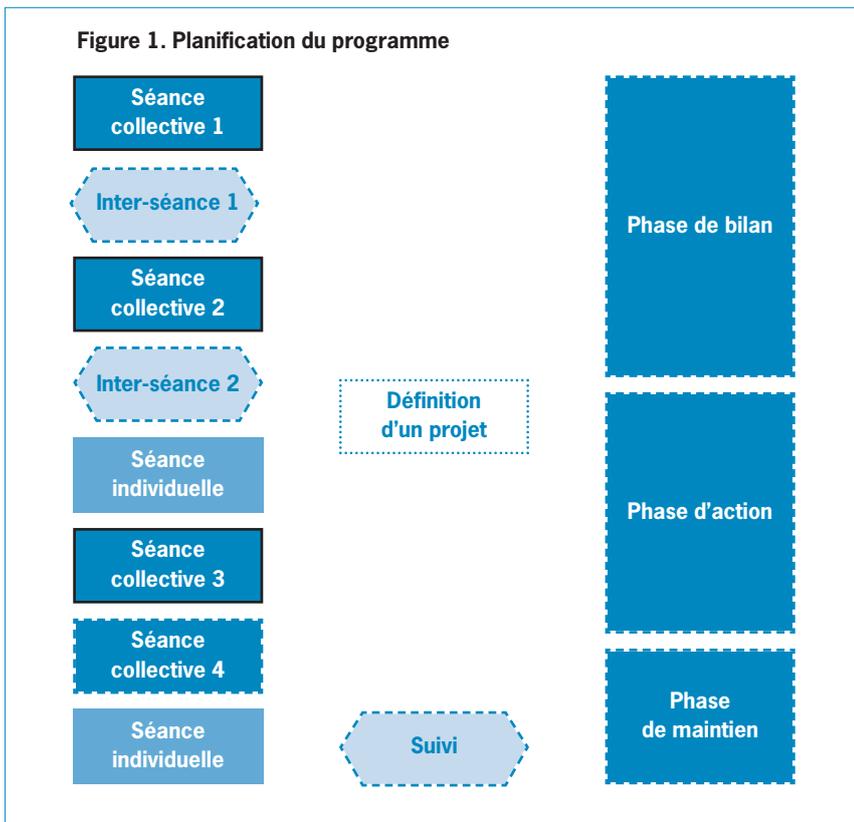
La confrontation des interviews des patients et des médecins sur ces six thèmes a montré, d'une part, des divergences sur les termes de maladie, de risque cardiovasculaire, qui sont illustrées par la complexité du langage médical ; d'autre part, des convergences sur les mesures hygiéno-diététiques et les médicaments. Cette analyse a permis de comprendre l'inadéquation entre les demandes des patients et les réponses apportées par les médecins. Une enquête quantitative, réalisée auprès de 969 patients à haut risque cardiovasculaire et 200 médecins libéraux, a permis ensuite de donner un nouvel éclairage, en hiérarchisant et en quantifiant les résultats qualitatifs.

La taille de l'échantillon de l'enquête quantitative a été calculée afin que chaque facteur de risque, en dehors de l'hypercholestérolémie, soit représenté équitablement pour l'ensemble des individus et pour que l'échantillon soit représentatif de la population française.

Une réponse aux besoins prioritaires des patients

Le but du programme éducatif *Pégase* est de permettre aux patients à haut risque cardiovasculaire de mieux vivre avec leurs facteurs de risque cardiovasculaire et pour cela d'acquérir et de consolider des compétences leur

Figure 1. Planification du programme



de comportement : la pré-intention (la personne n'envisage pas de changer de comportement), l'intention, la préparation, l'action, le maintien et la résolution. Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faudra, d'une part, tenir compte du stade auquel elle se trouve et, d'autre part, élaborer des modes d'intervention éducative adaptés à chacune de ces étapes.

La dynamique générale du programme comporte trois phases principales : une phase de préparation et de bilan (phase de prise de conscience de l'ensemble des facteurs de risque), une phase d'action (acquisition des compétences avec des résolutions de problèmes, une communication interpersonnelle en lien avec la mise en place du projet personnel de changement) et une phase de maintien (renforcement de toutes les compétences acquises, évaluation régulière du projet par le patient en collaboration avec son médecin traitant).

Des objectifs pédagogiques gradués

La première séance collective est consacrée à l'exploration des représentations que le patient a de sa santé et de ses facteurs de risque cardiovasculaire. Il identifie progressivement, au cours de cette séance, les risques encourus et les éléments sur lesquels il peut personnellement agir.

Lors de la deuxième séance, il est amené à analyser son rapport à l'alimentation, aux médicaments et à l'activité physique. Des éléments informatifs et explicatifs sur ces trois secteurs de la prise en charge thérapeutique lui sont donnés à cette occasion.

La troisième séance est destinée au suivi du projet thérapeutique du patient, tel qu'il a été défini individuellement. Elle permet au patient d'identifier le rôle des professionnels de santé, d'une part, et de son entourage, d'autre part, dans la mise en œuvre de son projet personnel de changement.

La dernière séance collective est davantage une évaluation formative où le patient est amené à mesurer l'ensemble des compétences qu'il a acquises au cours du programme.

permettant d'adapter leur mode de vie et leur alimentation à leur état de santé en tenant compte de leurs goûts, de leur vie sociale et professionnelle et de leurs habitudes culturelles.

À partir de l'analyse approfondie des besoins exprimés par des patients, nous avons pu identifier certains besoins prioritaires à partir desquels il a été possible de concevoir un programme d'éducation thérapeutique :

1. clarifier la notion de «risque cardiovasculaire» ;
2. agir personnellement sur ce risque ;
3. suivre l'évolution de sa maladie ;
4. évaluer personnellement les résultats de ses efforts et du traitement ;
5. apprendre à gérer au quotidien son traitement ;
6. partager son expérience avec ses «pairs» ;
7. s'assurer du soutien de l'entourage.

Le programme *Pégase* a été conçu comme un continuum structuré autour de l'axe du temps. Il permet au patient d'élaborer un projet personnel, de se projeter dans le futur et d'inscrire les modifications de comportements requises dans un processus à long terme.

Un programme éducatif en plusieurs phases

Les modules éducatifs du programme *Pégase* sont des étapes. Les périodes inter-modules et le suivi font aussi partie du programme. À chaque phase du programme, correspondent donc des objectifs, des méthodes pédagogiques et des outils. Il comporte quatre séances éducatives collectives de trois heures (5 à 8 patients), trois inter-séances de travail personnel, deux séances individuelles avec le soignant coordinateur de chacun des six centres et, enfin, le suivi assuré par le médecin traitant (*Figure 1*).

Le programme répond aux critères de qualité de l'éducation édictés par l'OMS (1) : apprentissage individualisé, maturation d'un projet personnel, copartenariat entre patient et soignant, interactivité, formation du soignant. Il s'inspire du modèle de changement de comportement de Prochaska (3). Ces auteurs ont mis en évidence qu'un changement de comportement dans le domaine de la santé était un long processus dynamique qui respectait toujours plusieurs étapes. Ce modèle décrit six étapes dans le changement



donnent l'opportunité de définir ses propres critères de réussite et de planifier ses changements dans le temps.

Pégase comprend aussi des séances individuelles. Elles permettent au patient de discuter du projet personnel qu'il choisit. Le soignant prend acte de son projet, en évalue la faisabilité à court terme et propose éventuellement des aides ou orientations supplémentaires. Il discute ensuite des stratégies qui vont permettre au patient de mener à bien son projet. Le relais est pris par le médecin traitant qui revoit le patient et l'aide à maintenir son projet dans le temps.

Une évaluation pour une meilleure diffusion

Le programme *Pégase* s'inscrit dans une démarche scientifique. Une étude randomisée sur une période d'un an, incluant deux groupes de trois cents patients chacun, a débuté en janvier 2002. Elle compare deux types de prise en charge : une prise en charge habituelle *versus* une prise en charge « interventionnelle ». Dans cette dernière, les patients bénéficient du programme éducatif dans un centre éducatif et sont suivis en ville par des médecins, en lien avec l'équipe éducative.

Les critères d'évaluation du programme prennent en compte, d'une part, un score de risque cardiovasculaire global – d'après l'étude de Framingham (4) –, mais aussi des changements de comportement sur le plan diététique, médicamenteux, de l'activité physique, de la consommation tabac, etc. En outre, pour le volet « interventionnel », la mise en place et la concrétisation d'un projet thérapeutique propre au patient sont spécifiquement évaluées. Les résultats seront évalués à six, puis à douze mois, afin d'établir si les effets se maintiennent dans le temps.

Conclusion

Les difficultés à suivre un traitement au long cours comme celui des facteurs de risque cardiovasculaire sont fréquentes. Le programme *Pégase* prend en considération, à la fois les difficultés d'apprentissage des patients et les obstacles rencontrés par les médecins au cours de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. Basé sur la concrétisation d'un projet thérapeutique personnel, ce programme vise à

répondre, au plus près, aux besoins et aux attentes des patients et, à terme, à assurer une meilleure prévention cardiovasculaire. Cette démarche, qui vise à être reconnue et diffusée, est associée à une évaluation rigoureuse de l'efficacité des stratégies en termes de réduction des facteurs de risque cardiovasculaire et de changements de comportement de santé.

Isabelle Durack-Bown

Responsable de projet pédagogique,

Yves Magar

Directeur, Edusanté, Vanves,

edusante@wanadoo.fr

Philippe Giral

Maître de conférence, praticien hospitalier,

Rita Chadarevian, Asri Benkritic,

Laboratoire AstraZeneca, Rueil-Malmaison,

Eric Bruckert

Professeur des Universités,

praticien hospitalier,

Service d'endocrinologie du Pr Turpin,

Unité de prévention des maladies

cardiovasculaires,

Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.

Remerciements

Le projet *Pégase* a été parrainé par le laboratoire AstraZeneca et conçu par Edusanté avec le partenariat de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Références bibliographiques

- (1) Therapeutic Patient Education. *Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. Report of a WHO Working Group.
- (2) Euroaspire I and II Group. *Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of Euroaspire I and II in nine countries*. *Lancet* 2001 ; 357 : 995-1001.
- (3) Prochaska J.O., Di Clemente C.C. *Stages of change in the modification of problem behaviors*. *Prog. Behav. Modif.* 1992 ; 28 : 183-218.
- (4) Laurier D., Shau N.P., Cazelles B., Segond P. *Estimation of CHD Risk in French Working Population using a modified Framingham model*. *The PCV-METRA Group*. *J. Clin. Epidemiol.* 1994 ; 47 (12) : 1353-64.

Rubrique coordonnée par I. Vincent :
isabelle.vincent@inpes.sante.fr

Histoire : contexte, organisation et concepts

Soixante ans d'éducation pour la santé en France

Bernadette Roussille 14

Petite histoire institutionnelle

Sandra Kerzanet, Anne Sizaret 14

Pour une culture commune : l'expérience de la région Paca

Madeleine Magnan 16

Vers la reconnaissance et la professionnalisation

Entretien avec Jean-Claude Maupas 18

Point de vue

1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé

Questions et interrogations morales et éthiques

Philippe Lecorps 21

Du local à l'international

Éducation pour la santé en région : être au contact des réalités locales

Entretien avec Alain Douiller 24

Créer des liens entre décideurs et acteurs partout dans le monde

Marie-Claude Lamarre 25

Des évolutions clés

Les enjeux de l'éducation sexuelle : entre la morale et la santé

Alain Giami 27

L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels

Nelly Leselbaum 30

Le tabagisme, fléau subi et non affronté (1950-1975)

Lion Murard, Patrick Zylberman 32

La prévention du sida : relance de l'éducation pour la santé ?

Geneviève Paicheler 35

De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions

Michelle Perrot, Antonia Dandé 37

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet, Anne Sizaret 39

Soixante ans d'éducation pour la santé

Dossier coordonné par **Bernadette Roussille**,
ancienne Déléguée générale
du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Soixante ans d'éducation pour la santé en France

L'histoire de l'éducation pour la santé depuis la Seconde Guerre mondiale porte d'abord l'empreinte de la continuité. Elle a néanmoins été marquée par des changements profonds qui reflètent l'évolution des contextes, des concepts et des pratiques.

Brosser un tableau de soixante ans de l'activité d'éducation pour la santé en France est une gageure. L'éducation pour la santé est « *la chose au monde la mieux partagée* », mais il sera fait état ici principalement de l'éducation publique pour la santé, c'est-à-dire celle menée par des instances proches des pouvoirs publics et notamment de l'État. Même restreinte à cette sphère, notre activité qui consiste à aider la population à conserver ou à adopter des comportements favorables à la santé est multiforme ; elle associe actions d'information, de communication et d'éducation.

Champ et pratique au confluent de plusieurs disciplines (médecine, épidémiologie, pédagogie, sociologie, psychologie, communication, etc.), l'éducation pour la santé est étroitement liée au contexte général de la société et à la politique de santé, tant au plan de sa philosophie de base et de ses concepts que de son organisation et de ses outils. Elle s'inscrit néanmoins, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, dans une remarquable continuité : fille de l'hygiénisme né au XIX^e siècle d'une approche, par le

milieu, des problèmes de santé de la population, puis fortement orientée vers la vulgarisation des découvertes pastoriennes, l'éducation pour la santé a mis en place, dès l'entre-deux-guerres, les principaux piliers sur lesquels elle s'appuie aujourd'hui.

Une continuité remarquable

En 1945, les fondements de notre activité sont d'ores et déjà solidement fixés :

- une philosophie (on parlerait aujourd'hui d'éthique) qualifiée d'« humaniste » et une approche globale intégrant les facteurs socioculturels et environnementaux, comme le montrent les écrits des grandes figures de l'époque de l'immédiat avant-guerre et de l'après-guerre : Jacques Parisot, Lucien Viborel, Pierre Delore et Louis-Paul Aujoulat ;
- un arsenal juridique qui témoigne de la légitimité de l'intervention des pouvoirs publics en matière de protection de la santé (cf. la loi de 1902 sur l'hygiène publique par exemple) ;
- l'implication active de nombreuses communautés organisées depuis la fin du XIX^e siècle autour de grandes « ligues » et associations thématiques

(hygiène alimentaire, cancer, alcool, hygiène mentale, etc.) regroupant des bénévoles et parfois des professionnels ;

- un champ et des thématiques précis : l'hygiène (cf. le décret de 1865 instituant cet enseignement dans les écoles), la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis et la protection de l'enfance, sujets de prédilection de l'avant-guerre ;

Petite histoire institutionnelle

Sandra Kerzanet et Anne Sizaret
Chargées de documentation à l'INPES.

1902

- loi d'hygiène publique

1924

- création de l'Office national d'hygiène sociale
- création de la Commission générale de propagande et des centres régionaux de propagande

1942

- création de la revue *La Santé de l'homme*

1945

- création du Centre national d'éducation sanitaire
- création des Centres régionaux d'éducation sanitaire



santé et fait passer son point de gravité de l'objectif majeur de responsabilisation individuelle à celui d'implication de la collectivité (et des collectivités) dans la gestion de la santé publique.

En réalité, cette périodisation schématique (1945-1972, 1972-1982, 1982 à nos jours) recoupe aussi des courants, des tendances qui existent tout au long de la période et coexistent encore de nos jours. Le débat est toujours vivace et passionné entre les tenants de l'information sanitaire par la diffusion de connaissances et ceux d'une pédagogie participative axée, pour les uns, sur les risques individuels, pour les autres, sur la création d'environnements favorables à la santé ou de « politiques saines » (au sens de l'OMS).

1945 à 1972 : l'information et l'éducation sanitaire dans le prolongement de l'avant-guerre

En 1945, on l'a vu, l'éducation pour la santé s'appuie sur le riche héritage de l'avant-guerre. La période qui s'ouvre est placée sous le signe de la reconstruction et marquée par l'institution de la Sécurité sociale et par de nouvelles structures, comme la PMI. L'éducation pour la santé se caractérise alors par :

- Une organisation administrative minimale, mais cohérente, auprès du ministère de la Santé publique et de la population :
 - la Commission d'éducation sanitaire du Conseil permanent d'hygiène sociale, organe consultatif et structure d'études ;
 - le Centre national de l'éducation sanitaire, démographique et sociale, chargé de coordonner et de mettre en œuvre les politiques ;
 - vingt-cinq centres interdépartementaux, organes dits « d'exécution » avec des délégués-animateurs locaux et départementaux. Le noyau d'origine était

- des instruments de formation et de professionnalisation : création de l'inspection médicale dans les écoles (chargée de la « visite de propreté »), existence des « écoles de conférenciers » et des « instituts d'hygiène » ;
- l'avant-guerre a inventé aussi les principales « voix » de l'éducation pour la santé, pour faire de la « propagande » (propager des idées) : radio, affichage, imprimés, cinéma, campagnes (sur le timbre, sur l'enfance) et, aussi, les « roulottes » ou les « camions d'hygiène », qui sillonnaient les campagnes avec des expositions, des messages, des causeries... ;
- le cadre de travail était tracé par *Savoir-prévenir*, guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales de Lucien Viborel, publié en 1936.

Cet héritage, ce sont les bases mêmes de l'éducation pour la santé de notre époque. Ce qui va changer au cours de la période 1945-2002, en lien étroit avec le contexte socioculturel et économique, va être essentiellement le style, les thèmes, les outils. L'accent mis sur le caractère collectif et politique des détermi-

nants de la santé sera de plus en plus fort à partir des années quatre-vingt, mais il était déjà présent dès le début.

Tout en soutenant que le découpage temporel de l'activité d'éducation pour la santé au cours des soixante dernières années (1945-2002) est difficile à établir, tant la continuité des objectifs, des concepts et des outils est grande, nous pensons pouvoir regrouper les années 1945 à 1972 autour d'une approche dominante : celle de l'information sanitaire inscrite dans le prolongement de l'avant-guerre de lutte contre les grands fléaux sanitaires et sociaux (on parlait de « croisade »). Puis on peut considérer qu'avec les années 1968-1972 (création du Comité français d'éducation pour la santé), l'éducation pour la santé prend un nouveau tournant qui est celui d'une pédagogie plus moderne et plus communicante. Cette dominante encore axée sur le risque et sur le risque individuel, se trouve infléchie en 1982-1986, avec la survenance du sida et le concept de la « promotion » de la santé ; l'éducation pour la santé s'inscrit alors dans une approche de promotion de la

1948

- création du Centre national de l'éducation sanitaire démographique et sociale

1951

- création à Paris de l'Union internationale de prévention et d'éducation pour la santé (UIPES)

1952

- création du Comité national d'éducation sanitaire et sociale

1954

- création du Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA)

1967

- loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances libéralisant la contraception (loi Neuwirth)

1972

- 28 avril 1972 : création du Comité français d'éducation pour la santé (CFES)



Pour une culture commune : l'expérience de la région Paca

À travers quelques dates clés, Madeleine Magnan retrace l'histoire de l'éducation pour la santé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur...

En 1946, à l'initiative de professionnels de santé publique – un directeur départemental de la santé, un directeur d'hôpital, un médecin à la caisse régionale d'Assurance Maladie, des professeurs de santé publique –, une filiale est créée au sein de la Société française de prophylaxie sanitaire et sociale. Transformée un peu plus tard en association interdépartementale d'éducation pour la santé, elle couvrait tout le grand Sud-Est et diffusait des articles et des dépliants sur des thèmes comme l'eau, la nutrition, la tuberculose et la syphilis. En 1975, l'association prend le nom de Comité régional d'éducation pour la santé (Cres).

Nouveau tournant en 1980 : le Cres crée le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) des Bouches-du-Rhône, qui vient renforcer la dynamique des comités départementaux existants (Alpes-Maritimes, Var, Vaucluse). Au Cres, reviennent la formation et l'animation interdépartementale, aux six comités départementaux, les actions de terrain.

La période 1982-1990 est particulièrement fructueuse :

- utilisation du nouveau dispositif de crédits régionalisés de prévention et de crédits européens pour mener de véritables programmes dans les écoles et les collèges. Précédés par des études de besoin et des enquêtes épidé-

miologiques, ils furent consacrés essentiellement aux thèmes de la contraception et à celui de l'équilibre de vie, et se traduisirent non seulement par des actions auprès des élèves, mais aussi par d'importantes opérations de formation des professeurs d'école ;

- approfondissement de la méthodologie, notamment autour du colloque de Dourdan et d'un symposium organisé par la direction générale de la Santé ;
- renforcement des partenariats, notamment avec la Ligue contre le cancer ;
- intégration dans la thématique de l'équilibre de vie de nouveaux thèmes comme le sida et la toxicomanie ;
- élaboration et utilisation de dossiers pédagogiques pour les enseignants et de coffrets pour les élèves.

À partir de 1990, des recrutements en plus grand nombre ont été possibles dans les Codes. Le Cres a organisé une formation et des stages permettant aux éducateurs de santé des Codes de se connaître, d'échanger et d'avoir une culture d'éducation pour la santé commune. Les maîtres mots de la période ont été : structuration du réseau – recrutement et formation – actions de proximité.

Madeleine Magnan

Directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé des Bouches-du-Rhône.

constitué par les Comités de Lyon, Marseille, Toulouse et Bordeaux.

- Des orientations et des concepts que nous rappellerons en citant les grands maîtres à penser et à agir de l'époque :
 - Pierre Delore qui, dans le premier numéro de *La Santé de l'homme*, en 1942, expose ses conceptions : « 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 terrain 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... tels sont nos buts. Nous donnons à la santé une définition très large : santé du corps, santé de l'intelli-

gence, santé de la conscience morale, santé de l'âme » ;

- Lucien Viborel, directeur du Centre national qui publie, en 1953, *L'éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique* : cet ouvrage collectif décrit de façon exhaustive la doctrine, le dispositif et la pratique de l'éducation sanitaire et en présente les valeurs (humanisme, mentalité de santé et mentalité de paix), les concepts (« la santé et le normal d'abord »), les méthodes (« étude du milieu et de ses besoins », « se mettre à la portée de tous », « tact nécessaire »...) et les instruments (causeries, imprimés, radio, cinéma, presse, etc.) ;

- Jacques Parisot, président de la Commission d'éducation sanitaire, dont diverses interventions, celle par exemple, en 1956, à la conférence de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé de Rome, frappent par leur ouverture (notion « d'éducation appropriée » assise sur les idées, les pratiques et les croyances des individus et des groupes) et leur dimension stratégique (« *il est vain de prétendre améliorer l'hygiène si on laisse se perpétuer des mauvaises habitudes d'agriculture, si on ne lutte pas contre l'érosion des sols* ») et politique (importance de la participation de la population).

