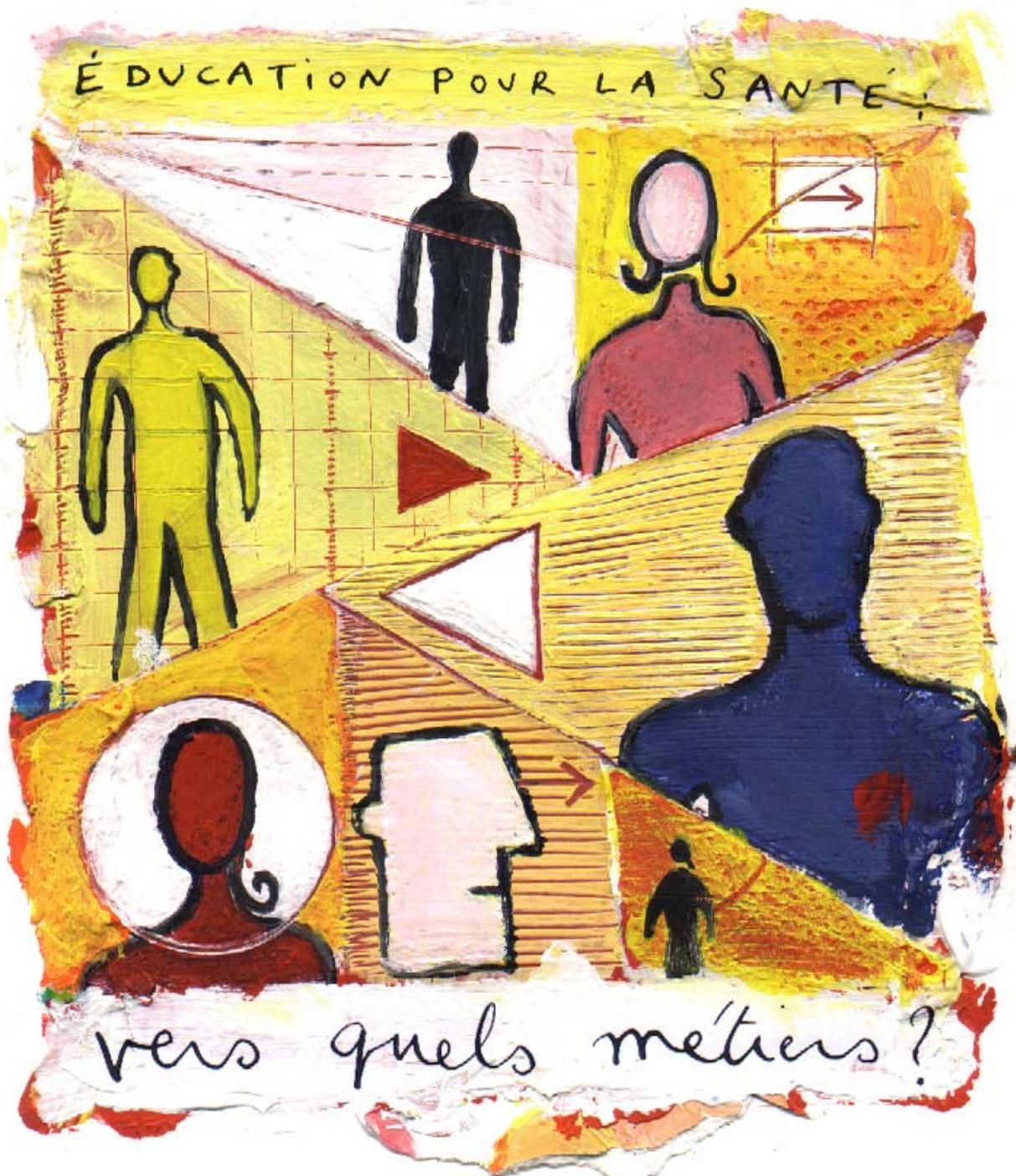


# LA Santé de l'homme



HEALTH EDUCATION: TOWARDS WHAT PROFESSIONS ARE WE MOVING?  
EDUCACIÓN PARA LA SALUD: HACIA QUE PROFESIONES NOS MOVEMOS?

Coordonné par **Fabien Tuleu**, responsable du service Appui au développement de l'éducation pour la santé du Comité français d'éducation pour la santé, Vanves et **Philippe Lecorps**, enseignant à l'École nationale de la santé publique, Rennes, France

## Éducation pour la santé : vers quels métiers ?

### Éditorial

**La professionnalisation de l'éducation pour la santé est-elle un enjeu ?**

*François Bonnet de Paillerets* ..... 4

### Contexte

**Du métier à la profession**

*Séverine Barrère, Gérald Covas* ..... 7

**Le métier d'éducateur pour la santé : un siècle d'évolutions**

*Philippe Lecorps* ..... 10

### État des lieux en France

**Trajectoires personnelles et professionnelles**

*Fabien Tuleu* ..... 13

**Paroles d'acteurs** ..... 16

**Le développement de la formation et de la recherche : objectifs et stratégies**

*Christine Ferron* ..... 27

**Des diplômés en pédagogie de la santé : l'expérience de l'Université Paris XIII-Bobigny**

*Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre* . . .30

**Un exemple de processus de professionnalisation : les jeunes recrutés sur le dispositif Prévention du tabagisme**

*Nathalie Marchal* ..... 33

### Structuration des métiers : les apports de l'étranger

**La formation en promotion de la santé à l'Université catholique de Louvain**

*Alain Deccache* ..... 34

**Trois questions à un étudiant**

*Propos recueillis auprès de Pierre Bizel* . . .37

**Émergence et évolution des compétences dans un champ disciplinaire et professionnel à partir d'une trajectoire personnelle à Liège**

*Michel Demarteau* ..... 39

**Quatre ans de formation à l'Université de Maastricht**

*Corine Ottenheim* ..... 44

**La certification en éducation pour la santé : son impact sur l'évolution de la profession aux États-Unis**

*John P. Allegrante, M. Elaine Auld, Frances D. Butterfoss, William C. Livingood* . . . . 46

### Points de vue

**Ne pas former à l'éducation pour la santé ?**

*Jean-Pierre Deschamps* ..... 54

**La professionnalisation en éducation et promotion de la santé : oui mais...**

*Jacques A. Bury* ..... 57

**Des constats aux recommandations. Pour prévenir la défaite de l'éducation pour la santé**

*Fabien Tuleu, Philippe Lecorps* ..... 60

**Pour en savoir plus** ..... 63

Illustration :  
**Hervé Tullet**



La XVII<sup>e</sup> Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé qui se tient à Paris du 15 au 20 juillet 2001 est l'occasion pour *La Santé de l'homme* de faire le point sur un métier... encore très largement en cours de constitution en France. Richesse des parcours personnels et nécessité de structuration, formations initiale et continue, expériences étrangères et paroles d'acteurs sont quelques-uns des axes de ce numéro afin de dégager des orientations pour développer un métier dont l'utilité sociale est grandissante.

The XVII<sup>th</sup