On ne peut qu'être impressionné par la modernité de ces approches (le paradigme de la santé et de la prévention est définitivement installé), mais aussi par une certaine naïveté rationaliste (« exposer les lois et les règles de la vie saine, s'adresser avant tout au « *cerveau mal-léable de l'enfant* »...). Sous-jacent, bien qu'encore inconnu explicitement en France à l'époque, est le modèle du *Health belief* qui postule que d'une bonne information découle de bonnes pratiques de santé.

- Les thèmes de l'après-guerre sont encore quasi exclusivement la lutte contre la tuberculose, la syphilis, l'al-

1975

- loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (loi Veil)
- première campagne nationale d'information contre le tabagisme

1976

- loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme (loi Veil)

1981

- étude du Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (Legos) : *L'éducation sanitaire face aux résistances socioculturelles*
- création du Groupe de recherche sur les méthodologies en éducation pour la santé (Gremes)

1982

- loi de décentralisation du 2 mars 1982
- rapport Grémy-Pissaro. *Propositions pour une politique de prévention*. Paris : La Documentation française
- avis au Conseil économique et social. *L'éducation pour la santé*, rapporteur E. Levy



notamment – que des techniques de soins – dont le coût devient disproportionné au regard des bénéfices attendus, en matière de cancer par exemple. Ces plans mettent pour la première fois l'accent sur la prévention et sur « l'éducation sanitaire des comportements ». Ils en font un programme d'action prioritaire.

En 1968, le modèle éducatif traditionnel et, en particulier l'autorité des enseignants et des médecins, ont été secoués par le mouvement de mai. Les théories de l'apprentissage et de l'éducation repositionnent l'enseignant-éducateur et les méthodes pédagogiques deviennent plus participatives et actives. Par ailleurs, le développement considérable de la publicité et des mass-média – la TV en particulier –, et l'émergence du « marketing social » créent de nouvelles opportunités pour promouvoir la santé.

L'ère qui s'ouvre au début des années soixante-dix est également marquée par l'apport de l'épidémiologie qui impose son approche par le risque et approfondit son analyse des déterminants. Les méthodes de conduite de projet avec définition d'objectifs commencent à se diffuser (cf. le modèle *Precede* de Green). Plus qu'avant, l'éducation pour la santé s'appuie sur l'épidémiologie et sur les sciences humaines; elle lutte contre les comportements à risque et éduque la population à l'adoption de pratiques favorables à la santé.

Quelles sont les principales orientations de l'éducation pour la santé pendant cette période? Le ministère de la Santé crée, en 1972, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), sur lequel il compte s'appuyer pour mener à bien des « programmes pluriannuels d'éducation sanitaire et sociale » prévus par les plans quinquennaux. Les dotations financières sont considérablement

coolisme, la propreté. Un gros effort est dirigé aussi vers les jeunes mères. On lit ainsi sur des affiches : « *Nourrissez votre bébé à heures fixes pour qu'il ne soit pas indisposé* », « *La chambre du bébé doit être la meilleure de l'appartement* », « *La croissance de bébé doit être sans cesse contrôlée* ». Cependant, *La Santé de l'homme*, fil rouge de l'éducation pour la santé tout au long de ces soixante années, ouvre la réflexion et le débat sur d'autres thèmes et expériences.

- Le style de l'époque est informatif et plutôt moralisateur. Un exemple, celui un peu caricatural de la célèbre affiche du Comité national de lutte contre l'alcoolisme de 1952 : « *Dans le foyer où l'alcool est roi, l'homme est une brute, la femme une martyre, les enfants des victimes* ».

Malgré les acquis de cette période, le dispositif dans son ensemble a peu progressé. Comme le souligne le rapport Lévy de 1982 (1), l'insuffisance des crédits, la prédominance des associations thématiques privées, l'instabilité des structures (création en 1962 de nou-

veaux centres et conseils mais sans moyens véritables) n'ont pas véritablement permis à l'éducation sanitaire de se développer ni d'acquiescer un impact massif. Il est vrai que les années soixante marquent l'apogée de la médecine curative : la découverte de molécules efficaces, les progrès de l'imagerie et le prestige des nouvelles élites hospitalo-universitaires focalisent tous les efforts sur le système de soins et, dans le domaine de la prévention, sur ses aspects les plus médicalisés : le dépistage et la vaccination.

1972 à 1982 : l'approche pédagogique et la responsabilisation de l'individu

On peut estimer qu'entre 1968 et 1975, un virage s'amorce : comme le dit joliment Janine Pierret « *la santé sort de l'ombre* ».

Le VI^e plan (1971-1975), puis le VII^e plan (1976-1980), s'appuyant sur un raisonnement épidémiologique, révèlent que les progrès de la santé publique sont davantage à attendre du côté de la prévention – des comportements à risque

1983

- pour la première fois, des crédits spécifiques de promotion de la santé (apparition de ce terme) sont répartis par région

1985

- colloque organisé par le CFES à Dourdan sur la recherche en sciences humaines et éducation pour la santé
- création de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

1986

- novembre 1986 : Charte d'Ottawa

1988

- création du Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS). La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) devient le financeur le plus important des campagnes réalisées par le CFES





renforcées. Au cours de la période de dix ans qui est évoquée ici, le dispositif administratif est stable et les moyens financiers en croissance. Le budget du CFES passe de 2,5 MF en 1974 à près de 31 MF en 1981. Le réseau des comités régionaux et départementaux d'Éducation pour la santé se développe, lentement mais sûrement. Les associations thématiques (alcool, tabac, etc.) obtiennent de la part de l'État des moyens accrus.

Les concepts et les pratiques de cette période sont synthétisés dans le livre d'Etienne Berthet *Information et éducation sanitaires* (2). « *Savoir, vouloir, pouvoir* » y sont présentés comme les trois objectifs de l'éducation pour la santé. Quatre thèmes majeurs sont, selon lui, à développer à l'école : la connaissance du corps humain, les gestes de santé, qui « *permettent de faire face aux multiples agressions qui émailleront l'existence de l'enfant* », la connaissance des « *risques les plus importants qui menacent leur santé* ».

Enfin, il convient d'« *apprendre aux enfants qu'ils appartiennent à une communauté humaine et leur faire prendre conscience de la solidarité qui doit exister entre tous les hommes* ».

Si les objectifs centrés sur la responsabilité individuelle sont dans le prolongement de la période précédente, les méthodes pédagogiques font, quant à elles, de plus en plus appel à l'analyse des représentations sociales et à des techniques participatives avec notamment l'utilisation du jeu, du dessin ou du théâtre. Les grands médias et en particulier la télévision, sont utilisés pour la première fois de façon systématique et massive pour faire passer des messages de responsabilisation.

Au cours de ces années, le thème du tabac émerge fortement ; il est celui de la première grande campagne de communication en éducation pour la santé s'appuyant sur les mass-média, complétées par le hors média (diffusion de millions de brochures, dépliants, affichettes) et assises sur des enquêtes quantitatives et qualitatives préalables. Le CFES traitera également à cette époque du « mauvais usage » des médicaments. Il s'intéressera, aussi, à ce moment, à l'insertion sociale des handicapés et à la préparation à la retraite. L'éducation sexuelle qui accompagne la loi sur la contraception, puis la loi sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG), est un champ majeur d'intervention à l'école. L'approche par le risque se développe avec l'apparition d'actions nationales sur les accidents de la route et de la vie domestique. Un accent nouveau est mis sur l'hygiène bucco-dentaire. Le travail sur l'alcool se poursuit mais essentiellement par des actions de proximité. Il ne sera traité en médias par le CFES qu'à partir de 1984 (« *Un verre ça va. Trois verres, bonjour les dégâts!* », « *Tu t'es vu quand t'as bu?*... »).

1982-2002 : la responsabilisation individuelle mais aussi l'implication collective

Selon l'expression du professeur Jean-François Girard, la santé devient alors « *publique* ». La prévention est relégitimée, elle s'ouvre davantage sur la politique sociale.

L'apparition du sida avec, à l'époque, l'absence de moyens thérapeutiques, redonne à la prévention et à l'éducation une pertinence et une légitimité nouvelles. Les « scandales » du sang contaminé, de l'hormone de croissance, de l'amiante, de Tchernobyl et, plus tard, la question de la vache folle, mettent à l'ordre du jour la prévention dans sa valence de sécurité sanitaire et environnementale, et médiatisent les sujets de santé comme ils ne l'ont jamais été dans l'histoire. La crise économique des années quatre-vingt soulève la question des inégalités sociales et de l'exclusion avec ses relations à la santé comme cause et comme effet.

L'éducation pour la santé est fortement interrogée : elle est incontournable, mais est-elle efficace? Touche-t-elle les groupes qui en ont le plus besoin? Ne « blâme-t-elle pas la victime au lieu de l'aider? Les sciences humaines et les études KABP (*Knowledge, attitudes, behaviour, practices*) mettent de plus en plus en relief le rôle des déterminants sociaux et de l'environnement dans les comportements de santé. Sur un plan conceptuel, la Charte d'Ottawa donne en 1986 ses lettres de noblesse à la promotion de la santé et en définit les cinq champs (3). L'éducation pour la santé qui en est le bras droit ne pourra plus désormais que s'inscrire dans ce cadre. L'approche par population et par milieu (écoles ou hôpitaux promoteurs de santé, villes en santé) est désormais encouragée. La dimension politique et communautaire de l'éducation pour la

1991

- loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (Loi Evin)
- décret du 3 décembre 1991 : création du Haut Comité de la santé publique
- signature d'une convention CFES-ministère de l'Éducation nationale : les comités peuvent entrer dans les établissements scolaires avec l'accord du chef d'établissement

1994

- début, dans certaines universités, de formations en éducation pour la santé
- le ministère de la Santé charge le CFES de réaliser les campagnes contre le sida
- publication du rapport du Haut Comité de la santé publique *La santé en France*

1995

- mise en place des Conférences régionales de santé
- développement des Programmes régionaux de santé (PRS)



Vers la reconnaissance et la professionnalisation

Entretien avec Jean-Claude Maupas, président du Comité départemental d'éducation pour la santé des Pyrénées-Atlantiques

La Santé de l'homme : Quelle a été l'origine de votre engagement dans l'éducation pour la santé ?

Jean-Claude Maupas : Mon entrée dans l'éducation pour la santé date de l'année soixante-dix. J'étais psychomotricien et directeur de l'Institut de psychomotricité de Pau. Avec un certain nombre de psychomotriciens, d'enseignants et d'étudiants, nous avons entrepris des actions dans les écoles ; nous avons ressenti le besoin de passer de la réparation – qui était notre métier – à la prévention. Les ravages des accidents de la circulation et de la vie domestique étaient trop grands pour que nous ne nous préoccupions pas sérieusement de l'amont. Pour ces thèmes précis, nous nous sommes servis naturellement des notions de schéma corporel pour aller vers l'hygiène de corps jusqu'à la sexualité, peu traitée à l'école.

S.H. : Pouvez-vous résumer l'histoire du Comité des Pyrénées-Atlantiques ?

J.-C. Maupas : L'année soixante-dix-huit marqua un tournant, puisqu'à la demande du responsable départemental de la PMI, le docteur Nancy, nous constituâmes le Comité d'éducation pour la santé. Celui-ci fut hébergé dans les locaux de la PMI de la direction départe-

mentale des Affaires sanitaires et sociales et démarra très fort, avec uniquement des bénévoles (une quarantaine et nous étions obligés d'en refuser...). Nous étions en relation étroite avec le Comité régional d'éducation pour la santé de Bordeaux qui, à partir de 1983, organisa des formations pour nos bénévoles.

Nous intervenions principalement dans les écoles avec des outils (diapositives, films, brochures) fournis par des associations, comme le Centre national contre les maladies respiratoires et la tuberculose, par des laboratoires et aussi le CFES. Nous nous appuyions, par exemple, sur *Les premiers jours de la vie*, *Manger juste*, *Mr Talamo*, *Un ami qui vous veut du bien*. Nos thèmes étaient la protection de l'enfance, les accidents, la prévention des maladies respiratoires. En fin de période, nous commençâmes à travailler en direction des personnes âgées, dans les maisons de retraite, sur la prévention des chutes et les « ateliers debout » destinés à tous publics.

En 1983, nous ouvrimus le Centre de Bayonne qui constitua un autre pôle pour notre département bicéphale. Mon mandat de président fut renouvelé et, à partir de 1988, commença l'époque de la professionnalisation. Nous recrutâmes une déléguée départementale en 1989, d'abord à mi-temps, puis à plein-temps. Notre budget fut alimenté par l'État, la caisse primaire d'Assurance maladie et la Mutualité sociale agricole puis, avec la création du RMI,

nous développâmes notre travail en direction des publics défavorisés : création d'ateliers santé avec des petits groupes de paroles et des séances de travail sur le corps. Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) a bénéficié de cette expérience acquise.

S.H. : Quel fut l'apport du CFES, tête de réseau ?

J.-C. Maupas : De 1991 à 1997, les Directions inter-régionales d'éducation pour la santé (Direps) nous ont permis de sortir d'un certain isolement, d'échanger sur nos pratiques et de nous former à l'évaluation. Une nouvelle impulsion très forte est advenue en 1997-1998 grâce à l'amélioration et au développement des instruments fournis par le CFES (documentation, cassettes, vidéos et coffrets pédagogiques). Pendant cette période de trente ans, *La Santé de l'homme* a été notre guide et notre outil. Nous avons vraiment progressé vers plus de reconnaissance et de professionnalisation. Nous continuons à déplorer le manque de prise en considération de notre expérience par les niveaux régional et national, et aussi l'absence de financement suffisant pérenne. Une prévention a un coût, le « bricolage » même inspiré ne peut plus durer !

Propos recueillis par **Bernadette Roussille**

santé qu'avait fait ressortir Paolo Freire apparaît clairement.

Que se passe-t-il alors sur le front de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé ? La révolution silencieuse de son intégration dans les politiques sociales commence par le développement local : mis en place en 1982, le dispositif d'accueil et d'insertion des jeunes en difficulté inclut la dimension de la santé. Un peu plus tard, les bénéficiaires du RMI sont invi-

tés à des « contrats santé », les opérations menées dans les banlieues défavorisées comportent des interventions sur les accidents, la toxicomanie, etc. En 1999, des emplois-jeunes sont créés pour promouvoir la santé. Une impulsion forte est donnée par la régionalisation. Amorcée en 1982 par les programmes régionaux de prévention sanitaire et les comités consultatifs régionaux de santé, puis poursuivie et amplifiée par les programmes régionaux de santé (PRS) et les programmes régionaux d'accès à la pré-

vention et aux soins (Praps), la régionalisation inscrit la santé comme une dimension territoriale et transversale.

L'augmentation des moyens donnés à l'éducation pour la santé en tant que telle au niveau national est notable. De nouvelles lignes budgétaires sont ouvertes en 1982 au titre de la « prévention et de la promotion de la santé ». Ce dernier terme apparaît dans le vocabulaire administratif pendant un cours laps de temps. Le ministre de la Santé

1996

- ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins : création de la Conférence nationale et des conférences régionales de santé, et des programmes régionaux de santé
- adoption de la Charte du réseau par les comités d'éducation pour la santé

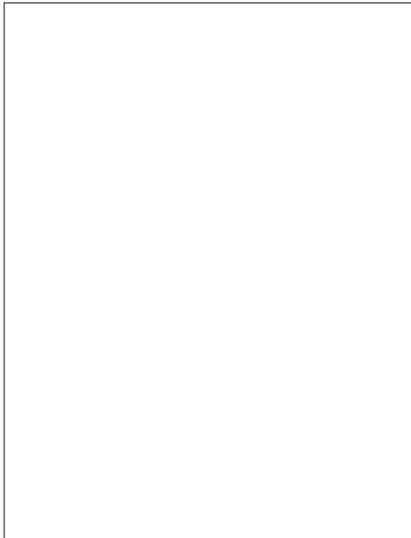
1997

- signature d'un contrat d'objectifs entre le ministère de la Santé et le CFES

1998

- mise en place des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps)
- circulaires du ministère de l'Éducation nationale n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 sur la prévention des conduites à risque et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, et n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège





prévoit, en 1982, de créer un grand corps de médecins de prévention, qui ne verra pas le jour. En 1988, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires est institué. Il donnera une stabilité et une ampleur jamais connues jusqu'ici au financement de notre activité. Le budget du CFES augmente considérablement; il passera de 40 MF en 1982 à plus de 350 MF en 2001...

De plus en plus inscrite dans l'agenda politique, spécialement sur le sida, la communication publique s'élargit en nombre de thèmes. En 2001, sont traités le sida, l'hépatite C, le tabac, l'alcool, les toxicomanies, les vaccinations, les accidents domestiques, l'éducation thérapeutique du patient, le mal de dos, le suicide. Elle se globalise dans ses modalités: les campagnes s'inscrivent dans des «programmes nationaux en éducation pour la santé» qui mettent en cohérence les volets média, les partenariats, le hors média (plus de cinquante millions de documents sont édités et diffusés par le CFES) avec des outils pour les professionnels de santé, des coffrets pédagogiques et des actions de terrain.

Toutes les opérations sont dûment évaluées et modifiées en fonction des résultats des évaluations (4).

La loi Evin, votée en 1991, expression d'une vraie approche de la promotion de la santé inaugure une période de recherche de globalité et de cohérence de l'éducation pour la santé avec les autres volets des politiques publiques: les produits (préservatifs, vaccins, patchs, etc.) promus par les campagnes doivent être effectivement disponibles; c'est au niveau des municipalités qu'une politique de lutte contre le tabagisme doit être menée (Villes sans tabac), etc. La proximité est recherchée: les médias locaux sont mobilisés, les quartiers défavorisés se saisissent du problème du sida, les messages média sont systématiquement accompagnés par la téléphonie sociale.

Sur le plan des actions de terrain, enfin, tant l'Éducation nationale (circulaires de 1998) que le réseau du CFES et les principaux acteurs de la prévention éducative (caisses d'Assurance Maladie, mutuelles, associations thématiques) visent dans leurs projets pédagogiques au développement des compétences psychosociales des individus (estime de soi, aptitude à résoudre les conflits, capacité de résister aux influences, etc.). L'approche globale des toxicomanies par les comportements d'usage, d'abus et de dépendance fait son chemin. Précisons que les nouvelles approches n'écrasent pas les anciennes: l'information sanitaire continue à être utilisée en fonction des circonstances et des praticiens, de même que les pratiques pédagogiques traditionnelles.

Vers une mission de service public...

À l'issue de cette période et malgré un grand nombre d'avancées quantitatives et qualitatives, l'éducation pour la

santé souffre toujours d'un déficit important de reconnaissance et d'organisation. L'accès à la prévention éducative est inégal sur le territoire, les métiers de la prévention ne sont pas explicitement reconnus, l'éducation pour la santé n'est pas pleinement intégrée dans les politiques sociales et éducatives. L'approche communautaire est timide, l'action auprès des décideurs peu admise culturellement, etc. Aussi, la loi du 4 mars 2002 qui crée l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ouvre-t-elle de nouveaux horizons. Elle inaugure enfin l'intégration de l'éducation pour la santé dans le système de santé puisque celle-ci devient une mission de service public encadrée par des normes quantitatives et qualitatives.

On peut penser qu'enfin, la prévention éducative acquerra un droit de cité et un statut à la mesure de son utilité sanitaire et sociale.

Bernadette Roussille

Ancienne Déléguée générale du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

► Références bibliographiques

- (1) *L'éducation pour la santé*. Journal officiel du 7 octobre 1982.
- (2) Berthet E. *Information et éducation sanitaires*. Paris: Puf, coll. Que sais-je?, 1983: 128 p.
- (3) *Peut-on promouvoir la santé?* La Santé de l'homme n° 325, sept.-oct. 1996.
- (4) Paicheler G. *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Paris: CNRS, 2002: 284 p.

2000

- mise en place du dispositif quinquennal de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme (création d'emplois jeunes)

2001

- juillet: le CFES organise pour l'UIPES, la XVII^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé à Paris
- mise en place du Plan national nutrition-santé 2001-2005
- publication par le ministère de la Santé d'un Plan national d'éducation pour la santé
- création des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps)

2002

- loi du 4 mars 2002 sur le *Droit des malades et la qualité du système de santé*
- mai: création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- projet de création de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé



Point de vue

1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé

Questions et interrogations morales et éthiques

Philippe Lecorps, à travers son analyse historique des fondements de l'éducation sanitaire puis de l'éducation pour la santé, fait part de son approche personnelle des tensions éthiques propres à l'activité éducative dans le champ de la santé. Son point de vue invite à la réflexion et au débat sur des questions qui font la difficulté des métiers de l'éducation pour la santé.

On pourrait percevoir les messages, de l'éducation sanitaire de 1942 comme *injonction morale* à se soumettre aux normes de l'enseignement médical. Pour faire contraste, on décrirait *l'éducation pour la santé* de 2002 comme une approche qui vise à aider la personne à devenir acteur de ses choix de santé et nous serions alors du côté de l'éthique, c'est-à-dire du côté de l'engagement personnel d'un sujet singulier inscrit dans une communauté. Peut-on séparer ces étapes d'une façon aussi tranchée ou bien devons-nous reconnaître qu'aujourd'hui comme hier, la question éthique fait problème et s'observe comme une « tension », une « visée » toujours en avant de nos efforts, comme le dit Paul Ricoeur (1).

Il peut sembler caricatural de différencier de manière absolue *l'éthique* de la *morale*, cette dernière n'étant que la traduction latine, imposée par Cicéron, de la notion grecque. Pour autant, on accepte communément dans l'usage de situer la morale dans la proximité à la norme et en rapport à un Bien préalablement défini et imposé par la culture. L'éthique tendrait alors, dans une situation d'incertitude, à la production d'un

Préférable qui n'est pas donné mais resterait à construire, en s'appuyant sur les valeurs partagées. On dira alors que *l'éducation sanitaire*, dans sa volonté de propager les bonnes conduites prônées par la médecine se situe dans le champ de la morale et exige soumission aux normes ; alors que *l'éducation pour la santé* et la *promotion de la santé* s'inscrivent dans une démarche éthique, une tension vers l'élargissement de la liberté individuelle et collective, et appel à l'engagement à produire une action juste. La morale serait hétéronome, c'est-à-dire que ses préceptes sont déjà là, hérités de l'histoire ; tandis que l'éthique devrait produire ses propres références, valorisant l'autonomie des sujets. Reconnaissons toutefois que morale et éthique ne peuvent s'analyser en dehors du champ politique qui leur permet d'éclorre.

1942 : la santé objet masqué du politique !

1942, naissance de notre revue, *La Santé de l'homme* ! Il peut paraître étrange qu'une parution nouvelle survienne en ces temps où il faut s'en souvenir, la France était au creux de la guerre et la presse soumise à de gran-

des difficultés. Comment justifier ce paradoxe, sinon en acceptant avec Giorgio Agamben, que les différences de régime politique s'estompent lorsque « *la vie biologique et ses besoins sont devenus partout le fait politiquement décisif* » (2). Y avait-il de grandes différences entre les aspirations éducatives des intelligentsia médicales des pays alors en guerre ? Beaucoup d'auteurs ne le pensent pas et en montrent même les lignes de convergence (3). Petr Skrabanek (4) va jusqu'à rappeler que dans les deux systèmes politiques qui ont fait souffrir le plus leur peuple, le marxisme et le nazisme, la santé constituait une priorité.

On ne peut en ce sens oublier l'ouvrage d'Alexis Carrel, *L'homme cet inconnu*, paru en 1935 et réédité depuis à de multiples reprises. Au milieu des années cinquante, ce livre était recommandé aux adolescents par les « bons Pères » comme lecture scientifique, voire édifiante. Quel était cet homme qu'on nous invitait ainsi à découvrir ? Il se présentait sous la forme d'une sorte de mécanique anatomo-physio-biologique dont il fallait préparer la naissance par des mécanismes de sélection





et entretenir les performances tout au long de la vie, en usant de toutes sortes de techniques gymniques, d'exercices respiratoires, de recettes alimentaires, etc. Alexis Carrel prônait une société efficace, aux mains d'hommes choisis, préparés, sorte d'*élite biocratique* entraînée pour guider l'humanité. Il voulait «*l'établissement par l'eugénisme d'une aristocratie biologique héréditaire [comme] étape importante vers la solution des grands problèmes de l'heure*» (5). Il y avait bien un prix à payer pour atteindre cette société parfaite, l'auteur se proposait de renvoyer les femmes à leur fonction naturelle de reproduction et au soin de la famille, et d'organiser le gazage des malades mentaux incurables et plus généralement des personnes dangereuses (6). On voit par là que cette idéologie sanitaire propagée par un grand nom de la médecine, prix Nobel, etc. participait

de l'air du temps. Les conseils éducatifs sur notre territoire ne se différenciaient pas des dix commandements de la santé énoncés quelques années plus tard, en 1939, par le médecin général des jeunesses hitlériennes (*voir encadré*). À quoi devons-nous de ne pas avoir sombré dans les mêmes excès totalitaires que nos voisins? À de multiples facteurs sans doute, entre autre à notre incurable revendication libertaire, sans doute aussi à notre heureuse incapacité politique à mettre en œuvre un système de contrainte efficace, peut-être encore à notre curieux attachement à l'organisation d'une médecine de famille qui rendait peu opérant le discours de prévention.

Toutefois, ces refrains de l'époque, aurions-nous pu les entonner? Qui sait? *La Santé de l'homme* était un discours de savants s'adressant aux pauvres, une

sorte d'alphabétisation médicale (7) proposée pour lutter contre les fléaux sociaux. Les propagandistes de ces discours vantaient la valeur civilisatrice de leur action. Ils respiraient sur les hauteurs des certitudes morales propres à l'époque et à leur classe d'appartenance. L'éducation et l'alphabétisation sanitaire allaient transformer les classes laborieuses en personnes saines et productives, les rendant de ce fait moins dangereuses.

La foi en la médecine comme science de la vie et la confiance en la propagande pour transformer les manières de vivre, constituaient les piliers de l'éducation sanitaire dont l'objet se réduisait à la protection de ce que Giorgio Agamben (2), après Michel Foucault (8), appelle le *bios* ou «la vie nue». S'il ne s'agit fondamentalement que de garantir le contrôle, la jouissance et le souci efficace de «la vie nue», les types d'organisation politique perdent de leur importance. C'est ainsi que sur le berceau de *La Santé de l'homme* veillaient les fées d'une conception apolitique de l'éducation sanitaire dont nous n'avons peut-être pas fini de payer le prix. C'est l'aporie de la santé qui se voudrait au-delà des clivages politiques et s'observe comme objet de pouvoir des politiques.

2002 : l'éducation pour la santé entre la morale et l'éthique, une nécessaire vigilance

L'ouverture signifiée par l'arrivée de nouvelles appellations : «éducation pour la santé» puis «promotion de la santé» a marqué un déplacement de l'axe central. Le biomédical entrait comme un élément de la construction de la santé, appuyé sur les autres dimensions psychiques, sociales, culturelles et plus généralement politiques. L'éducation s'est trouvée confrontée à ses paradoxes fondateurs : reconnaître et restaurer l'humain singulier dans sa capacité de choix, construire avec lui les modalités du «vivre ensemble». Nous ne serions plus, comme dans la première période, soumis à un ordre moral de bonne conduite sanitaire. Nous serions placés comme sujets autonomes, face à des choix éthiques qui engagent notre responsabilité, à la fois comme sujet singulier et membre d'une société. En sommes-nous si sûrs? L'actualité récente ne nous donne-t-elle pas mille exemples des tensions éthiques à l'œuvre dans le champ de l'éducation?



Jacques Attali, dans *L'ordre cannibale : vie et mort de la médecine**, rapporte dix commandements de la santé énoncés en 1939 :

- « 1. Ton corps appartient à la nation, ton devoir est de veiller sur toi-même.
2. Tu dois rester propre, en bonne santé, et "en forme", le soleil, l'air pur et l'eau t'aideront.
3. Soigne tes dents. Une denture saine et éclatante sera ta fierté.
4. Mange souvent des légumes, des salades et des fruits crus bien lavés. Ils contiennent tous les principes nécessaires à la santé.
5. Bois des jus de fruits. Évite le café et les excitants.
6. Évite l'alcool et le tabac, ce sont des poisons.
7. Pratique la culture physique. Tu resteras toujours dynamique.
8. Tu dormiras neuf heures chaque nuit.
9. Aide-toi d'abord toi-même. En cas d'accident, tu sera toujours utile à un camarade plus touché que toi.
10. N'oublie pas avant tout chose que ton devoir est de veiller à ta santé. »

* Paris : Grasset, 1996 : 216-7.

La première tension c'est celle qui existe entre la priorité mise à la prise en compte du « vivant » plutôt qu'à celle de « l'existant ». Les politiques publiques ont pour mission de créer les meilleures conditions pour que la vie advienne et s'entretienne. Bien sûr, il faut un corps comme support de nos vies, mais le corps n'est pas le tout de la personne, ce corps n'est que le support d'une existence, c'est-à-dire d'une orientation, d'un sens. Au nom de la défense du *bios*, en ces temps de développement des épidémies de sida et d'hépatite, on transmet la consigne d'utiliser un préservatif dans les relations sexuelles. Mais cette injonction technique et morale entre en tension avec la capacité concrète d'un sujet d'exister avec ce préservatif. L'éducation pour la santé puise sa légitimité à travailler cette tension entre l'injonction morale et l'engagement éthique d'un sujet solidaire de sa communauté. La question de l'éducateur se pose ainsi : étant donné ce que tu vis et peux vivre, prenant en compte que nous sommes au temps du sida, comment allons-nous nous y prendre pour aimer ?

La deuxième tension est celle qui se produit entre les « volontés du politique » et « l'accompagnement des personnes » par les acteurs de terrain. Les campagnes nationales visent à proposer des conduites fondées sur les données épidémiologiques. Or, la rencontre des personnes singulières et des groupes éventuellement concernés par des conduites considérées comme dangereuses du point de vue de la santé publique, oriente les acteurs de terrain vers l'accompagnement des personnes pour qu'elles puissent vivre une vie possible pour elles. D'un côté s'impose la lutte contre les conduites addictives, de l'autre s'élaborent les conditions d'une vie possible avec les addictions. Ces deux dimensions, pas toujours antagonistes, sont en tension permanente et nourrissent la réflexion éthique.

La troisième tension serait celle qui existe entre « l'autopsie » et « l'autonomie ». Le fondement de l'éthique, c'est la reconnaissance de l'autonomie du sujet comme auteur de sa vie. Or, au nom de la protection de la qualité du *bios*, on force chacun à se conformer à un modèle en l'obligeant à une « autopsie » (9) qui ne concerne plus seulement les os et les viscères, mais aussi l'ensemble des conduites de la vie qui ont conduit à la mort. On a pu voir ainsi une association nationale propageant l'image d'un mourant filmé par sa femme cinq jours avant son décès. Cette image reliant en ligne directe le tabac et la mort, oublie que la vie mène à la mort et que c'est bien là le tragique de l'homme. Au nom de la défense de la santé, tous les coups sont permis, manipulons les peurs, les fantasmes, les haines les plus refoulées vis-à-vis de l'autre qui est différent, qui fume, boit, mange plus que de raison, etc. L'écrivain Jean-Louis Fournier nous parlant de son père, médecin et alcoolique, concluait son récit rédigé sous la fiction d'une écriture d'enfant : « *Maintenant j'ai grandi, je sais que c'est difficile de vivre et qu'il ne faut pas trop en vouloir à certains, plus fragiles, d'utiliser de mauvais moyens pour rendre supportable leur insupportable* » (10).

Comment respecter l'autonomie des personnes, sans sombrer dans les facilités de la propagande qui n'interroge pas les moyens employés, pourvu que les finalités soient bonnes ? Comment accompagner quelqu'un en souffrance

qui ne demande rien ? Faut-il entendre cette demande de rien comme expression d'une liberté qu'il faudrait prendre en compte, ou bien entendre cette demande de rien comme signe de l'impossibilité d'exercice de cette liberté ? Comment aider l'autre, confronté à ses dépendances, à élaborer une position psychique qui ait un sens pour lui ? Comment éveiller le sujet pris dans son addiction aux exigences d'un monde commun auquel il aurait part et l'inviter à exercer sa responsabilité ? Voilà les questions éthiques auxquelles nous sommes confrontés aujourd'hui.

Philippe Lecorps

Enseignant à l'École nationale de la santé publique (ENSP), département Politiques et Institutions, président du Collège régional d'éducation pour la santé, Rennes.

► Références bibliographiques

- (1) Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, coll. Points, 1996 : 424 p.
- (2) Agamben G. *Homo sacer. le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris : Seuil, coll. L'ordre philosophique, 1997 : p.132.
- (3) Weindling P. *L'hygiène de la race. Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1933*. Préface de B. Massin. Paris : La Découverte, 1997 : 300 p.
- (4) Skrabanek P. *La fin de la médecine à visage humain*. Paris : Odile Jacob, 1995 : 158-9.
- (5) Carrel A. *L'homme, cet inconnu*. 1935 : 414.
- (6) « *Ceux qui ont tué, qui ont volé à main armée, qui ont enlevé des enfants, qui ont dépouillé les pauvres, qui ont gravement trompé la confiance du public, un établissement euthanasique, pourvu de gaz appropriés, permettrait d'en disposer de façon humaine et économique. Le même traitement ne serait-il pas applicable aux fous qui ont commis des actes criminels ?* ». Carrel A. *L'homme cet inconnu*. 1935 : 435-6.
- (7) Boltanski L. *Prime éducation et morale de classe*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1977 : 154 p.
- (8) Lecorps Ph., Paturet J.-B. *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : ENSP, 1999 : 42.
- (9) Littéralement : se voir soi-même.
- (10) Fournier J.-L. *Il a jamais tué personne, mon papa*. Paris : Stock, 1999 : 152 p.



Du local à l'international

Éducation pour la santé en région : être au contact des **réalités locales**

Entretien avec Alain Douiller, directeur de l'Association d'éducation pour la santé du Rhône

Depuis la naissance de la première association d'éducation sanitaire et sociale en 1937, bien des évolutions positives ont marqué le paysage de la prévention, mais des fragilités subsistent et le chemin à parcourir est encore long...

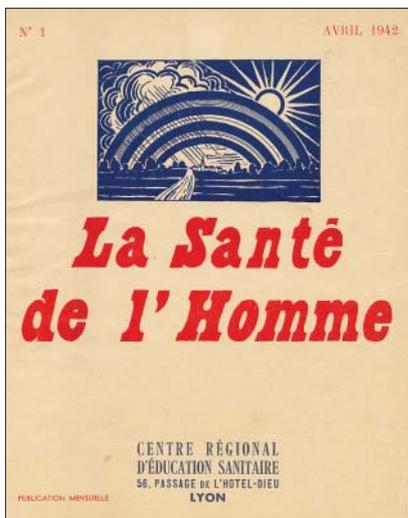
La Santé de l'homme : L'Ades du Rhône n'est-elle pas l'un des comités d'éducation pour la santé les plus anciens de France ?

Alain Douiller : Si, absolument. Les premières fondations de notre association remontent à 1937 ! Le ministre de la Santé de l'époque avait décidé la création des trois premières associations d'« éducation sanitaire et sociale », c'était le terme alors employé. Elles furent créées à Lyon, Marseille et Bordeaux... et curieusement pas à Paris ! Nous avons eu la chance, à Lyon, que cette association soit présidée par le professeur Pierre Delore. Ce pneumologue hospitalier lyonnais a fait preuve de beaucoup d'imagination et de créativité pour développer l'éducation pour la santé dans notre région. À tel point qu'il reste encore aujourd'hui de nombreuses traces de son travail.

S.H. : Lesquelles par exemple ?

Alain Douiller : Pierre Delore était issu de la bourgeoisie médicale catholique qui a fortement marqué le mouvement social et humanitaire à Lyon et même au-delà. Il était très empreint de la conception biomédicale de la prévention de l'époque, voulant transmettre des connaissances au plus grand nombre, « semer des idées saines » tel qu'il l'a

dit lui-même. Il est l'auteur de nombreuses et régulières émissions radio-phoniques sur la santé, sans doute les premières en France. La radio était alors le moyen moderne de communication



dit lui-même. Il est le fondateur de la revue *La Santé de l'homme*, en pleine période de guerre : avril 1942. Cette date n'est sans doute pas fortuite, nous travaillons actuellement avec des historiens lyonnais afin de mieux comprendre les fondements historiques, sociaux et idéologiques de notre revue et de son

évolution. Cette revue est aussi un témoignage important des fondements et des évolutions de l'éducation pour la santé tout entière, mais sur lesquelles notre discipline s'est assez peu interrogée jusqu'ici. À l'époque, l'éducation pour la santé comportait un caractère normatif (des comportements, des attitudes, etc.), dont aujourd'hui encore, nous avons du mal à nous départir ! L'empreinte de ces années de guerre et le caractère moraliste voire patriotique des déclarations et des recommandations y étaient certes présents. Mais ce qui frappe le plus, c'est la diversité des champs d'observation et d'analyse que Pierre Delore et les rédacteurs qu'il réunissait ont su investiguer. C'est à une réelle vision sociale et éducative de la santé et de la prévention qu'ils nous invitaient déjà, bien avant l'essor des sciences humaines et de l'éducation pour la santé moderne.

S.H. : L'Ades du Rhône a-t-elle connu d'autres périodes marquantes ?

Alain Douiller : Pierre Delore a dirigé *La Santé de l'homme* et le comité de Lyon avec le même dynamisme et la même créativité jusqu'à sa mort en 1960. À cette date, la revue a été reprise par le Comité français d'éducation pour la santé pour en faire la revue nationale qu'elle est encore aujourd'hui.



Notre association semble alors avoir vécu une période de tranquillité qui ressemblait à un demi-sommeil et dont nous avons peu de traces. Vers la fin des années quatre-vingt, ce sont deux pédiatres qui ont relancé l'association : Elisabeth Locard, médecin de PMI et Louis David, professeur hospitalier. Ils ont réussi à impulser des projets, obtenir la confiance des institutions... et embaucher un jeune directeur en 1990! J'ai un peu vieilli et suis donc devenu un observateur des dernières évolutions! Elles me paraissent particulièrement rapides par rapport aux décennies précédentes.

S.H. : Quelles sont ces évolutions ?

Alain Douiller : L'organisation nationale de la santé publique me paraît un tournant important, dont le rapport du Haut Comité de la santé publique *La santé en France* est un texte important. Des priorités ont, en effet, pu être établies et une organisation plus proche des réalités locales s'est mise en place avec les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé

publique. Avec cette prise en compte dans l'organisation des politiques de santé et, peu à peu, dans les volumes financiers qu'ils lui sont consacrés, il me semble que la prévention sort, peu à peu, d'une logique de « bonnes œuvres » pour se professionnaliser et se crédibiliser davantage. Mais le chemin est encore long pour que notre action soit reconnue au même titre que les approches de la santé plus médicales.

S.H. : Ces évolutions ont-elles eu des retombées directes sur votre association ?

Alain Douiller : Oui. Et même si je sens encore une grande fragilité dans notre fonctionnement, notre statut et nos façons de travailler – financements uniquement annuels et par projets, priorités de santé encore trop thématiques, décisions d'engagement des institutions très tardives, etc.–, les moyens dont dispose l'éducation pour la santé et sa reconnaissance sociale évoluent dans un sens positif. Les relations avec les institutions deviennent de plus en plus de partenariat et moins de dépendance.

Les budgets disponibles ont également augmenté de façon notable en dix ans. Notre champ a également pu se développer durant ces dernières années grâce à la mise en place des contrats emploi-jeunes. À l'Ades du Rhône, cela nous a permis d'embaucher de jeunes diplômés afin de développer de nombreux programmes : la prévention en milieu techno, la sécurité routière, l'allaitement maternel ou la santé mentale ; et ainsi de faire preuve localement de l'utilité et de l'intérêt de l'éducation pour la santé. Le Comité français d'éducation pour la santé nous a aussi beaucoup aidés dans ce sens, en matière de formation, d'expertise, d'appui à projets. Ou très dernièrement en proposant à tous les comités de France de recruter près de deux cents personnes en contrat emploi-jeunes sur le thème du tabac, avec des niveaux de rémunération et des appuis financiers adaptés. Les effets de cette politique devraient se faire sentir d'ici quelques années, il est dommage qu'aujourd'hui ces incitations semblent marquer un temps d'arrêt.

Propos recueillis par **Bernadette Roussille**

Créer des liens entre décideurs et acteurs partout dans le monde



Avec l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), la promotion de la santé a pu s'organiser comme regroupement mondial de compétences, une instance représentative d'un grand courant humaniste et aussi comme force de proposition.

L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) est née, il y a un peu plus de cinquante ans – en 1951 – sous l'impulsion et la détermination de plusieurs visionnaires, convaincus de l'intérêt et de la valeur de l'éducation pour la santé comme « *partie fondamentale de tout programme de santé publique, de bien-être et de progrès social, devant se développer en une véritable éducation pour la vie* ». Persuadés aussi, tous l'étaient, de l'importance et de la nécessité de

comparer les méthodes et les techniques appliquées dans les divers pays, de confronter les expériences, de mettre les uns et les autres au courant des moyens utilisés, pour développer l'éducation pour la santé. Ils s'appelaient Jacques Parisot, Lucien Viborel, René Sand, Pierre Delore, Giovanni Canaperia, Clair Turner. Il restait à alerter, à rassembler et à conjuguer toutes les forces et compétences connues partout dans le monde, au sein d'un grand organisme à caractère non gouvernemen-

tal où ses membres pourraient librement se rencontrer pour des échanges d'idées, de conceptions, de méthodes et d'expériences. Si une idée claire a présidé à la préparation et à la naissance de l'Union internationale pour l'éducation sanitaire de la population, nom qu'elle portait à l'époque, ce fut bien l'idée de liaison, de rapprochement et d'entente, en vue d'un avancement et d'un perfectionnement constants de l'éducation pour la santé et plus tard de la promotion de la santé. Tout



comme la création des Nations unies et de ses agences spécialisées, l'UIPES a été créée aussi à l'époque dans l'esprit de ses fondateurs pour contribuer à « une œuvre de civilisation et de paix ».

Penché sur le berceau de l'UIPES à sa naissance, le doyen Jacques Parisot avait déclaré « *Souhaitons que notre Union, associée à l'œuvre humanitaire si généralement et si généreusement entreprise en tous pays, contribue à développer dans les esprits, sous le signe de la solidarité, la juste conception de toutes les misères humaines, des possibilités et des moyens de les combattre. Ainsi, un jour peut-être, dans une atmosphère nouvelle, les hommes mieux instruits du prix de la vie et de la dignité humaines, et des efforts nécessaires pour les sauvegarder, enfin conscients de l'aberration qu'il y aurait à les détruire ou à les avilir, se feront les loyaux défenseurs et les actifs artisans de la santé, de la sécurité et ainsi du bonheur dans un monde meilleur* ». Le style d'expression a sans aucun doute changé. Mais les besoins eux, restent les mêmes tout comme la mission, l'esprit, les stratégies, les buts et les objectifs de l'UIPES qui sont encore et toujours de promouvoir la santé dans le monde et de contribuer à la réduction des inégalités de santé à l'intérieur des pays et entre les pays.

Trois grands axes stratégiques

Cinquante années plus tard, l'UIPES reste une association, un réseau professionnel de grande qualité intellectuelle et humaine, multidisciplinaire, multiculturel et multi-ethnique, formé de personnes et d'institutions qui ont pour engagement de contribuer au développement de la science et de la pratique de la promotion de la santé partout dans le monde, aux niveaux international, national et local. Elle est reconnue aujourd'hui pour les compétences techniques et professionnelles qu'elle renferme au sein de son réseau, pour sa capacité de conseil auprès de ses institutions membres et comme facilitatrice de projets de coopération d'intérêt commun.

Elle a aujourd'hui trois axes stratégiques primordiaux qui mobilisent l'ensemble des compétences de son réseau :

- Témoigner (« *advocacy* ») pour que la place de la santé dans les choix politiques soit défendue de manière forte et crédible. Par exemple, l'UIPES s'engage à jouer un rôle de leader en contactant les organisations mondiales, en leur communiquant et en attirant leur attention sur l'impact potentiel sur la santé des accords de l'Organisation mondiale du commerce et des accords multilatéraux sur les investissements ; en participant à l'élaboration de solutions avec elles ; par la suite, en évaluant les progrès réalisés, en analysant les résultats et en renforçant les actions qui vont apporter un changement. L'UIPES s'engage à plaider en faveur de politiques qui vont dans le sens de l'amélioration des conditions sociales, économiques et de l'environnement qui déterminent la santé de la communauté mondiale.
- Améliorer et développer la qualité et l'efficacité des pratiques et des connaissances en promotion de la santé et en éducation pour la santé, en mettant en place des actions favorisant le développement des savoirs et des pratiques ; en contribuant au développement des compétences professionnelles et à l'essor de la diversité, de la qualité et de

l'efficacité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé à travers le monde. Par exemple, le Programme mondial sur l'*Efficacité de la promotion de la santé*, qui consiste à recueillir, à analyser et à diffuser les données probantes de l'efficacité de la promotion de la santé dans de nombreux domaines, telles qu'elles existent partout dans le monde ; ou la préparation d'une anthologie de textes choisis qui a pour but de refléter les connaissances et les visions de la promotion de la santé dans chaque région du monde, mais aussi de bousculer une tendance qui consiste à n'utiliser pour l'enseignement de la promotion de la santé que des textes qui s'appuient sur l'expérience des pays industrialisés.

- Contribuer au développement des capacités et des aptitudes, dans les pays, à mettre en œuvre des projets de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. On peut citer, par exemple, un projet actuel de mobilisation, de collaboration et de programmation d'actions de lutte contre les stratégies et les tactiques de l'industrie du tabac en Afrique francophone, impliquant des journalistes et des professionnels de la promotion de la santé de dix-sept pays africains, ainsi que des partenaires internationaux et nationaux de différents continents désireux d'apporter leur expérience et leurs ressources au projet.

Marie-Claude Lamarre
Directeur exécutif,
UIPES, Vanves.

► Bibliographie

- Parisot J. *Message*. Revue internationale d'éducation de la santé 1958 ; I (1) : 3.
- Viborel L. *Une œuvre de civilisation et de paix*. Revue internationale d'éducation de la santé 1959 ; II (2) : 59.
- Viborel L. *Comment est née l'Union ?* Revue internationale d'éducation de la santé 1958 ; I (2) : 108-10.
- Orientations stratégiques de l'UIPES 2001-2007. www.iuhpe.org



Les enjeux de l'éducation sexuelle : entre la morale et la santé

L'éducation sexuelle dans les établissements scolaires est fondée sur les valeurs dominantes de chaque société et de chaque époque, et n'est pas à l'abri d'évolutions paradoxales.

En France, l'éducation sexuelle a une longue histoire qui s'est développée depuis le début du XX^e siècle et qui a été marquée par la publication de nombreux ouvrages destinés aux parents, aux éducateurs et aux jeunes (1). Au cours des cinquante dernières années, cette histoire faite d'atermoiements et de balbutiements, a été ponctuée par de nombreuses initiatives qui n'ont pas toujours connu d'applications concrètes (2). Ce n'est que très récemment, en réponse aux problèmes posés par l'épidémie de VIH sida, que des actions planifiées de façon centralisée ont commencé à se développer sur une grande échelle, venant ainsi compléter des initiatives locales dont il est difficile d'estimer le volume. Les objectifs actuels de l'éducation sexuelle, tels qu'ils sont énoncés dans la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998, consistent à « *développer une véritable éducation à la sexualité et à la responsabilité, et à prévenir les comportements à risque mais surtout, à faire évoluer les attitudes de fond qui sont à l'origine de ces comportements et de contribuer à l'épanouissement personnel* ». Un programme ambitieux... Cette éducation sexuelle est en outre considérée comme « *une éducation à la responsabilité, au rapport à l'autre, à l'égalité entre hommes et femmes* » (3).

L'éducation sexuelle s'inscrit ainsi de plain-pied dans la gestion des problèmes de santé contemporains et notamment de l'éducation et de la promotion de la santé, mais aussi dans la problématique des rapports sociaux de sexe, fondée sur l'idée de l'égalité entre les sexes. C'est dire combien, en matière de sexualité, l'information, l'éducation et la

prévention sont très fortement intriquées. Toute information sur la sexualité, approche minimale de ces problèmes, reste fondée sur une morale plus ou moins explicite. Pour mieux comprendre la nature de ces enjeux, j'ai rappelé l'évolution des principales idées élaborées, en France, depuis cinquante ans et resitué les idées actuelles dans le contexte des débats internationaux.

La lecture des différents documents fait apparaître que l'éducation sexuelle a toujours été fondée sur les valeurs dominantes de chaque époque et qu'elle peut être considérée comme une courroie de transmission de celles-ci. L'éducation sexuelle a ainsi évolué au même rythme que les changements de valeurs et de morale sexuelle qui se sont développés au cours des cinquante dernières années (4). Les doctrines développées en France ont ainsi évolué progressivement d'une position qui considérait que l'activité sexuelle des adolescents, y compris la masturbation, était à proscrire, jusqu'à la reconnaissance de cette activité sexuelle et son accompagnement éducatif.

1945 à 1968 : la préparation au mariage et à la vie familiale

La première phase de cette période qui va jusqu'en 1968 a été marquée par un renouvellement de l'intérêt pour l'éducation sexuelle qui reprend, à l'aide de nouveaux arguments pédagogiques, et psychanalytiques, les objectifs de l'éducation sexuelle traditionnelle visant à préparer les adolescents au mariage, à préserver la virginité masculine et féminine, à lutter contre la masturbation, l'homosexualité et les maladies vénériennes (la syphilis principalement).

Ce renouvellement de l'intérêt pour l'éducation sexuelle s'inscrit dans le cadre du projet de modernisation de la France et notamment de modernisation du système éducatif, connu sous le nom de Plan Langevin-Wallon. C'est dans ce contexte que le rapport de la Commission François est publié en 1948 (5). Ce rapport est fondé sur le constat selon lequel « *les enfants et les adolescents s'instruisent entre eux de la façon la moins morale et la plus malfaisante* » et qu'il est nécessaire de substituer à cette auto-éducation un « *enseignement véritable (...) dont l'objet est de détourner l'attention du sujet des questions qui lui sont posées afin que la curiosité de savoir, une fois satisfaite, ne puisse irriter la curiosité d'éprouver* ». Les auteurs du rapport préconisent la mixité dans les écoles, qui permet « *d'éviter les perversions, les refoulements et l'homosexualité (...); la tension sexuelle est atténuée par le fait que l'affectivité normale reçoit des satisfactions constantes et l'évolution sexuelle serait même plus lente dans le cas de la coéducation* ». Les objectifs de l'éducation sexuelle et de l'organisation de la mixité à l'école sont donc clairement énoncés : éviter de favoriser le développement de l'intérêt des adolescents envers la sexualité et éviter la pratique des relations sexuelles et de la masturbation. Le rapport François reflète ainsi les idées médicales et psychologiques de son époque dont le docteur Gilbert Robin (6) constitue l'illustration la plus caricaturale. Celui-ci écrivait à la même époque : « *Quand l'onanisme est lié à des perversions du caractère, il ne constitue qu'un symptôme dans un type caractériel qu'il faut traiter et redresser* » en masse ». *Discipline stricte en internat de rééducation*





tion, éducation physique, sport, éducation professionnelle, morale d'action visant à donner une résonance affective aux sentiments neutres ou déficients de l'honneur, de l'amour-propre, du respect d'autrui... L'onanisme forcé, impudique d'un adolescent fera penser à la démence précoce, laquelle est dénommée dans les campements germaniques, la « folie des onanistes » ». Le docteur Gilbert Robin qui représentait un point de vue extrême a été souvent opposé au docteur André Berge qui a représenté, pour sa part, un tournant vers la modernité de l'éducation sexuelle. André Berge qui a participé du courant de « l'éducation nouvelle » a tenté une application des principes de la psychanalyse et de la psychopédagogie à l'éducation sexuelle. Selon A. Berge, l'éducation sexuelle doit être fondée sur des connaissances scientifiques et notamment sur la reconnaissance de la sexualité de l'enfant et de l'adolescent : « Le mérite essentiel de l'éducation nou-

velle, c'est de prendre appui sur la connaissance de la nature, laquelle n'est pas tenue a priori pour une ennemie à vaincre » (7). Il résume les objectifs de l'éducation sexuelle : « Si l'éducation sexuelle ne consiste pas à combattre sans trêve un instinct normal, il n'y en a pas moins une sorte d'antinomie à résoudre pour l'éducateur puisqu'il doit d'une part, permettre à l'instinct sexuel d'évoluer normalement vers la maturité et, d'autre part, prendre soin de l'empêcher de se manifester d'une façon incompatible avec les exigences sociales. » L'éducateur se trouve ainsi placé face à une contradiction majeure : il reconnaît l'existence d'une sexualité chez les adolescents, mais celle-ci serait incompatible avec les normes sociales. Par ailleurs, la simple répression de son expression risque de perturber son développement : « Toutes les anomalies possibles du comportement sexuel de l'enfant exigent une compréhension bienveillante et

parfois une investigation médicale et psychanalytique, mais jamais rien qui pût troubler davantage une affectivité déjà troublée. Il faut toujours commencer par s'interroger sur ce qui manque ou ce qui a pu manquer au petit délinquant, ce dont il souffre ou ce dont il a pu souffrir avant de lui accorder la marque infamante d'une perversité constitutionnelle » (7).

1968 au début des années 1980 : la reconnaissance de la sexualité des « jeunes »

La deuxième époque de l'éducation sexuelle est marquée par l'arrivée des sexologues et des gynécologues dans ce domaine. Elle s'inscrit dans le contexte de la diffusion de la pilule contraceptive. La loi Neuwirth qui autorise l'utilisation de la pilule est votée le 28 décembre 1967. Les événements de mai 1968 commencent avec la revendication du droit de visite dans les chambres des étudiantes dans la cité universitaire de Nanterre. La sexualité change de statut : les médecins reconnaissent la légitimité de la « fonction érotique » et contribuent à la dissociation de l'activité sexuelle et de la procréation. La masturbation et les relations sexuelles « pré-conjugales » ne constituent plus un interdit et l'éducation sexuelle aura alors pour objectif de préparer la maturation de la fonction érotique au sein du couple.

La grande *Encyclopédie de la vie sexuelle*, publiée en 1973, représente la somme la plus complète de la nouvelle doctrine de l'éducation sexuelle (8). La masturbation y est reconnue comme la sexualité normale de l'adolescent et la « soupe de sécurité de l'instinct qui ne peut s'assouvir dans notre société par une relation sexuelle vraie ». Par ailleurs, les rapports sexuels pré-conjugaux commencent à être tolérés du fait de leurs « bienfaits » : « Les avantages des rapports sexuels chez les jeunes existent, cela est certain. Ils permettent tout d'abord, et ceci mérite d'être souligné au moment où l'homosexualité s'organise et se démocratise, de lutter contre l'inversion. (...) Bien des perversions trouvent leur origine dans l'impossibilité de s'exprimer par la voie hétérosexuelle, témoin la zoophilie qui sévit dans certains milieux paysans ». Ainsi, l'activité sexuelle des adolescents, accompagnée par les conseils des éducateurs, constitue désormais un moindre mal que d'autres types d'activité sexuelle qui



sont agités comme des épouvantails. Elle deviendra progressivement une dimension à part entière de l'épanouissement, lorsqu'elle se pratique dans de bonnes conditions émotionnelles, avec le consentement des personnes, dans des conditions d'hygiène satisfaisantes.

Quelles perspectives pour les années à venir ?

Comme on a pu le voir au cours de ce bref rappel des principales idées qui ont jalonné l'histoire de l'éducation sexuelle en France, la reconnaissance de la légitimité de la masturbation et des relations sexuelles en dehors du mariage a constitué le préalable des nouvelles attitudes qui se sont développées ultérieurement et qui ont eu comme objectifs la prévention des conséquences de l'activité sexuelle telles les grossesses, l'infection à VIH (à partir de la fin des années quatre-vingt) et actuellement les abus et les violences sexuelles.

La doctrine qui est actuellement développée en France fait écho à des initiatives prises récemment dans d'autres pays (aux États-Unis et au Royaume-Uni) et au niveau international (Organisation mondiale de la santé et Parlement européen) dans le contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre du concept de «santé sexuelle» (9). Ce concept est fondé sur les notions de «bien-être» et d'«épanouissement»; il est associé en outre à la notion de «droits sexuels», développée par la *World Association of Sexology* (WAS), et à celle de «comportement sexuel responsable» développée aux États-Unis.

Au plan international, les débats actuels opposent ceux qui considèrent qu'il faut donner aux jeunes les moyens leur permettant de se protéger efficacement contre les conséquences négatives de l'activité sexuelle (grossesses précoces, infections sexuellement transmissibles, abus et violences sexuelles) et faciliter l'accès aux services de santé, à ceux qui estiment qu'il faut à nouveau promouvoir l'abstinence sexuelle, principalement aux États-Unis*. En d'autres termes, on se trouve face à deux perspectives opposées: l'une considère que l'activité sexuelle constitue en soi le risque majeur contre lequel il faut protéger les jeunes, et l'autre, qu'il est primordial de prévenir et protéger les jeunes des conséquences négatives

d'une activité sexuelle considérée comme légitime.

La doctrine élaborée en France se situe dans une position intermédiaire. Elle propose une synthèse des notions d'épanouissement et de responsabilité, et tente de promouvoir une morale fondée sur le principe de l'égalité des sexes et le respect de l'autre. Elle ne vise pas à promouvoir l'abstinence et tente de prévenir les conséquences néfastes de l'activité sexuelle.

Alain Giami

Psychosociologue,
Directeur de recherche à l'Inserm,
Unité 569, Le Kremlin-Bicêtre.

** Rappelons qu'aux États-Unis, les fonds fédéraux ne sont attribués qu'aux programmes qui mentionnent explicitement l'abstinence pré-conjugale comme objectif de leurs interventions.*

Références bibliographiques

- (1) Lanzmann F. *Petite histoire du sexe et de son apprentissage de 1900 à nos jours*. Paris: J.-C. Lattès, 1995.
- (2) Garcia-Werebe M.-J. *L'éducation sexuelle à l'école*. Paris: Puf, coll. l'Éducateur, 1976: 192 p.
- (3) Picot C. *L'éducation sexuelle: une mission nouvelle pour l'école*. La Santé de l'homme 2001; n° 356: 18-20.
- (4) Voir sur ce point: Mossuz-Lavau J. *Les lois de l'amour: les politiques de la sexualité en France (1950-2002)*. Paris: Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2002 (2^e édition): 501 p.
- (5) François L. *Rapport au Comité d'études concernant l'éducation sexuelle dans les établissements d'instruction publique*. Paris: ministère de l'Instruction publique, 1948 (dactylographié, 54 pages).
- (6) Robin G. *La guérison des défauts et des vices chez l'enfant*. Paris: Editions mondiales, coll. Les grands romans, 1956: 430 p.
- (7) Berge A. *L'éducation sexuelle chez l'enfant*. Paris: Puf, coll. Paideia, 1977 (rééd.): 184 p.
- (8) Kahn-Nathan J., Torjman G., Verdoux C., Cohen J. *Encyclopédie de la vie sexuelle*. Paris: Hachette, 1973 (5 tomes).
- (9) Voir sur ce point: Giami A. *Sexual Health: The emergence, development, and diversity of a Concept*. Annual Review of Sex Research, 2002 (sous presse).

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 174 - novembre 2002

Initiatives

Le centre de prévention du suicide diversifie son aide

Sylvie Bourguignon

Plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel

Emilie Goffin, Liliane Schanner, Françoise Moyersoer et Maurice Dickstein

La vaccination des 60/65 ans et plus

Redonner le goût de l'école

Réflexions

La promotion de la santé: d'abord un enjeu de communication sociale ?

Alain Deccache et Brigitte Sandrin-Berthon

Locale

Pollution intérieure: naissance d'un projet à St Ghislain

Michel Andrien, Véronique Bouttin, Maïté Dufrasne et Jacky Huvelle

Matériel

**Parcours D.Stress
Fumer ou ne pas fumer... est-ce la question ?**

Les allergies chez les enfants

Lu pour vous

Drogues et conduites à risque: la débrouille des familles

Documentation

Le stress chez les enfants et les adolescents: bibliographie commentée

Karine Verstraeten, Yvette Gossiaux et Florence Renard

Sanomètre, des données maniables

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro ou pour s'abonner: education.sante@mc.be

Les textes parus dans la revue sont disponibles sur le site www.educationsante.be



L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels

Au cours des trente dernières années, la politique de santé en milieu scolaire a épousé l'évolution des esprits et des mœurs. Aujourd'hui, à l'heure de l'éducation à la santé et à la citoyenneté, elle devrait pouvoir se développer harmonieusement, si toutes les parties concernées mettent en commun leurs efforts pour concilier le politique et l'action.

En se référant aux textes parus dans le Bulletin officiel de l'Éducation nationale, il est possible de centrer l'histoire de la politique de prévention autour de trois grandes dates : 1973, 1977, 1997. Le ministère de l'Éducation nationale est passé, durant cette période, d'une éducation sanitaire à visée hygiéniste à une promotion de la santé à visée incitative, appelant les jeunes à jouer un rôle actif dans la prévention, au sein d'une démarche collective qui tient compte de l'environnement. Chacune des trois périodes correspond à un modèle éducatif différent.

1973 à 1977 : la dénonciation des conduites à risques

Éduquer, c'est informer pour lutter contre les fléaux en dénonçant les produits et les dangers en termes de prises de risque.

Dans une lettre adressée aux recteurs en 1973, le ministre de l'Éducation nationale invite l'école à informer « les jeunes des dangers de la drogue par la diffusion des documents » ; il incite les chefs d'établissement à se donner les moyens d'agir en face des cas qui pourraient se présenter dans leur établissement ; il leur propose de créer des clubs-santé, animés par des volontaires, où l'élève trouvera écoute et conseil. Prévenir, c'est lutter contre les fléaux. L'école adresse les consommateurs de substances toxiques, licites ou illicites, à des organismes spécialisés car l'école doit rester un milieu protégé.

Le modèle épistémologique de la prévention s'appuie sur l'idée d'une

éducation sanitaire qui édicte des règlements et confond information et prévention : la simple connaissance des règlements devrait entraîner l'adoption de nouvelles conduites et l'abandon des comportements liés à la consommation de produits toxiques. Prévenir, c'est agir sur les seuls facteurs individuels et biologiques. On étend le modèle curatif et clinique à la prévention ; on isole les facteurs de risques de leur environnement. Ce modèle se réfère à une représentation de l'individu comme un être rationnel et libre de ses choix.

1977 à 1990 : la prise en compte des facteurs psychosociaux

Prévenir, c'est travailler en équipe et faire une place au jeune en difficulté et à son contexte.

En 1977, devant l'échec de cette politique, le ministère de l'Éducation nationale se disant attentif à « la détresse des adolescents », crée dans les établissements des « clubs-vie-rencontre et santé » : les adultes discutent avec les jeunes pour développer leur sens de la responsabilité devant les problèmes de la vie. Outre les médecins scolaires, est associée à ces clubs l'Inspection générale de la vie scolaire, représentée par un responsable académique accompagné d'un chef d'établissement.

L'information demeure privilégiée dans ce modèle qui est clairement élargi à toutes les catégories de personnels. Dans les centres pédagogiques régionaux, des conférences sont organisées, pour les futurs enseignants sur la psychologie de l'adolescence ou sur « la

crise à la période de l'adolescence ». Les thèmes abordés sont pour l'essentiel : l'adolescence et les conduites déviantes possibles ; l'usager occasionnel et le toxicomane, leur prise en charge ; l'épidémiologie de la toxicomanie ; la sociologie de l'usage de produits ; la législation française en matière de toxicomanie, etc.

L'année 1983 marque pourtant un tournant : la politique de prévention s'inscrit désormais dans le cadre de décisions gouvernementales interministérielles. On étend les thèmes de formation. Les « adultes-relais » sont formés à une triple mission : sensibiliser les autres personnels de l'établissement que les professeurs aux difficultés des jeunes et mener des actions en direction de ces enfants et de ces adolescents en difficulté ; assurer, en accord avec le chef d'établissement, des liaisons avec les partenaires locaux (médecins, travailleurs sociaux, magistrats, policiers, etc.). Au niveau académique, des « médiateurs » choisis parmi les proches collaborateurs du recteur sont chargés d'animer cette politique et de coordonner les actions de terrain plus collectives.

En 1985, on substitue à la notion d'adulte-relais, celle d'équipe-relais pour éviter « de focaliser sur une ou deux personnes tous les problèmes de drogue et de violence de l'établissement ». On favorise l'écoute des adolescents, les initiatives et les responsabilités des jeunes. Le modèle qui sous-tend cette modalité de prévention : l'action sur les facteurs qui renforcent le bien-être et la modération des comportements. On



cesse de stigmatiser les «groupes à risques». On prend en considération dans les comportements à risque les facteurs psychosociaux en relation avec les modes de vie.

1990 à 2002 : la promotion de la santé par l'éducation à la citoyenneté

Favoriser la mise en place d'une politique élargie et coordonnée au plan gouvernemental (1998).

La politique devient résolument volontariste. Chaque année, par circulaire, on incite à mener des actions de santé au sein des établissements scolaires (Journée sida, etc.). Les dispositifs mis en place continuent de préconiser de conduire le travail de prévention en concertation avec les partenaires (justice, police, santé) : les circulaires annuelles sont cosignées par d'autres ministères concernés et on ajoute, au titre de partenariat, les fédérations des parents d'élèves, les organisations syndicales et les partenaires de l'environnement. On cherche à favoriser un partage d'information sur les problèmes à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement scolaire. Ce dispositif, appelé au sein de chaque établissement comité d'environnement social (CES), – véritable outil partenarial placé sous la présidence du chef d'établissement –, doit également comprendre les élèves et des acteurs de la vie sociale. La circulaire insiste sur la nécessité de coordonner ces actions du CES avec celle d'autres dispositifs déjà en place (zone d'éducation prioritaire [Zep], comité départemental et comité communal de prévention de la délinquance, etc.)

Pendant l'année 1997, «pour prévenir ces situations et apporter des réponses à ces jeunes en grande difficulté», on incite à soutenir les parents pour qu'ils rétablissent la communication et le dialogue intergénérationnel par des dispositifs variés (point écoute-jeunes, point écoute-parents) qui sont implantés au plus près (BO du 27 mai et du 29 août 1997 et des 28 et 29 juillet 1997). L'éducation pour la santé est présentée comme une action partenariale qui prend en charge aussi les jeunes engagés dans un processus de toxicomanie et qui, en voie de marginalisation, ont fui toute forme d'institution. On cherche à améliorer les conditions de vie

quotidienne des jeunes les plus exposés au risque de mal-être.

En 1998, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) présente un programme de prévention pour éviter le passage de l'usage nocif à l'abus et de l'abus aux dépendances. Des actions locales bénéficient d'incitations et de financements. On n'établit plus de véritable distinction entre les différentes formes de prévention (primaire et secondaire). Éduquer pour la santé, c'est aider les jeunes les plus démunis à s'insérer socialement en les informant, en les soignant et en insistant sur leur «santé» considérée comme un processus (et non comme un état) de «bien-être». La prise de responsabilité des jeunes dans ces actions est envisagée comme un moyen de préserver leur équilibre.

Les missions des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) reposent plus largement sur des valeurs d'équité, de solidarité, de respect mutuel, de laïcité, etc. L'éducation à la santé devient explicitement construction du lien social nécessaire à l'apprentissage de la citoyenneté. Dans les sites les plus exposés à la violence, le Cesc est un «un outil de coordination» entre conseils de Zep, Comités départementaux de prévention à la délinquance, structures de concertation de la politique de la ville, contrats locaux de sécurité, etc. Les rapports de grandes commissions (Roques, Henrion, Parquet, etc.) informent les personnels. On crée, en plus des Cesc, des commissions de suivi au sein des établissements.

La circulaire du 20 septembre 1999 rappelle les principes de la politique de prévention, les textes officiels et les références. Cette circulaire veut être un outil utile à tous les acteurs et les partenaires (locaux, départementaux et nationaux) ; elle avance des analyses de cas cliniques, des exemples d'actions menées, des réponses à des questions. Le plan gouvernemental triennal (1999-2001) détaille les organisations adéquates pour développer des réseaux sanitaires et sociaux au sein ou à proximité des services de la justice. Des guides de «bonnes pratiques» (cf. collection «Drogues savoir plus») sont diffusés auprès du grand public. La prévention devient un enjeu important de

la société civile dans son ensemble. Toutes les sciences humaines sont mobilisées pour faire comprendre les ressorts et les mobiles des comportements et des conduites des citoyens.

On n'est plus dans la période d'ignorance de la réalité des conduites à risques, mais plutôt dans la reconstruction de liens sociaux défaillants et de mise en place de dispositifs de protection. Ainsi, la conception de l'éducation à la santé est passée de la lutte contre les fléaux (alcoolisme, toxicomanie, risque VIH, etc.) à la mise en place d'une organisation à l'éducation à la citoyenneté, s'adressant en particulier aux jeunes les plus démunis et visant à les réinsérer dans le tissu social. Les représentations et les modèles de prévention ont évolué : on est passé d'une politique de soins à une prévention plus globale, pour parvenir enfin à une promotion de la santé comme processus de vie, en intégrant des facteurs sociaux et économiques, les modes de vie et le libre arbitre des acteurs comme facteurs protecteurs.

Nelly Leselbaum

Enseignant-chercheur
en sciences de l'éducation, Paris.

Bibliographie

- Leselbaum N. *La prévention à l'école*. Paris : INRP, T1-1990, T2-1992.
- Leselbaum N. *L'éducation à la santé en milieu scolaire : quelques approches des conduites addictives*. Toxibase 1997 ; n°1 : 1-15.
- Leselbaum N., Berger G., et al. *La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : Éléments pour une évaluation*. Montpellier : CRDP Languedoc-Roussillon, 2002.
- *L'éducation à la santé*. INRP, La revue française de pédagogie 1996 ; n° 114.
- *Éducation à la santé : rôle et formation des professionnels de l'éducation*. INRP, Recherche et Formation 1998 ; n° 28.
- *Éducation à la santé*. Les Cahiers pédagogiques 1992 ; n° 307.
- *La médecine dans l'école*. Les Cahiers pédagogiques décembre 2001 ; n° 399.
- *Cinquante ans d'éducation*. Le Monde de l'Éducation, juillet-août 2000.
- *L'éducation à la santé en milieu scolaire*. Dossier. Toxibase 1997 ; n° 1.
- *Les années collège. Enquête HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2000 : 116 p.



Le tabagisme, fléau subi et non affronté (1950-1975)

En France, la volonté de lutter contre le tabagisme a pris corps tardivement et difficilement : face aux découvertes et aux avancées scientifiques, les hésitations de l'État, les résistances de l'administration, l'indifférence du corps médical et du corps social tout entier ont laissé le champ libre à la propagation de ce fléau sanitaire.

« Beaucoup de gens se refusent à croire à la toxicité du tabac. Qui s'en étonnerait ? Tant d'avis contradictoires ont été émis et justifiés par les meilleures raisons qu'ils ne semblent pouvoir convaincre personne ». Ces mots que le professeur André Lemaire confiait au journal *Le Monde* en 1950, qui ne pourrait aujourd'hui encore les faire siens ? À l'orée des années soixante-dix, 95 % des jeunes déclaraient savoir que cancer et tabac sont liés. Reconnue, admise, la menace, toutefois, « n'embraye » pas sur les comportements. « *Tabac : les Français restent accros* », peut-on encore lire, en 1997, à la Une du *Figaro*¹.

Un assassin encouragé

Une société contre l'abus du tabac s'est créée sous le second Empire aux fins de séparer les fumeurs de leurs « victimes ». La Grande Guerre lui porte un coup fatal, gagnée, comme chacun sait, par « le maréchal Pinard » et « le caporal Scaferlatti ». Les directeurs de cinémas obtiendront d'excellents résultats en annonçant que, dans leurs salles, « on pouvait fumer ou amener des chiens ». Les pouvoirs publics ne sont pas en reste, tel sénateur, par exemple, se félicitant en 1928, au cours de la discussion relative à la Caisse autonome d'amortissement (à laquelle étaient reversées les recettes des tabacs), que le nombre de fumeuses « aille en s'accroissant tous les ans »².

Si bien que les premiers messages diffusés à l'orée des années cinquante trouvent l'opinion moins avertie, s'il se

peut, de la nocivité de la cigarette qu'elle le fut à la Belle Époque. L'alerte, à notre connaissance, est donnée dans *Paris-Match*, sous la signature de Raymond Cartier, sous cette manchette « *Une bombe venue d'Amérique* », agrémentée de sous-titres accrocheurs : « *Chaque cigarette coûte une demi-heure de vie* » ; le grand hebdomadaire populaire se fait l'écho des inquiétudes naissantes à l'hiver 1953. Préoccupée de la rumeur naissante, la Seita crée le Groupe d'étude sur la fumée du tabac (1954-1966), sous l'égide de l'Institut national d'hygiène (prédécesseur de l'Inserm). Création significative : jusqu'aux années soixante-dix, en effet, ce n'est ni au ministère de la Santé, ni à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) que s'exprimeront les inquiétudes au sujet des « *principes cancérigènes éventuellement contenus dans la fumée* » des cigarettes – mais bien à la Régie elle-même, qu'aiguillonnent Daniel Schwarz et Pierre Denoix dans la reconnaissance d'une « *corrélation certaine* » (1958) entre cancer du poumon et cigarette.

L'impulsion, pour l'essentiel, demeure exogène, rythmée par les accablantes conclusions du *Medical Research Council* (1957), puis du *Royal College* britannique (1962), du rapport Luther Terry (1964) et, finalement, de l'OMS (1970) épinglant en la cigarette « *un instrument de mort* ». Mais la grande presse et la presse mutualiste brisent le mur du silence. Cancer du poumon ? « *Condamnation sans appel de la cigarette* », conclut le *Mutualiste de*

la voie ferrée en 1957. « *Les chiffres sont tragiques pour la France* », déplorera encore, en 1970, le *Midi-Libre*. « *Et l'opinion publique n'est pas alertée* ».

Cacophonie de l'État, indifférence des médecins

« *Qu'a-t-on fait en France dans ce domaine ?* », explose à la même époque André Lwoff, prix Nobel de médecine, « *les instances chargées de veiller sur la santé de la nation sont restées muettes* ». De fait, deux chronologies, pour le



moins, s'entrecroisent : celle des découvertes et avancées scientifiques et celle de la constitution du tabagisme en *public issue*, de sa mise à l'ordre du jour du gouvernement. À un député inquiet de la publicité en faveur du tabac, Valéry Giscard d'Estaing, ministre des Finances, répond le 16 mars 1962 : « Dans l'état actuel des connaissances, il appartient au corps médical, objectivement informé, de formuler les recommandations qui lui paraîtront opportunes ». Caractéristique, ce fait que les Finances aient pu ainsi tirer prétexte du silence persistant de l'Académie de médecine pour encourager tacitement à la tabagie. Et opposer une fin de non-recevoir aux pressions du ministère de la Santé qui, à partir de 1964 – l'année du rapport Luther Terry, directeur des services sanitaires américains –, rappelle de temps à autre que « les méfaits du tabac ne pourront pas être cachés davantage au public », ou plaide timidement en faveur de l'apposition de messages sanitaires sur les paquets de cigarettes, comme en Angleterre. Certes, la Santé est un ministère faible. Curieux, cependant, que le directeur général de la Santé, en personne, puisse encore écrire en 1973 : « Jusqu'à présent, le ministère n'a jamais procédé à une information du public, il n'a pas pris position sur les multiples dangers du tabac. Son action s'est exercée par des interventions auprès du ministère de l'Économie et des Finances. Les résultats ont été négatifs ». Et les moyens, médiocres.

Créé en 1966, le Comité français d'éducation sanitaire et sociale – le Cofres, prédécesseur du CFES – ne reçoit de la Cnam qu'un budget insuffisant. Les émissions télévisées dont le Comité a la responsabilité technique dans la série *Je voudrais savoir* (entre 2 et 2,5 millions de téléspectateurs) n'abordent le tabagisme qu'en 1970. Le message insiste d'ailleurs davantage sur le tabac-pollueur (dimension environnementale) que sur le tabac-fléau sanitaire. Sur les cent soixante dix films financés par la Cnam jusqu'en 1969, pas un sur le tabac. Ce n'est qu'en 1972 qu'elle érige « la lutte contre les toxicomanies (tabac, alcool et autres drogues) » parmi les priorités de son action éducative. Mais il faut attendre le printemps 1975 pour voir apparaître la première mention des dangers du tabagisme dans la *Revue médicale de l'Assurance Maladie*...

La cacophonie d'un État qui, sous les traits du ministère de la Défense, distribue aux jeunes recrues du tabac à prix très faible et, sous ceux du ministère de la Santé, lutte ou prétend lutter contre les dangers de la cigarette ; cette cacophonie trouble la réception du message éducatif. Enfin, il y a le tabagisme de la gent médicale elle-même. Les enquêtes menées à cette époque auprès des praticiens – à Bordeaux en 1973, Marseille en 1975 – montrent que s'ils ne songent plus à nier la nocivité du tabac, ils ne se sentent guère mobilisés intellectuellement. Il est révélateur, à cet égard, que l'Ordre national ait attendu la loi Veil pour demander au corps médical, non pas de prêcher l'exemple par l'abstinence, mais tout bonnement de « s'associer à la campagne qui débute ». Curieux, aussi, que la *Revue du praticien* tarde, jusqu'en 1978, pour consacrer un numéro spécial au tabac. Ou que les caisses primaires

d'Assurance Maladie se fassent un peu tirer l'oreille pour ôter les cendriers des pièces de réception du public... Réticences d'autant plus dommageables que le groupe de travail réuni depuis 1975 autour de Simone Veil ne cessait de souligner l'importance de l'exemplarité (médecins, parents, éducateurs) pour assurer le succès d'une législation censée protéger les non-fumeurs.

La formation d'un pôle de santé publique

Ne noircissons pas les choses à plaisir. 1971-1972, ces années témoignent d'un début de mobilisation. À l'Académie de médecine, on sonne le tocsin : « l'abus du tabac » commence à partir de dix cigarettes par jour (cette norme deviendra la cible de la loi Veil en 1976). Pour combattre ce qu'elle considère comme « une addiction cachée », l'Académie bouscule les certitudes les mieux admises : la cigarette sans risque ? fichai-





ses! Le service militaire? une école du crime! Et ceci, surtout: «*la cigarette est pour une femme enceinte une arme pointée vers son enfant*» (A. Dufour)... C'est l'époque où le CFES – qui assure la liaison entre la Cnam, le Comité national contre le tabagisme, le Comité national de défense contre la tuberculose et les maladies respiratoires, la Fondation nationale de cardiologie et de la Ligue nationale contre le cancer – diffuse ses premiers dépliants insérés dans la brochure adressée par les caisses primaires à toute femme enceinte. L'époque aussi où se créent dans les grandes villes de province, quelques consultations gratuites de dépistage des tumeurs cancéreuses, voire de désintoxication tabagique..., la première à l'hôpital Cochin, à l'initiative du docteur Maud Cousin, secrétaire général du Comité national contre le tabagisme.

Toutes campagnes menées auprès de publics précis, mais relayées par la télévision... et finalement couronnées de succès quant à la dissémination de l'information, puisque l'enquête Sofres de décembre 1975 – l'un des tout premiers sondages à l'échelon national réalisé après l'ouverture de la « campagne de dissuasion » engagée par Simone Veil – montre que dans leur immense majorité (82%), les Français se disent informés des risques.

Les lettres de protestation s'accumulent sur le bureau de Simone Veil qui en tire argument pour faire pression auprès des ministres concernés par le tabagisme de leurs administrations respectives: bureaux de poste, collèges ou lycées, et jusqu'aux maternités. Présentée comme une réglementation et surtout un programme pédagogique, la loi du 9 juillet 1976 reçoit le plein soutien des médias. Il est désormais interdit de fumer dans un grand nombre de lieux publics, en particulier ceux accueillant des jeunes. Il ne s'agit pas de clouer le fumeur au pilori, mais simplement d'inciter les Français à fumer avec modération. Assortie d'une campagne nationale contre le tabagisme –

la première du genre – qui débutera à l'automne suivant, la loi vise à développer l'éducation sanitaire en « réglant la publicité ». « *Incitatif, volontariste, éducatif* », telle est bien la philosophie d'un texte qui se veut, en effet, dans les mots mêmes de Simone Veil, « *une opération-test sur la capacité des Français à se prendre en charge* ». Le modèle? La sécurité routière (rappelez-vous que le port de la ceinture de sécurité a été rendu obligatoire trois ans plus tôt).

Une nouvelle donne

En quinze ans, résume *Le Point* en 1990, « *l'opinion publique a largement viré sur les libertés respectives de fumer et de respirer en paix* ». Au « *désastre sanitaire* » annoncé, répond un lent retournement de la « *majorité morale* » à l'encontre de la cigarette désormais perçue comme « *la principale menace sanitaire de notre civilisation* »..., retournement que sanctionne le vote de la loi Evin (fin 1991), un arsenal d'interdictions dont le professeur Maurice Tubiana résume à merveille la philosophie: « *Avant, on définissait les lieux où le tabac était interdit. Désormais, on définit ceux où il pourra être autorisé* ».

Pareil durcissement de la législation sanctionne une série de désillusions. Échec relatif des campagnes d'opinion qui parviennent à modifier l'image du

fumeur mais échouent à enrayer la hausse de la consommation. Échec, aussi, de la dissuasion. *Le Figaro*, en 1981: « *Les jeunes fument toujours plus que les adultes* ». *Ouest-France*, en 1982: « *À 14 ans, le pli est pris* ». *Le Monde*, en 1987: « *Ce n'est plus au service militaire mais sur les bancs des collèges que les enfants apprennent à fumer; les filles autant que les garçons* ». Sur quinze millions de fumeurs réguliers, 70% souhaitent arrêter... sans y parvenir: des grandes campagnes nationales, l'accent se déplace par la force des choses, à la fin des années quatre-vingt dix, vers l'aide médicalisée au sevrage.

Invité sur la première chaîne à l'automne 1977, le professeur Maurice Tubiana ramassait la lutte anti-tabagique sous trois têtes de chapitre: « *Cesser de laisser fumer: rôle de l'État. Cesser de faire fumer: rôle de la famille. Cesser de fumer: rôle de la volonté* ». Vingt ans plus tard, *Le Quotidien du médecin* par la voix du docteur Gilbert Lagrue ne retient que le dernier de ces trois volets: « *Cesser de fumer: rôle de l'individu aidé par le médecin* ». On espérait hier empêcher l'épidémie de s'installer parmi les non-fumeurs, femmes et enfants au premier chef: on désespère aujourd'hui d'arrêter la toxicomanie chez les fumeurs invétérés: 35% des adultes... 50%, voire 60% des 18-24 ans. Chiffres accablants.

Lion Murard

Patrick Zylberman

Chargés de recherche au Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (Cermes), CNRS-Inserm-EHESS, Villejuif.

1. Ce bref survol puisé aux Archives nationales de Fontainebleau, CAC 0019820576, au Journal de la société contre l'abus du tabac et à la presse des cinquante dernières années; sur ce point, P. Albert. Comment l'historien peut-il utiliser le témoignage des journaux? *Bulletin de la Société d'histoire moderne*, 79^e année, 2; 1980.

2. A. Lebrun, *Sénat, séance du 26 décembre 1928, Revue internationale des tabacs*, n° 38 (février 1929) p. 116.



La prévention du sida : relance de l'éducation pour la santé ?

La prévention du sida – mise en place au milieu des années quatre-vingt, dans l'urgence d'enrayer ce qui risquait de devenir une pandémie – a-t-elle changé la conception et la mise en œuvre de l'éducation pour la santé ?

La communication pour la santé est longtemps restée dans un registre publicitaire et centrée sur deux thèmes majeurs, la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme (1). Bien qu'ayant fait beaucoup moins de victimes que le tabagisme et l'alcoolisme, le sida, du fait de son aspect épidémique, a créé une situation d'urgence. C'était un sujet sensible qui touchait à l'intimité et aux valeurs. L'aspect épidémique de la maladie et les discours catastrophistes du milieu des années quatre-vingt faisaient craindre un accroissement rapide du nombre de personnes atteintes.

Plusieurs facteurs ont alors joué sur la mise en place et l'évolution de la prévention. En dépit de l'incertitude des connaissances, les pouvoirs publics avaient besoin d'expertise et de conseils. Au milieu des années quatre-vingt, les experts se comptaient sur les doigts d'une main. C'est surtout après la création de l'Agence nationale de recherche sur le sida, en 1989, que des recherches ont été financées dans tous les secteurs, notamment en sciences sociales, et que leurs résultats ont été diffusés, valorisés, servant de base pour définir les orientations stratégiques et les cahiers des charges remis aux agences de publicité.

D'un autre côté, par leur connaissance du terrain, leur priorité d'engagement, leur proximité à la maladie, au plan intime – car elles comptent dans leur rang des personnes atteintes –, les associations de lutte contre le sida se sont posées comme interlocuteurs principaux des pouvoirs publics. Elles ont refusé la domination des médecins, si présents jusqu'alors dans les associations de malades, et revendiqué la

représentation des intérêts des personnes atteintes, notamment de l'un des groupes particulièrement exposé au risque : les homosexuels masculins. Elles ont été influentes car proches du pouvoir politique, pour différentes raisons : d'une part, du fait de leur capital social et de leur proximité aux élites et aux médias ; d'autre part, parce que le cadre de référence qu'elles ont construit à propos de l'épidémie – généraliser le risque, éviter la panique et la discrimination, faire des personnes exposées ou atteintes des exemples pour la prévention –, s'est diffusé dans les centres de décision politique d'autant mieux que des militants des associations ont été recrutés dans l'administration pour mettre en place la prévention. Indécise, l'administration leur a délégué en partie la tâche (2). Ainsi, les associations sont-

elles intervenues en priorité dans les lieux scolaires, apportant souvent le témoignage de personnes atteintes, sans que cette institution tatillonne exerce un contrôle très attentif et sans évaluation de l'efficacité de leur intervention (3).

La méfiance des experts envers la communication grand public, l'expérience du terrain des associations, la volonté de ne pas se cantonner à des formes de communication visibles, mais aussi de rechercher l'efficacité en termes de réduction du risque, ont amené à affiner et à complexifier les stratégies de communication, à définir des objectifs précis, à considérer des ciblage fins et à concevoir des actions complémentaires, locales et nationales, médiatiques et hors-médias. La communication n'était plus une opération





choc ponctuelle destinée à plaire au public, mais une véritable architecture d'actions et de moyens.

Une dimension éthique

Dans tous les pays occidentaux, quelle que soit leur tendance politique, un choix fondamental a été fait : ne pas appliquer les méthodes d'encadrement et de contrôle qui avaient habituellement cours pour les maladies sexuellement transmissibles : dépistage obligatoire, déclaration, traçage des partenaires, etc. Les arguments mis en avant par les associations de lutte contre le sida ont prévalu : il s'agissait de ne pas pousser à la clandestinité les personnes atteintes, du fait de leur stigmatisation par le public. Clandestinité qui aurait eu pour conséquence des comportements de prévention erratiques. La nécessité de penser la prévention de la transmission sexuelle du sida dans un contexte plus vaste que celui de l'utilisation du préservatif a conduit à prendre la mesure de la portée éthique de l'éducation pour la santé.

Les biais de cette prévention

Même si la prévention du sida a amené des remaniements significatifs dans la manière de faire de l'éducation pour la santé, le bilan qu'il est possible de faire à son propos comporte des éléments critiques.

La prévention du sida a pu être l'arbre qui cache la forêt. Certes, il était important qu'une population jeune, par exemple, utilise des préservatifs. Et elle

l'a fait au-delà de toutes les attentes, puisqu'en 1994, 86% des 14-18 ans qui avaient une première relation sexuelle avaient recours à ce mode de protection (4). Mais pour cette population, justement, le sida était loin d'être le point central d'une sexualité plus sûre. En mettant l'accent exclusivement sur le sida, les autres maladies sexuellement transmissibles, les grossesses précoces non désirées, la violence sexuelle – dont l'enquête sur la sexualité des jeunes mettait en évidence l'importance : 15,4% de jeunes femmes déclarant avoir eu des rapports sexuels sous la contrainte (4) –, les questions spécifiques à la sexualité féminine, incluant la transmission materno-fœtale du sida, n'ont pas reçu l'attention qu'elles méritaient. Le préservatif était présenté comme un objet de prévention du sida et non aussi comme un contraceptif. Comment croire alors à l'efficacité de cette protection du sida s'il était perçu comme peu performant pour l'évitement des grossesses ? De fait, la généralisation du risque, tactique bien connue des groupes activistes pour le faire reconnaître au niveau de la société et pour impliquer le public, a amené à considérer que le risque sida concernait tout le monde de la même façon, que chacun était responsable de sa propre protection, et à dénier des distinctions fondamentales, comme celle liée à la position spécifique des femmes par rapport à la prévention du sida. De la même façon, toutes les pratiques sexuelles étaient mises sur le même plan, tendance renforcée par les pro-

grammes de certaines radios émettant en direction des jeunes. D'une certaine façon, la sexualité a pris le pas sur l'affectivité, ce qui est loin de correspondre à la réalité vécue.

Un bilan positif

Il serait bien sûr excessif de terminer sur une note négative ce bref bilan des apports de la prévention du sida. Il est certain que les énergies et l'implication des acteurs, y compris du personnel politique, ont été couronnées de succès au niveau de la réduction des risques, pas uniquement d'ailleurs en termes d'utilisation du préservatif, mais aussi en termes de diminution du nombre des partenaires sexuels en population générale. La prévention du sida a amené à aborder de front des sujets délicats et à adopter des attitudes pragmatiques et non morales. Elle a eu un effet d'entraînement sur d'autres thèmes, notamment le tabagisme et l'alcoolisme, à travers la mise en place de démarches plus réalistes, fondées sur une connaissance à la fois plus vaste et plus approfondie, et, pour chacun, sur une incitation à évaluer le risque propre et à trouver des moyens d'y faire face.

Geneviève Paicheler

Directrice de recherche au CNRS,
Centre de recherche médecine, sciences,
santé et société (Cermes), Villejuif.

► Références bibliographiques

- (1) Chauvin F., Brixi O., Roussille B. (sous la dir.). *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé*. Séminaire international, Château de Bierville, 16-17 décembre 1996. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1998 : 292 p.
- (2) Paicheler G. *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Paris : CNRS, coll. CNRS-communication, 2002 : 284 p.
- (3) Arwidson P., Bury J., Choquet M., De Peretti C., Deccache A., Moquet-Anger M.L., Paicheler G. *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 248 p.
- (4) Lagrange H., Lhomond B. et le groupe ACSJ. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 1997 : 432 p.



De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions

Tout au long des cinquante dernières années, la vision de la santé des populations s'est élargie et globalisée. La prévention de l'usage excessif d'alcool ne fait pas exception et s'inscrit dans une nouvelle approche de l'éducation pour la santé.

Lorsque l'on s'intéresse à la prévention de l'alcoolisme au cours des cinquante dernières années, on constate que son approche à travers le prisme plus large des addictions n'apparaît qu'à partir des années quatre-vingt. Si cette évolution est liée aux études scientifiques récentes sur le phénomène de dépendance aux substances psychoactives, elle s'inscrit également dans une nouvelle approche de la prévention, apparue dès les années soixante-dix : la promotion de la santé.

La lutte contre l'alcoolisme au cœur de la politique de prévention de l'État

En 1948, la consommation d'alcool des Français était la plus élevée au monde. Dans un contexte de reconstruction économique de la France, le constat du coût des accidents du travail et des accidents de la route liés à la consommation excessive d'alcool incite l'État à mettre en place une véritable politique antialcoolique, considérée dès lors comme une priorité de santé publique. 1954 est une année charnière : l'État crée le Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) et lui confie la coordination de ses actions dans la lutte anti-alcoolique.

L'alcoolisme : une maladie curable et un risque de dépendance

Jusqu'au milieu des années cinquante, l'approche prédominante de la santé est celle de l'hygiénisme moral, essentiellement relayée par les associations. Les actions de prévention de l'alcoolisme sont essentiellement informatives et utilisent volontiers les res-

sorts de la peur et de la culpabilisation. Progressivement, le discours se médicalise et devient moins moralisateur. Une des raisons de ce changement est la découverte en 1947 du disulfirame, puissant antagoniste de l'alcool. L'alcoolisme devient une maladie curable. Cette idée est également présente dans la loi du 15 avril 1954 sur l'hospitalisation et la désintoxication des « alcooliques dangereux ».

Vers une approche positive de la santé

On note, dès les années cinquante, une approche plus positive de la santé, avec le slogan « Santé, sobriété », décliné dans les campagnes du HCEIA. Toutefois, l'accent est mis sur le risque de dépendance. L'affiche « Santé Sobriété. Ne vous laissez pas prendre au piège : on peut être alcoolique sans être jamais ivre », l'illustre bien (1). Ce n'est pas l'usage modéré ou occasionnel qui est visé, mais l'excès et le risque de dépendance. À la fin des années cinquante, la sobriété se traduit selon l'Académie de médecine par « jamais plus d'un litre de vin par jour ».

Relayant la politique d'État, les actions de proximité traduisent également une approche plus globale et plus positive de la santé. Elles mettent l'accent sur le soutien et la solidarité vis-à-vis de l'alcoolique et de sa famille. Nés dès la fin du XIX^e siècle, les mouvements d'anciens buveurs se développent au cours des années soixante, tandis que des groupes anti-alcooliques se créent au sein de l'administration publique : « Amitié PTT », « Sobriété Éducation nationale », etc.

Vers la promotion de la santé

À la fin des années cinquante et au début des années soixante, les actions de prévention s'orientent vers une approche par groupe de population : elles tiennent compte du milieu social et professionnel, du niveau d'instruction et de l'âge des publics auxquels elles s'adressent. Les mères et les enfants sont les premiers groupes visés (2).

À la fin des années soixante et au début des années soixante-dix, l'approche de la santé se globalise avec une nouvelle approche de la dépendance : la prise en charge n'est plus uniquement médicale, mais fait également appel à d'autres disciplines. On assiste à l'émergence du pluri-professionnalisme, notamment avec la création des centres d'hygiène alimentaire en 1970, qui associent des médecins, des travailleurs sociaux, des psychologues, etc. En 1971, une circulaire du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale prévoit un enseignement d'alcoolologie dispensé aux étudiants en médecine et aux élèves des professions paramédicales, ainsi qu'aux juristes et aux travailleurs sociaux.

La politique de prévention de l'alcoolisme préfigure en cela les principes de promotion de la santé qui seront adoptés en 1986 dans la Charte d'Ottawa (3) : élaborer une politique de santé cohérente qui concerne tous les secteurs de la vie publique, créer un environnement favorable à la santé, renforcer l'action communautaire, donner les moyens à la population d'acquérir des aptitudes individuelles dans le domaine de la santé et réorienter les services de santé.





Vers une approche centrée sur les comportements

Dès les années quatre-vingt et plus encore depuis la fin des années quatre-vingt dix, avec le rapport du professeur Philippe-Jean Parquet (4) et la politique mise en place par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), la prévention de l'alcoolisme s'inscrit dans le cadre plus large de la prévention de la dépendance aux substances dites psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes) (5). Cette nouvelle approche est centrée sur les comportements et non plus sur les produits. Elle introduit une distinction entre l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Par exemple, plutôt que d'être axées sur le produit, les actions de prévention menées auprès des adolescents s'intéresseront plus à la notion d'expérimentation et de prise de risque.

Cette approche des comportements de consommation de substances psychoactives met l'accent sur l'importance de développer les compétences du sujet à recouvrer la santé et, plus généralement, à gérer sa santé et l'ensemble de sa vie. Pour ce faire, les actions d'éducation pour la santé doivent tenir compte des pratiques, des attitudes et des représentations des groupes auxquels elles s'adressent. Le slogan des campagnes du CFES à destination des jeunes, «*Et vous, avec l'alcool, vous en êtes où?*» (1998), traduit bien cette préoccupation. La campagne de la Prévention routière «*Qu'est-ce que*

tu prends? Moi? Le volant!» cherche, quant à elle, à donner une image positive du non-buveur et à rendre acceptable socialement le fait de ne pas boire. Certains outils de prévention des conduites addictives prennent en compte l'âge des jeunes auxquels ils s'adressent, parlant, par exemple avec les enfants, de leur dépendance aux produits sucrés (6) ou présentant aux adolescents la dépendance comme une restriction de la liberté (7).

Limites d'une approche commune à l'ensemble des produits

Selon le Conseil scientifique du CFES* (8), l'approche centrée exclusivement sur les comportements et commune à l'ensemble des produits présente des limites. La notion de «*drogue*» appliquée au tabac ou à l'alcool peut dramatiser certains comportements, au risque d'une perte de sens pour la population. Il est peu probable, par exemple, qu'une personne consommant du vin de façon quotidienne et même en quantité élevée se sente concernée si on la renvoie sur le numéro vert de «*Drogues Info Service*».

De plus, cette approche ne tient pas compte des déterminants spécifiques de consommation propres à chaque produit. Ils sont différents lorsqu'il s'agit de motivations et d'habitudes essentiellement sociales et culturelles (consommation modérée de tabac, d'alcool, voire de cannabis et d'ecstasy), ou lorsqu'il s'agit d'une dynamique engendrée principalement par des fragilités psy-

chiques individuelles (consommation importante d'alcool, de cocaïne, d'héroïne) qui définit des profils «*toxicomaniaques*» ou dépendants. Plus largement, les consommations de substances psychoactives présentent des distinctions importantes dans leurs modes d'entrées, leur contexte d'utilisation, leurs effets recherchés, leurs risques sur le plan personnel et collectif.

Michelle Perrot
Antonia Dandé
 Chargées de mission,
 INPES, Vanves.

* En application de l'article L.1417-9 du Code de la santé publique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est substitué au CFES en date du 4 mai 2002.

Cet article s'appuie sur le catalogue de l'exposition «*130 ans de prévention de l'alcoolisme en France : 1870-2000*». Antonia Dandé, Michelle Perrot, CFES, 2001.

► Références bibliographiques

- (1) Légende du visuel : Santé. Sobriété. Ne vous laissez pas prendre au piège : on peut être alcoolique sans être jamais ivre. Shoumann, HCEIA, 1950.
- (2) Masseur F. *Futures mamans, attention! L'alcool (sous quelque forme que ce soit) est un poison pour l'enfant que vous attendez!*, CNDCA, 1959.
- (3) Charte élaborée dans le cadre de la Conférence internationale pour la promotion de la santé, 17 au 21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada.
- (4) Parquet P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 48 p.
- (5) Cf. affiche «*Alcool, drogue en vente libre*», ANPA, 1983.
- (6) Papillagou et les enfants de Croque Lune : *comment s'affranchir des dépendances? Un jeu d'enfants!* Outil pédagogique réalisé par le CDPA 21, 1997.
- (7) «*Libre comme l'air*». Mallette pédagogique. CFES, 2000.
- (8) Avis du Conseil scientifique du CFES. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2001.



Pour en savoir plus



Ouvrages

Éducation pour la santé – Approche historique

- Berthet E. *Information et éducation sanitaires*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 1983 : 117 p.
- Brucker G., Fassin D. *Santé publique*. Paris : Ellipses, 1989 : 848 p.
- Comiti V.-P. *Histoire sanitaire et sociale*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 1997 : 128 p.
- Delore P. *L'éducation de la santé*. Paris : Flammarion, 1942 : 141 p.
- École nationale de la santé publique. *Quand la santé publique s'affiche : 50 ans, 50 affiches, 1945-1995*. Rennes : ENSP, 1995 : 67 p.
- Fassin D. *Comment faire de la santé publique avec des mots : une rhétorique à l'œuvre*. Ruptures 2000 ; 7 (1) : 58-78.
- Houioux G. *Brève histoire de l'éducation pour la santé et ses approches*. Éducation santé 1995 ; n° 100 : 3-4.
- *La Santé de l'homme à 50 ans*. La Santé de l'homme 1992 ; n° 297 : 15-41.
- Larue R., Fortin J. (collab.), Michard J.-L. (collab.) *École et santé : le pari de l'éducation*. Paris : Hachette Livre, coll. Ressources formation. Enjeux du système éducatif, 2000 : 158 p.
- Lévy E. *L'éducation pour la santé : avis adopté par le Conseil économique et social au cours de la séance du 23 juin 1982. Déclarations des groupes et rapport présenté par Monsieur Émile Lévy*. Paris : Conseil économique et social, 1982 : 196 p.
- Nourrisson D. *Éducation à la santé, XIX-XX^e siècles*. Rennes : ENSP, coll. Recherche Santé-Social-Histoire, 2002 : 158 p.
- Question Santé asbl. *100 ans d'affiches d'éducation pour la santé : réflexions et enjeux*. Bruxelles : Questions Santé, 1997 : 30 p.
- Tondeur L., Baudier F. *Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique*. Actualité et dossier en santé publique 1996 ; n° 16 : 3-6.
- Viborel L. *Éducation sanitaire*. Tours : Arrault & Cie, 1953 : 402 p.
- Viborel L. *Savoir prévenir : guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales*. Paris : Savoir prévenir, 1936 : 580 p.

Sexualité

- Pelège P. (coord.). *Éducation à la sexualité, de l'intime au social*. La Santé de l'homme ; n° 356 : 11-37.
- *La sexualité pendant les « années collèges »*. L'école des parents, 2002 ; n° hors-série : 66 p.
- Ministère de l'Éducation nationale. Direction de l'enseignement scolaire. *Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, 2000 : 72 p.

Sida

- Bajos N., Giami A., Laurent R., Leridon H., Spira A. *Comportements sexuels et sida en France. Données de l'enquête, analyse des comportements sexuels en France*. Paris : Inserm, 1998 : 417 p.
- Comité français d'éducation pour la santé. (CFES). *Plan de communication sur la prévention du VIH-sida (1997-1999). Éléments d'évaluation*. Vanves : CFES, 2000 : 160 p.
- Comité français d'éducation pour la santé (CFES). *Programme d'éducation pour la santé. Prévention de l'infection à VIH-sida. 2000-2001-2002*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2000 : 75 p.
- Lydie N.V. *Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999)*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 1999 : 143 p.
- Paicheler G. *Prévention du sida et agenda politique : les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Paris : CNRS, 2002 : 284 p.
- Paicheler G. *La communication publique sur le sida en France. Un bilan des stratégies et des actions 1987-1996*. Paris : Cermes, 2000 : 257 p.

Tabac

- Comité français d'éducation pour la santé (CFES). *Programme d'éducation pour la santé. Prévention du tabagisme. 2000-2003*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2000 : 67 p.
- *Le tabac : les principaux textes de loi. Éditions journaux officiels*, coll. La loi au quotidien, 2001.

- Nourrisson D. *Histoire sociale du tabac*. Paris : Éditions Christian, 2002 : 188 p.
- Nourrisson D. *Le tabac et son temps : de la séduction à la répulsion*. Rennes : ENSP, coll. Contrechamp, 1999 : 95 p.
- Pitie B., Schiltz P. *Le tabac*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 1999 : 127 p.

Éducation pour la santé en milieu scolaire

- Arwidson P., Bury J., Choquet M., et al. *Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 247 p.
- Massacret M., Narboni F., Neulat N. (coord.). *Éducation à la santé à l'école*. La Santé de l'homme 2000 ; n° 346 : 16-40.
- Ministère de l'Éducation nationale. *Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires*. Paris : DGLDT, 1995 : 30 p.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Promouvoir la santé des jeunes en Europe. Éducation à la santé dans les écoles. Manuel de formation pour les enseignants et autres personnels travaillant avec des jeunes*. Genève : OMS, 1994 : 215 p.
- Sandrin Berthon B. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF, 1997 : 127 p.
- Sandrin Berthon B., Lestage A., Baudier F., Monnot A. *1-2-3... santé. Éducation pour la santé en milieu scolaire*. Vanves : CFES, coll. La santé en action. 1994 : 218 p.

Alcool

- Fillaut T., Nahoum-Grape V., Tsiounas M. *Histoire et alcool*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1999 : 220 p.
- Hillemand B. *Lectures alcoologiques. Aperçus historiques*. Alcoologie 1995 ; supplément au n° 4 : 369-472.
- Nourrisson D. *Le buveur du XIX^e siècle*. Paris : Albin Michel, 1990 : 378 p.
- Parquet P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance*. Vanves : CFES, 1998 : 46 p.
- Sournia J.-C. *Histoire de l'alcoolisme*. Paris : Flammarion, 1986 : 320 p.





Sites Internet

- www.hygiene-educ.com

Site éducatif sur l'hygiène de l'Institut Pasteur ; propose un chapitre sur l'histoire de l'hygiène, incluant des données scientifiques, des fiches d'activités pédagogiques et un livret du maître.

Trois niveaux de fiches pédagogiques sont consultables sur le site :

- les grands fléaux, les microbes, les grandes découvertes scientifiques, l'hygiène au fil du temps, l'histoire du mouchoir ;
- des découvertes pour la santé, la toilette au fil du temps, des jeux sur l'histoire de l'hygiène ;
- anciens et nouveaux fléaux, les technologies modernes.



Revues

- **ADSP**

(Actualité et dossier en santé publique)

Revue trimestrielle, ADSP propose des informations concernant la santé publique dans toutes ses dimensions : épidémiologique, juridique, institutionnelle, économique. Son objectif principal est de donner des repères à ses lecteurs. Chaque numéro est composé de rubriques régulières (actualité, international, région, études) et d'un dossier thématique pédagogique abordant un sujet de santé publique. Certains numéros sont accessibles en ligne à l'adresse suivante :

<http://hcsp.ensp.fr/adsp/adsp.htm>

Haut Comité de la santé publique

Revue Adsp – 8, avenue de Ségur – 75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 79 80 – Fax : 01 40 56 79 49

- **Éducation Santé**

Revue mensuelle publiée par l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (Belgique), *Éducation Santé* travaille à promouvoir la promotion de la santé : le concept, les stratégies, les méthodes, les processus d'évaluation et les initiatives concrètes, tant locales qu'au niveau de la Communauté française. C'est un instrument d'information, de formation, d'échange et de contact destiné à tous les acteurs de la promotion de la santé. Le public privilégié de la revue est constitué par les personnes relais que sont les enseignants, étudiants, animateurs, médecins, paramédicaux, documentalistes, responsables de services de promotion de la santé, de centres de santé, d'hôpitaux, etc.

Pour la Belgique, l'abonnement est gratuit.

Pour l'étranger, une participation aux frais de 20 € par an est requise.

La revue est consultable en ligne sur le site : <http://www.educationsante.be>

Éducation Santé - chaussée de Haecht 579/40 – 1031 Bruxelles - Belgique

Tél. : 00 32 2 246 48 63

- **Santé publique**

Revue trimestrielle éditée par la Société française de santé publique. Soucieuse de couvrir le domaine de la santé publique, elle publie aussi bien des travaux de recherche que d'analyses d'actions de terrain, des réflexions sur les politiques de santé, des opinions... Deux dossiers annuels développent des thèmes d'actualité. Certains numéros de Santé publique sont disponibles gratuitement sur le site <http://www.sfsp-publichealth.org/>

Santé publique
2, avenue du Doyen Jaques Parisot – B.P.7 – 54501 Vandœuvre-lès-Nancy cedex
Tél. : 03 83 44 39 17 – Fax : 03 83 44 37 76
Mél : sante.publique@sfsp-France.org



Structures ressources

- **Assistance Publique-Hôpitaux de Paris**

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), héritière de l'ensemble des institutions chargées des secours et de l'aide sociale dans la capitale, est riche d'une histoire qui retrace plusieurs siècles au service des pauvres, des enfants, des blessés et des malades. Pour faire connaître son patrimoine historique et architectural, l'AP-HP met à la disposition du grand public et des chercheurs différents lieux d'information et de documentation.

http://www.ap-hop-paris.fr/histoire/histoire_et_patrimoine.htm

Les archives

Les fonds conservés aux Archives de l'AP-HP concernent essentiellement l'histoire des hôpitaux et de l'assistance à Paris du XII^e siècle jusqu'à nos jours. Ils offrent également des possibilités de recherche en histoire médicale, religieuse, sociale, démographique et architecturale.

Archives de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - 7 rue des Minimes - 75003 Paris
Tél. : 01 40 27 50 77 - Fax : 01 40 27 50 74

Le musée

Il restitue l'évolution de l'hôpital à travers l'histoire sociale et religieuse, l'histoire de la médecine et des professions de santé, l'histoire des représentations du corps et de la maladie. Il propose de faire connaître l'hôpital comme miroir des transformations de la société. Ses collections comportent plus de 7 000 œuvres, objets et documents : peintures,

gravures et dessins, sculptures, objets de pharmacie, instruments médicaux, mobilier hospitalier, archives et traités...

Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Hôtel de Miramion - 47 quai de la Tournelle - 75005 Paris

Tél. : 01 40 27 50 05 – Fax : 01 40 27 46 48

Mél : musee.ap-hp@sap.ap-hop-paris.fr

- **Bibliothèque de l'Académie de médecine**

Elle s'est tout particulièrement spécialisée dans les domaines suivants :

- histoire de la médecine,
- épidémiologie,
- santé publique et hygiène,
- obstétrique et gynécologie (XVIII^e siècle essentiellement),
- médecine sociale et préventive,
- thermalisme.

Collection complète des thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris depuis 1662 jusqu'en 1860.

Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine - 16 rue Bonaparte - 75272 Paris cedex 06

Tél. : 01 46 34 60 70 - Fax : 01 43 25 84 14

- Mél : bibliotheque@academie-medecine.fr

<http://www.academie-medecine.fr>

- **École nationale de la santé publique (ENSP)**

L'ENSP détient un fonds documentaire historique (6 500 références, 70 pays, 19 langues). Il débute en 1820, mais l'essentiel se situe entre 1945 et 1990. On trouvera, outre les ouvrages majeurs en sciences humaines et les œuvres des grands spécialistes contemporains, une très grande variété d'ouvrages scientifiques sur des sujets ayant trait à la santé publique depuis un siècle et en particulier : la protection sociale de la population, la nutrition, la médecine, les maladies, la démographie, le génie sanitaire, l'organisation et les politiques sanitaires, les systèmes de soins. L'unité d'archives, d'iconographie et d'histoire propose également une collection de 250 titres de périodiques qui courent sur cent vingt ans, dont les séries les plus anciennes débutent dans les années 1870.

Pour tout renseignement concernant ces fonds :

CDRP-UAIH de l'ENSP - Avenue du Professeur Léon Bernard - 35043 Rennes Cedex

Tél. : 02 99 02 29 40 - Fax : 02 99 02 26 28

Mél : jgarcon@ensp.fr

<http://www.ensp.fr/doc/default.htm>

Sandra Kerzanet et Anne Sizaret
chargées de documentation à l'INPES.

L'éducation pour la santé est-elle à vendre ?

La santé et le bien-être sont parfois des arguments de vente utilisés par les professionnels du marketing. Il arrive que le secteur commercial sollicite le secteur public pour l'aider à élaborer des produits « santé », mais la logique marchande peut-elle être compatible avec les objectifs et l'éthique de l'éducation pour la santé ? Quand le CFES fut sollicité, en 2000, par une agence de communication pour élaborer des « week-ends santé », ces questions se posèrent avec une acuité toute particulière...

Il n'est pas nécessaire de démontrer l'importance de la forme et du bien-être dans notre société. Des années quatre-vingt, période de culte du corps, à aujourd'hui, les publics les plus sensibles à ces évolutions culturelles ont fait leur le principe « *d'être bien dans leur peau et dans leur tête* », en mangeant sain (moins de viande, la vache folle et autres affaires sanitaires aidant) et en prenant soin d'eux-mêmes. L'affluence de ces publics vers les clubs de remise en forme et autres activités sportives, le boom des produits « lights », sans sucre ni graisse, ainsi que l'essor de la publicité et de la presse santé, sont des indicateurs de ce culte de la beauté, de la forme et du bien-être. Cette tendance a fini par influencer et inspirer les professionnels du marketing qui, dans le secteur privé, vont utiliser la santé et la prévention comme un argument de vente. Pour être le plus convaincant possible, les professionnels de la vente peuvent faire appel à des professionnels en éducation pour la santé du secteur public afin de les aider à élaborer des produits, dans un souci *a priori* commun de santé et de bien-être. À travers une expérience du CFES dans ce domaine, il est possible de montrer combien ce type de collaboration présente un intérêt et des limites.

La demande initiale : organiser des week-ends santé

En 2000, une agence de communication sollicite le CFES pour participer à la mise en place de week-ends santé

dans les campings. Cette idée paraît *a priori* intéressante, puisqu'elle semble être empreinte d'une volonté et d'un objectif communs de promotion de la santé et du bien-être. Une première rencontre a lieu. L'agence présente son projet : prestataire de service des campings de la région, elle a pour mission de valoriser ces lieux en dehors des périodes estivales. L'organisation de week-ends santé apparaît comme une idée originale et attractive pour les campeurs. De plus, devant l'intérêt accru du public pour la santé, qui peut passer par l'arrêt du tabac, l'agence souhaite aborder le week-end autour d'une réflexion sur l'arrêt du tabac. Ce week-end pourra constituer, selon les organisateurs, un premier pas vers l'arrêt du tabac. Il sera organisé autour d'activités sportives et de la délivrance de conseils pour arrêter de fumer.

Si le prototype élaboré remporte le succès escompté auprès du public test, l'agence généralisera ce concept dans toute la France et se positionnera comme prestataire de service auprès des campings.

À terme, l'agence souhaite créer un label « santé » fédérant tous les campings qui participeraient à cette démarche. Le CFES serait associé à ce label, en garantissant la « qualité de la démarche éducative » des campings participants. L'agence attend donc du CFES qu'il la fasse bénéficier de son expertise dans le domaine de la promotion de la santé.

Les premières négociations

Après un premier entretien, il est conseillé à l'agence de mettre en place ce projet dans un seul camping afin de mesurer la faisabilité de ces week-ends santé. Il semblait, en effet, pertinent de débiter par un processus d'expérimentation avant une généralisation en cas de succès de l'opération. Dans un second temps, un lieu test est choisi. La place de chacune des structures dans l'élaboration du projet se précise. Il est proposé d'associer le CFES et le réseau des comités² sur deux axes : la diffusion sur place de documents de promotion de santé et de prévention des risques, et la mise en place de rencontres participatives et éducatives animées par le réseau. Par ce mode d'intervention, le CFES et le réseau combinaient deux approches en éducation pour la santé, l'une informative et la seconde éducative.

Pour ce qui concerne la mise à disposition de documents d'information, il est proposé à l'agence d'élargir son axe de communication³, en n'abordant pas seulement le thème du tabagisme mais également celui des accidents de sports (VTT, roller et skate) et du VIH sida.

Les interventions du réseau du CFES

Défendant le principe selon lequel l'éducation pour la santé, surtout dans le cadre du problème du tabagisme, ne se résume pas à la simple diffusion de documents, il est suggéré à l'agence de

mobiliser le réseau des comités (Codes des Landes et Craes Aquitaine), afin de donner une dimension plus éducative au projet en y associant un partenaire spécialisé et local. Cette participation du réseau pouvant être établie sous la forme d'ateliers et d'interventions dont le contenu restait à élaborer.

La répartition des rôles

Les rôles de chacun des acteurs du projet sont alors définis. Le CFES assure le suivi du projet, la coordination des relations entre l'agence et le Codes des Landes, et a un regard sur les documents produits. L'agence, quant à elle, garde le contact exclusif avec le camping, assure l'organisation du week-end et notamment la production d'un document destiné à promouvoir l'événement auprès du grand public.

Afin d'étudier les caractéristiques de ce partenariat et la cohérence entre les deux approches, deux types d'analyse ont été mis en place. Ils permettent de mesurer la cohérence entre le discours et l'approche des deux structures, et de repérer ainsi les difficultés et les limites d'une collaboration de ce type. Une première analyse de type linguistique et sémantique des productions de l'agence (lettre et plaquette d'information), et une seconde concernant la démarche d'éducation pour la santé à l'aide d'une grille *ad hoc* ont été effectuées.

Des divergences dans les finalités de l'éducation pour la santé

L'étude de la lettre destinée au camping et d'un dépliant d'information destiné au public a fait apparaître les

premiers décalages. Les principaux messages contenus dans ces documents étaient de nature mercantile et transformaient le week-end santé initialement prévu en week-end de sevrage tabagique en quarante-huit heures.

Si les conceptions sont *a priori* identiques, les finalités sont différentes. Le recours à la notion de santé et son utilisation sont également différentes. La stratégie de l'agence est de se réappropriier des concepts et une conception de la santé à des fins commerciales, en les appliquant à des week-ends proposés par les campings. L'agence cible pour cela les personnes susceptibles d'arrêter de fumer. Elle se positionne en organisateur d'événements, prestataire de service auprès des campings, lieux de vie très peuplés en été mais désertés les autres périodes de l'année. L'agence souhaite créer des événements dans les campings pour inciter le public à venir tout au long de l'année. Il s'agit donc d'une démarche de rentabilisation du camping. Peut-on dans ce contexte assimiler la démarche de l'agence à une démarche d'éducation pour la santé ?

Ces décalages ont conduit à une réorientation et des ajustements pour concilier les objectifs de l'agence et ceux du CFES. La démarche du CFES consiste alors à orienter ce résultat vers un week-end et un document plus conformes aux conceptions d'éducation et de promotion de la santé. En effet, si les deux structures se retrouvaient autour d'une conception commune de la santé, les approches en matière d'éducation pour la santé divergeaient.

Un nécessaire réajustement des messages

La collaboration de l'agence avec le CFES et des membres du réseau a permis un certain nombre de réajustements des messages et des contenus. Le week-end est devenu un moment de réflexion, la communication est ciblée sur la nature, le sport et la détente, et non plus sur le sevrage tabagique, le délai de quarante-huit heures est un temps de réflexion.

Le Codes intervient au cours de deux séances. La première consacrée à une réflexion sur le tabac, ses représentations... et la seconde, sur l'arrêt du tabac, les troubles liés à l'arrêt et les solutions possibles. Une évaluation téléphonique auprès des participants est prévue un mois après le week-end.

Malgré ces réajustements, des divergences persistent.

Le projet stoppé faute de participants

Le dépliant, destiné au grand public et diffusé par le biais des associations de prévention du tabagisme et aux médecins tabacologues, n'a eu aucune retombée en termes d'inscriptions du public à ce week-end. Le projet a donc été stoppé. La direction de l'agence a reconnu le fait que le positionnement « anti-tabac » était une mauvaise façon de communiquer. Elle a souhaité, par la suite, s'associer à un laboratoire distributeur de patches anti-tabac, reconnu internationalement, pour donner plus d'envergure à ce projet. Ceci confirme par ailleurs ses orientations mercantiles.

Tableau de synthèse des données recueillies auprès de l'agence et du CFES

	Agence	CFES
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> • santé comme argument de vente, • finalité commerciale, • absence de préoccupation égalitaire, • la plaquette indique une volonté de rentabilité et un sevrage tabagique pas clair en termes de démarche. 	<ul style="list-style-type: none"> • santé comme ressource de la vie quotidienne, • démarche éducative, • volonté de réduire les inégalités, • le CFES n'a pas de rentabilité financière en jeu et la notion de « sevrage » en un week-end n'est pas admise.
Pratique	<ul style="list-style-type: none"> • objectif de sevrage sous-tendu par un objectif de normalisation des comportements, • relation commerciale entre l'agence et le public, notions de « produits » et de « clients ». 	<ul style="list-style-type: none"> • pas de volonté de sevrage mais plus une aide, un accompagnement vers un mieux-être à définir en commun avec le sujet, • on parle de démarche éducative, d'individus, de citoyens.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> • méthode de l'agence : création d'événements ponctuels, programmes prédéfinis, documents de promotion, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • méthode du CFES : démarche participative, à long terme.

Agence	CFES
Une conception de l'information comme seule susceptible de favoriser l'arrêt du tabac	Une prise en compte de la complexité de la démarche de l'arrêt du tabac
Un objectif d'arrêt du tabac en 48 heures	Une orientation, un guide dans la démarche sans viser forcément l'arrêt La non-validité scientifique du délai proposé
Une communication de type marketing utilisant les termes de produit, offre, résultats escomptés	Une libre participation
Un vocabulaire flou du point de vue scientifique	Une attention portée aux choix des mots et la recherche d'une validité scientifique
Un choix de visuel inapproprié	La recherche d'un visuel en cohérence avec le contenu des week-ends

Et si c'était à refaire ?

Même si l'agence n'a jamais caché son objectif mercantile, une volonté commune de santé et de bien-être pouvait laisser penser que la collaboration entre l'agence et le CFES aurait pu aboutir. Une clarification des valeurs est importante avant toute avancée dans un projet et doit être préalable à une réflexion en termes de communication. Dans ce projet, la réponse à la demande a été donnée plutôt en termes de moyens que d'objectifs et de finalités.

Par ailleurs, les partenariats privés qui participent à l'inscription de l'éducation pour la santé dans la vie quotidienne ne doivent pas être réalisés au détriment de l'action éducative. Il est parfois difficile de travailler en collaboration avec des acteurs qui n'ont pas les mêmes logiques. Acteurs de santé ou non, chacun a des objectifs et des contraintes qui lui sont propres et il faut composer avec tous ces déterminants. Les partenariats avec les acteurs privés étaient essentiels au CFES – nous l'observons dans le cadre de la communication médiatique ou la diffusion des documents. Ils permettaient de toucher des lieux de vie stratégiques. Le secteur privé peut paraître un bon relais d'information vers le grand public. Bernadette Roussille, lors de son intervention à la Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, le 19 juillet 2001, a confirmé le caractère précieux des partenariats avec le secteur privé, notamment assurer une diffusion efficace de l'information et toucher un public le plus large possible, mais elle a également insisté sur les préalables éthiques nécessaires à leur bon fonc-

tionnement. Il est clair qu'en raison du statut parapublic du CFES, faire accepter ces partenariats, notamment au sein du réseau des comités, n'était pas évident. La charte des partenariats du CFES était un moyen de cadrer les choses. Néanmoins, nous devons, avant tout accord sur un projet, nous poser la question des valeurs et de l'éthique. Si le partenaire privé affiche une volonté de rentabilité au détriment de l'action éducative, il convient de mieux recadrer les choses, voire de ne pas poursuivre. De telles collaborations ne peuvent être envisageables que dans le strict respect des règles ; il est donc impératif de se donner le droit à tout moment d'abandonner une collaboration qui ne respecterait pas ces principes.

Ces réflexions qui ont été conduites dans le cadre de la structure CFES devront être reprises dans le contexte de l'INPES, établissement public de l'État, dont le positionnement par rapport au secteur privé est nécessairement différent de celui du CFES, organisme parapublic certes, mais de nature associative.

Hélène Habran

Chargée de communication opérationnelle
INPES, Vanves.

1. En application de l'article L.1417-9 du Code de la santé publique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est substitué au CFES.

2. En l'occurrence, le Codes des Landes et le Craes Aquitaine.

3. En référence à la Charte du CFES qui préconise une approche globale de la santé.

Rubrique Aide à l'action coordonnée par
A. Laurent-Beq : a.beq@sfsf-france.org

Bibliographie

- Sandrin Berthon B. *Comment la prévention du tabagisme est-elle possible ?* Eclat « journée scientifique ». Lille, 11 janvier 1999.
- Reginster G., Leclercq D. *Une taxonomie de la prévention dans le domaine de la santé.* Bruxelles, Archives belges 1985 ; 43, n° 3-4 : 137-43.
- Bury J.A. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications.* Bruxelles : De Boeck Wesmael, 1988, 235 p., tabl., graph.
- Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet P., Trefois P. *Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques.* Bruxelles, Questions Santé, 1998 : 198 p.
- *Peut-on promouvoir la santé ?* La Santé de l'homme n° 325, septembre-octobre 1996 : I-XVIII.
- *Éducation pour la santé : vers quels métiers ?* La Santé de l'homme n° 353, mai-juin 2001 : 68 p.
- Bastien R., Langevin L., Larocque G., Renaud L. (sous la dir.) *Promouvoir la santé : réflexions sur les théories et les pratiques.* Montréal : Refips, 1994 : 233 p.
- CFES, Cnamts. *Guide pour la prévention des accidents de la vie courante.* s.d., Vanves : CFES : 33 p.
- Comité français d'éducation pour la santé. (CFES)/Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)/Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé. (Cetaf). *Santé et précarité : quelles pratiques dans les centres d'examen de santé ?* Vanves : CFES, 1997 : 163 p.
- Lafrenaye Y. Les attitudes et le changement des attitudes. In : Vallerand R.J. *Fondements de la psychologie sociale.* Montréal : Gaëtan Morin, 1994 : 327-405.
- Mamon J. Efficacité des stratégies d'éducation dans les programmes de prévention et d'arrêt du tabagisme. In : Slama. K., Karsenty S., Hirsch. A. *La lutte contre le tabagisme est-elle efficace ?* Paris : Inserm – Vanves : CFES – Paris : La Documentation française : 141-7.
- Roussille B., Arwidson P. *L'éducation pour la santé est-elle efficace ?* Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 46 p.
- Sandrin Berthon B. *Apprendre la santé à l'école.* Paris : ESF, 1997 : 127 p.

Ghost World

Un film de Terry Zwigoff

États-Unis, 2001, 1 h 55.

avec Thora Birch, Scarlett Johansson, Steve Buscemi, Brad Renfro

Le film

Enid et Rebecca terminent leurs études secondaires dans une petite ville des États-Unis et s'interrogent sur leur avenir : vont-elles poursuivre des études qui les mèneront vers un avenir tout tracé ou bien parviendront-elles à échapper à un univers dont elles perçoivent toute la médiocrité, le conformisme et la bêtise ? Leur adolescence est ainsi porteuse d'une révolte contre un monde étouffant et sclérosant, mais leur colère ne parvient d'abord qu'à s'exprimer de façon décalée, par le mépris et la provocation. Le film qui commence sur le mode d'une ironie un peu cruelle, bascule progressivement dans l'émotion lorsque les personnages révèlent leurs fêlures cachées.

Le public auquel est destiné le film

Le film de Terry Zwigoff, inspiré d'une bande dessinée de Daniel Clowes¹, peut être vu par un large public à partir de 14 ans environ. S'il parle de l'adolescence, cela ne signifie cependant pas que tous les adolescents ou adolescentes se retrouveront dans les personnages mis en scène, dont le comportement « décalé » et provocateur peut susciter des réactions de rejet. L'animation proposée s'appuiera précisément sur la diversité de ces réactions, positives ou négatives, pour amener les participants à s'interroger sur les goûts et dégoûts intimes que suscite le film.

Rapport avec la thématique santé

Comme la plupart des films de fiction, *Ghost World* met en scène la vie de ses personnages sans tenir de discours explicite de type moral, philosophique, sociologique ou autre à leur propos.

C'est le spectateur qui, en fonction de ses compétences et de ses dispositions personnelles, sera plus ou moins sensible à certains thèmes qui peuvent n'apparaître que de façon dispersée et sous-jacente. Ainsi, *Ghost World* peut être vu (ou lu) comme un film sur le malaise adolescent, malaise qui se traduit de quatre manières différentes :

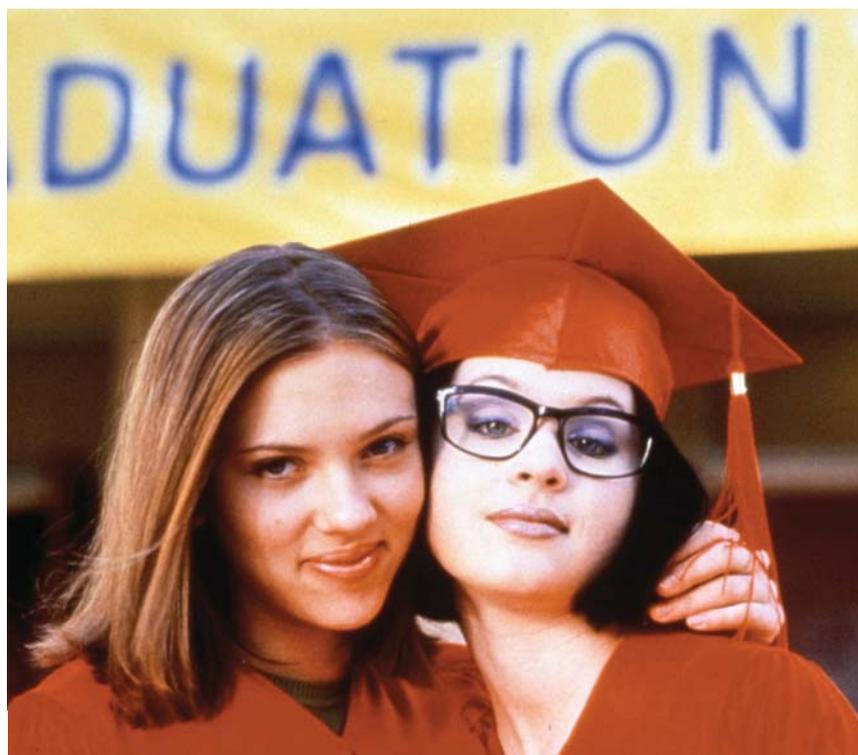
- dans le rapport au corps propre et à l'apparence physique ;
- dans le rapport aux autres – groupe de pairs, cellule familiale –, vis-à-vis desquels s'expriment des attitudes essentiellement ambivalentes ;
- dans le rapport à l'autre, objet d'amour, de désir ou d'affection ;
- dans le rapport à l'avenir (aussi bien sentimental que professionnel) à la fois craint et désiré.

L'animation proposée ici portera donc sur le malaise adolescent, même si celui-ci n'apparaît sans doute pas comme un thème manifeste du film², mais en cela il pourra précisément servir de fil directeur et sous-jacent pour mener la discussion.

Suggestion d'animation

Comment, en effet, diriger une discussion « non-dirigée » autour d'un film ? Pour l'animateur, il paraît souvent plus facile d'adopter une stratégie de transmission de savoirs ou d'informations que de « gérer » les réactions individuelles d'un groupe dont les propos partent souvent « dans tous les sens ». S'il n'est évidemment pas possible d'éviter totalement la dispersion, deux guides paraissent susceptibles d'orienter les débats à propos d'un film comme *Ghost World*.

Le premier repose sur le film lui-même, qui peut sans doute donner lieu à une diversité d'interprétations mais qui interdit également certaines extrapolations manifestement fausses ou hasardeuses : on incitera notamment les participants à justifier leurs opinions ou leurs impressions en fonction d'élé-



D.R.

ments précis. Face à un jugement global (positif ou négatif) sur un personnage, on demandera par exemple de préciser sur quels événements ou sur quels gestes exactement se fonde ce jugement : on verra vraisemblablement que d'autres participants interprètent différemment l'élément en cause et portent de ce fait un autre jugement sur le personnage. Ce souci de revenir constamment au film et à des éléments précis, permet souvent d'éviter l'impression d'un « dialogue de sourds », dans la mesure où les impressions exprimées sont alors argumentées et reposent (en partie) sur des faits objectifs.

Un deuxième guide pour mener la discussion consiste à prévoir un jeu de questions portant sur des aspects en apparence secondaires du film, permettant d'attaquer le débat « en biais », de façon à surprendre les attentes spontanées des participants : les thèmes les plus évidents d'un film sont sans doute les moins intéressants, car ils suscitent le plus souvent des opinions générales où l'individu ne dévoile pas grand-chose de ses réactions les plus personnelles et les plus intimes. Ainsi, quand on demande aux membres d'un groupe leur opinion sur un film, les réponses sont le plus souvent abstraites, peu motivées et fortement dépendantes de l'opinion des pairs (surtout chez les jeunes spectateurs peu enclins à la dissidence). À rebours d'une telle interrogation générale, on trouvera ici quelques exemples de questions à propos de *Ghost World*, qui portent apparemment sur des détails du film, mais qui sont reliées au thème principal du malaise adolescent. Le but de l'animation sera, dans cette perspective, de permettre aux jeunes participants de se « positionner » de façon personnelle face à ce malaise, leur expression n'étant cependant pas directe mais médiatisée par les opinions qu'ils pourront exprimer sur le film. Si les résultats de ces discussions se révèlent suffisamment « parlants » (notamment s'ils montrent des différences de sensibilité parmi les participants), ils pourront être repris ultérieurement pour une réflexion plus approfondie sur le malaise adolescent et ses différentes dimensions.

Le premier aspect de cette problématique, le rapport au corps propre, à l'apparence personnelle, pourrait ainsi être abordé à travers des questions sur



D.R.

les choix vestimentaires souvent excentriques et très diversifiés d'Enid : est-ce que les filles pourraient s'habiller comme elle ? Les garçons aimeraient-ils que leur petite amie s'habille ainsi ? Les jugements pourront évidemment varier en fonction des différents styles adoptés par Enid. On demandera également aux participants de justifier leur rejet ou, au contraire, leur goût pour certains vêtements : si la question est « innocente », elle révélera sans aucun doute des différences de sensibilité quant à l'apparence, certain(e)s ne craignant pas d'afficher de façon voyante leurs goûts personnels, d'autres en revanche ayant peur de se faire « mal » voir. On pourra aussi demander quelles sont les motivations d'Enid à adopter et à changer aussi souvent de style vestimentaire : l'apparence se révèle ici essentielle dans la mesure où, pour les filles et dans une moindre mesure sans doute pour les garçons, elle est un signe adressé aux autres, une manière de se positionner par rapport au groupe, l'excentricité d'Enid en particulier manifestant son mépris à l'égard des gens qui l'entourent et qu'elle perçoit comme désespérément banals. En même temps, comment ne pas voir que cette excentricité est aussi le signe d'un trouble, une manière de se cacher – comme le masque de Catwoman acheté dans le sex-shop – derrière une apparence trop

voyante ? Comment aussi ne pas soupçonner que, derrière l'excentricité vestimentaire, se cache un certain malaise par rapport à son propre corps marqué par l'embonpoint et (relativement) éloigné des normes dominantes³ ? Si certain(e)s participant(e)s ne seront vraisemblablement pas sensibles à ces motifs qui transparaissent au travers du personnage d'Enid, d'autres en revanche ne manqueront pas de mettre en évidence des interprétations plus ou moins proches de celles suggérées ici.

Un dernier détail pourra être utilisé dans la même perspective : Enid porte en effet des lunettes dont les montures sont souvent très voyantes, lui encombrant littéralement tout le visage. Pourquoi a-t-elle choisi ce type de monture et comment les participants jugent-ils ce choix ? Ce petit détail a, en effet, une incidence certaine sur la séduction du visage et est même porteur d'une « charge » érotique (positive ou négative) évidente : il suffira de questionner les un(e)s et les autres pour qu'apparaissent des jugements contrastés sur cet accessoire jugé soit séduisant, soit repoussant. Un peu de réflexion suffit pour comprendre alors que le personnage d'Enid joue de manière contradictoire de cet accessoire, à la fois de façon très voyante et distanciée : si l'on se souvient de ses propos sur sa pro-



D.R.

pre sexualité, mélange de désir et de frustration, on perçoit toute l'ambivalence du personnage qui cherche à attirer l'attention mais qui refuse également tout contact avec autrui. À ce stade, on ne manquera pas de demander aux participant(e)s de se positionner par rapport à Enid : comprennent-ils une telle attitude ? Leur est-il arrivé d'adopter le même type d'attitude ? Le fait de porter des lunettes est-il perçu comme un handicap ou un stigmate ?, etc.

Le deuxième aspect de ce qui a été appelé le malaise adolescent, à savoir le rapport aux autres, notamment au groupe de pairs, a déjà été largement abordé à travers les questions sur l'apparence vestimentaire. On pourrait prolonger cette réflexion en passant en revue les lieux marquants du film, les décors dont le cachet ou l'ambiance suscitent des remarques significatives de la part d'Enid : il y a, par exemple, le restaurant style années cinquante où elle donne faussement rendez-vous à Seymour, ou bien le sex-shop chez « Anthony » où elle se moque des clients, ou encore le banc sur lequel un vieil homme, Norman, attend un bus qui ne

passé jamais, ou enfin la « zone interdite » chez Seymour où il range sa collection de disques les plus précieux. Ici aussi on peut demander aux participants s'ils trouvent ces lieux intéressants, s'ils ont déjà repéré autour d'eux des endroits insolites comme ceux-là ? Et surtout pourquoi, à leur avis, Enid s'extasie, d'ailleurs avec beaucoup d'ironie, sur ces décors ? Les lieux sont évidemment révélateurs de l'âme et Enid se signale par des choix qui s'éloignent de ceux de l'adolescence (puisqu'il s'agit de décors des années cinquante ou de places occupées par des personnages plus âgés), mais également des standards communs : elle recherche des endroits qui se singularisent dans la petite ville banale où elle est née et où elle habite. Il y a d'ailleurs dans tout le film un jeu de contrastes au niveau des décors qui s'opposent pratiquement un à un : le restaurant années cinquante contraste ainsi avec le hall de cinéma où Enid, en uniforme, fera une très brève carrière de vendeuse, le sex-shop avec le magasin de vidéos dont les présentoirs alignent des centaines de cassettes identiques⁴, le banc de Norman avec la cuisine tout à fait banale du père d'E-

nid, la « zone interdite » de Seymour avec l'appartement loué par Rebecca et doté d'une magnifique planche à repasser... Si Enid excelle à repérer les lieux (et les personnages) excentriques, c'est aussi parce qu'elle est particulièrement sensible à la banalité des autres décors qui l'entourent : les participants pourront bien sûr communiquer leur sentiment à cet égard et préciser dès lors s'ils ressentent peu ou prou le même malaise qu'Enid, malaise qui la poussera à sa fugue finale...

Le troisième aspect de ce malaise concerne bien sûr le rapport à l'autre, objet d'un amour, d'un désir, toujours difficile, toujours conflictuel. Pour aborder ce thème sensible, on pourrait partir de l'interprétation des deux acteurs, Steve Buscemi qui est aujourd'hui célèbre et qui joue ici le rôle de Seymour, le quadragénaire amateur de blues, et Brad Renfro, pratiquement inconnu, qui interprète le jeune Josh, serveur dans le magasin grec. Les participants trouveront-ils leur interprétation crédible, originale, adéquate au rôle qui est le leur ? En particulier, rendent-ils crédibles l'attirance que le personnage d'Enid est censé éprouver à leur égard ? Une telle question est sans doute suffisamment ouverte pour permettre l'expression de sensibilités opposées : sans paraître s'impliquer intimement, certain(e)s pourront marquer des préférences personnelles, que ce soit en accord ou en contradiction avec Enid. Des questions complémentaires mettront facilement en évidence tous les problèmes liés par exemple à l'âge du partenaire (Seymour pourrait être le père d'Enid), à sa personnalité plus ou moins affirmée (Josh est « gentil », peut-être trop « gentil »...), à la différence ressentie entre les individus réels (nécessairement décevants ?) et le partenaire rêvé (dans tous les sens du terme). *Ghost World* présente de ce point de vue des situations suffisamment complexes pour prolonger la discussion : Enid se moque de Josh mais avoue aussi qu'elle en est amoureuse ; elle pousse Seymour dans les bras d'une autre femme (plus âgée), mais fait néanmoins l'amour une nuit avec lui, ce qui ne l'empêchera pas finalement de renoncer à lui et de quitter la ville...

Enfin, dernier aspect de la thématique, le malaise devant l'avenir pourra être abordé, de manière un peu paradoxale, en étudiant de plus près les trois

personnages âgés les plus marquants du film : il s'agit de Seymour, du père d'Enid et de Norman, le vieillard assis sur son banc. Quels sentiments ces différents personnages inspirent-ils aux participant(e)s ? Se sentent-ils attirés ou au contraire repoussés par ces personnages ? Et pourquoi ? Ici aussi, ils pourront comparer leurs propres réactions à celles d'Enid qui n'a aucune relation affective avec son père, mais qui est en revanche attirée aussi bien par Seymour que par Norman. Celui-ci apparaît sans

doute d'abord comme un personnage pitoyable, un vieillard qui perd la tête et croit que le bus passe encore sur une ligne désaffectée : pourtant, son obsession se réalisera de façon presque miraculeuse, et c'est à son exemple qu'Enid, à la toute fin du film, prendra le bus pour quitter la ville. En cela, Norman représente sans doute une figure hautement improbable, utopique, désignant à Enid un avenir à la fois totalement incertain (l'ailleurs) et hautement désirable (comme l'azur mallarméen). Et on sait que l'adolescence est l'âge des fugues.

Si l'animation « fonctionne », on pourra, pour terminer, demander aux participants de réaliser, s'ils le souhaitent, une page d'un journal intime comme celui d'Enid, où ils pourraient faire part de leurs sentiments – positifs ou négatifs – face au monde où ils vivent : comme pour le journal d'Enid qui a été fabriqué de toutes pièces pour les besoins du film, il ne s'agira pas d'écrire un « vrai » journal intime mais de

construire une fiction supportant la publication (même si celle-ci ne s'adresse qu'à un groupe limité de pairs).

Michel Condé

Centre culturel Les Grignoux (Liège).

Le centre culturel Les Grignoux va publier un dossier pédagogique (destiné notamment aux enseignants du secondaire) sur *Ghost World* en janvier 2003. Renseignements aux Grignoux : 9 rue Soeurs de Hasque - B-4000 Liège (Belgique) - Tél. 00 32 42 22 27 78 - contact@grignoux.be - http://www.grignoux.be

1. Parue en France aux éditions Vertige Graphic.
2. Le personnage de Seymour, interprété par Steve Buscemi, semble échapper, par son âge, à cette thématique. Mais s'il est dépeint de manière affectueuse par le réalisateur, il apparaît cependant comme la figure d'un avenir possible pour Enid, celle de quelqu'un qui a refusé le conformisme ambiant mais qui n'a pas réussi à transformer son originalité personnelle en « force vitale », lui-même se décrivant en effet comme un raté devenu obsessionnel.
3. De ce point de vue, le personnage d'Enid contraste aussi bien avec celui de Rebecca au profil beaucoup plus mince et à l'habillement beaucoup moins voyant, qu'avec celui de la professeur d'art, figure de l'anorexie, qui se caractérise aussi par une forme d'excentricité vestimentaire, différente de celle d'Enid.
4. Enid déclare que ce lieu la rend malade...

Rubrique Cinésanté coordonnée par Michel Condé : contact@grignoux.be et Alain Douiller : alain.douiller@free.fr

adsp

actualité et dossier en santé publique

numéro 40 septembre 2002

Revue trimestrielle
du Haut Comité de la santé publique
Éditée par La Documentation française
La Documentation Française
29-31, quai Voltaire – 75344 Paris Cedex 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Téléphone : 01 40 15 68 00
Site : www.ladocfrancaise.gouv.fr

Éditorial

- VIH/sida : 20 ans après, l'épidémie en est encore à ses débuts, Jacques Lebas

HCSPP DIRECT

- La loi de programmation quinquennale en santé publique
- « La santé en France 2002 » en diaporama, Emmanuelle Sarlon

Actualité

- Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002, Maxence Cormier

Addictologie

- Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné, Gérard Badéyan, Marie-Claude Mouquet, Hervé Villet

Régions

- Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac, Isabelle Grémy, Sandrine Halfen, Annie Sasco, Karen Slama

Études

- Activités des médecins généralistes et territoires : une étude en Auvergne, Christophe Evrard

Organisme

- Observatoire des familles en situation de handicap

Formation

- DESS qualité, sécurité et professions de santé

Recherche

- Immunobiologie cellulaire et moléculaire des infections parasitaires
- brèves européennes
- lectures
- en ligne
- lois & réglementation
- calendrier

DOSSIER : LE SIDA 20 ANS APRÈS

D'une maladie mortelle à une maladie chronique

- Les multithérapies ont-elles favorisé la recrudescence des comportements à risque ? Josiane Pilonel, Anne Laporte
- Problèmes cliniques et comportementaux liés à la chronicisation de la maladie, Bruno Spire
- Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida : évolution 1992-2001, Isabelle Grémy, Julien Chauveau, Nathalie Vongmany, Nathalie Beltzer

Sida et évolution de la prévention

- Sida et communication préventive : la fin des routines ? Geneviève Paicheler
- Les difficultés de prévention dans un centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, Marc Shelly, Christophe Segouin, Dominique Bertrand
- Les besoins en prévention des personnes séropositives : on en sait assez pour agir ! Catherine Gerhart, Catherine Tourette-Turgis, Maryline Rébillon

Sida dans les pays en développement

- Le sida en Afrique : il n'y a pas de fatalité, Laurent Vidal, Philippe Msellati
- Le sida en Afrique : un impact démographique, Emmanuelle Sarlon
- Conséquences économiques du sida sur les sociétés africaines Emmanuelle Sarlon

Tribunes

- Infection à VIH 2002 : progrès et limites, Jean-François Delfraissy
- Sida et pays du Sud : traiter maintenant, Pierre Chirac
- Industrie pharmaceutique et sida dans les pays pauvres, Jean-François Chambon

Bibliographie

Adresses utiles

PHILIPPE MEIRIEU

Repères
pour un monde
sans repères



Repères pour un monde sans repères

Philippe Meirieu

Directeur de l'IUFM de Lyon et spécialiste des questions éducatives, Philippe Meirieu propose, dans cet ouvrage, un recueil de brèves chroniques qui évoquent les complexités de l'acte éducatif. Les parents se retrouvent souvent désarmés face à leurs enfants, ne sachant désormais quel discours éducatif soutenir : « réagir avec autorité, quitte à risquer la rupture, ou se faire complice d'une attitude qu'ils désapprouvent malgré eux ? ».

Dans la première partie, l'auteur met en scène un dialogue fictif entre deux personnages qui symbolisent les deux attitudes éducatives opposées. À travers ce dialogue, il montre que l'attitude éducative est un choix qui se négocie davantage à travers les enjeux du quotidien. L'auteur étaye ensuite sa théorie, en décortiquant, dans la deuxième partie, des exemples de la vie quotidienne : les moments phares de l'année (les bonnes résolutions de l'année, la réunion des parents, la saison des examens, etc.), ceux de l'existence (un prénom pour une vie, la peur de l'ogre, côtoyer la peur, etc.), les séismes (gifle, séparation, anorexie, etc.), les jalons du parcours éducatif (transmettre, accepter, lâcher prise, etc.), les questions liées à l'avenir.

Dans la troisième partie, soutenant la théorie développée en première partie, l'auteur tente de sortir du clivage pour parvenir malgré tout à poser quelques repères aux parents dans l'éducation de leurs enfants.

Paris : Desclée de Brouwer, 2002, 277 pages, 21 euros.

Paris : Desclée de Brouwer, 2002, 277 pages, 21 euros.

Anne Gareau

Félix, Zoé, Boris et les vôtres

Fédération des initiatives locales pour l'enfance (File). Bruxelles.

Ce jeu a été réalisé pour susciter un échange autour des pratiques éducatives entre parents, en favorisant l'expression des points de vue et des expériences. Il a été conçu pour être animé par un professionnel de l'enfance. Chaque joueur dispose d'un pion, représentant son enfant, pour lequel il fixe au départ un objectif : « je voudrais que mon fils soit autonome », « je voudrais que ma fille ait du travail ». Les joueurs sont ensuite amenés à faire avancer leur pion-enfant sur un parcours où il devra s'exprimer de diverses manières : répondre à des questions relatives aux pratiques éducatives sur trois thèmes différents (relations intrafamiliales, relations avec des milieux extérieurs, développement de l'enfant), évoquer un souvenir en lien avec des lieux représentés sur le parcours (école, crèche, accueil extrascolaire, plaine de jeux, maison, consultation médicale ou paramédicale). Au cours du jeu, le joueur peut introduire un nouvel enfant dans le jeu et choisir un objectif pour celui-ci. Le premier joueur dont tous les enfants sont arrivés au but « gagne » le jeu.

Bruxelles (Belgique) : File, 2002.

Prix : 50 euros (+ frais de port).

Diffusion : File - 1-2, Place Saint-Jean - 1000 Bruxelles – Belgique.

Tél. : 02/515.04.51.

e-mail : fileabs@hotmail.com

A.G.



L'image
des femmes
dans la publicité

L'image des femmes dans la publicité

Brigitte Grésy

Ce rapport s'inscrit dans le cadre du plan d'action intergouvernemental relatif à l'égalité entre hommes et femmes, qui vise notamment à modifier les représentations discriminantes des femmes véhiculées par certains médias. Le travail du groupe a porté sur l'analyse d'auditions réalisées auprès de professionnels de la publicité, d'associations de consommateurs et de

défense des droits des femmes, ainsi que sur l'exploitation des résultats d'une étude sémiolinguistique « État des lieux des images de la femme dans la publicité française : représentations dévalorisées, dégradantes, aliénantes ». Les résultats de ce travail sont présentés dans ce rapport en deux axes. Après une analyse du dispositif juridique actuel relatif à la publicité, la première partie propose un bilan des informations recueillies auprès des professionnels et du corps social. La deuxième partie énonce différentes propositions visant à modifier les pratiques professionnelles ou l'encadrement juridique en vigueur, qui s'articulent autour de quatre points majeurs : renforcer le rôle de l'autodiscipline en matière de publicité, favoriser un rééquilibrage entre liberté d'expression et discrimination sexuelle par la définition d'une nouvelle infraction, renforcer la capacité de parole et d'action conférée au corps social, favoriser des mesures d'accompagnement. Le lecteur trouvera, en annexe, différents documents complémentaires, tels que la liste des membres du groupe de travail, la liste des personnes auditionnées et rencontrées, la grille d'entretien, une présentation du cadre législatif et réglementaire actuel ainsi que le résumé de l'étude précitée. Le rapport est accessible dans son intégralité sur le site de la Documentation Française à l'adresse suivante :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000536/0000.pdf>

Paris : La Documentation française (coll. des rapports officiels), 2002, 184 pages, 15 euros.

A.G.



La France du suicide

Michel Debout

Président de l'Union nationale pour la prévention du suicide, le professeur Michel Debout propose dans cet ouvrage un traitement original de la question du suicide.

Il consacre la première partie de son ouvrage à l'histoire et montre l'évolution des représentations du suicide aux différents âges de notre civilisation. Il s'attache également à retracer l'évolution de la prévention du suicide en France, s'appuyant sur sa qualité de rapporteur au sein du Conseil économique et social en 1993 sur la question du suicide et de sa prévention, et présente succinctement les données du suicide au niveau mondial.

La deuxième partie concerne l'acte suicidaire. Après avoir fait la distinction entre les différents concepts de suicidé, suicidant et suicidaire, l'auteur approfondit chacune des catégories. Il évoque les différents modes de suicide, les tentatives de suicide, les paramètres de l'acte suicidaire, le lien entre suicide et psychopathologie, suicide et homicide.

Le troisième temps de l'ouvrage est consacré à l'étude des périodes critiques de l'existence : l'adolescence, la maturité et la vieillesse. Il précise, pour chaque âge, les événements qui peuvent amener à l'acte suicidaire : la violence conjugale, le harcèlement moral, la désunion du couple, la maladie, sont quelques-uns de ces traumatismes chez l'adulte ; la crise du vieillissement, les maladies graves dans le cas d'une personne vieillissante. Dans la partie suivante, l'auteur évoque le rôle du médecin, dans la prise en charge des tentatives de suicide et celle des suicidés. Il donne des conseils, insistant sur les paramètres d'écoute et de suivi de la personne et des personnes endeuillées.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à la prévention. Après avoir évoqué les représentations du suicide chez les Français, l'auteur présente quelques pistes de réflexion.

Paris : Stock, 2002, 306 pages, 20 euros.

A.G.



Le jeu. Outil d'information pour l'enfant à l'hôpital

Bénédicte Minguet, Jacques Dejean
(réalisateur)

Ce vidéogramme destiné aux soignants présente deux supports d'information ludiques à l'intention des enfants hospitalisés. Soignants, enfants malades, parents apportent leur témoignage sur l'intérêt de ces outils.

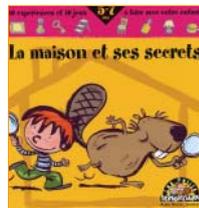
Le premier, la poupée oncologique, permet à l'enfant soigné dans le cadre d'un service de cancérologie et à ses parents de comprendre concrètement quels vont être les soins que l'enfant exécute sur la poupée, avec l'aide d'une infirmière, avant de les recevoir.

Le second, la marionnette chirurgicale, est utilisé dans le cadre d'animations collectives enfants/parents. La marionnette permet de mettre des mots sur les parties du corps concernées par l'intervention et de comprendre en quoi celle-ci va consister.

Les adultes, parents et soignants, témoignent de l'intérêt de ces supports ludiques qui permettent à l'enfant de s'impliquer dans les soins qu'on lui prodigue, d'être en confiance avec les soignants même si la crainte des soins ou de l'opération est toujours présente.

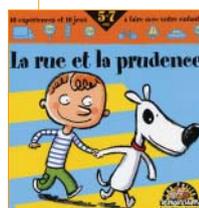
Montegnée : Les cliniques Saint-Joseph, VHS Pal ou Secam, 29 minutes, 1999. Diffusion : Association Sparadrap – 28 euros, frais de port inclus (48, rue de la Plaine – 75020 Paris. Tél. 01 43 48 11 80).

Fabienne Lemonnier



La maison et ses secrets

Pascal Desjours, Frédérique Benaglia
(illustratrice)



La rue et la prudence

Pascal Desjours, Eric Gaste (illustrateur)

Ces deux ouvrages, réalisés à l'initiative de l'association des Petits Débrouillards, s'adressent aux 5-7 ans. L'association a pour objectif de faire découvrir les sciences aux enfants par le jeu, l'observation et la manipulation. Dans cet esprit, ces deux titres proposent un parcours d'exploration de la maison ou de la rue au travers de dix séquences de construction identique :

- une scène de la vie quotidienne qui amène la question ;
- une expérience, facile à réaliser avec du matériel de la maison, qui y répond ;
- l'explication du phénomène qui a pu être expérimenté et observé ;
- une explication plus précise pour les parents ;
- un jeu d'observation ou d'association pour conclure la séance.

Comment marche un ascenseur ? Pourquoi certains produits sont-ils dangereux ? À quoi servent les caniveaux ? Pourquoi faut-il mettre sa ceinture ? Autant de questions à partir desquelles l'enfant observe, manipule, échange, réfléchit. Chaque situation proposée le rend actif, induit un comportement autonome et lui procure le plaisir de comprendre tout en s'amusant.

Paris : Albin Michel Jeunesse, 2001, 64 pages, 10,50 euros.

F. L.



POUR ARRÊTER, DÉCROCHEZ

tabac info service

0 825 309 310



→ 8h-22h . 7 jours/7 . 0,15 €/Min

01-02703-B
isc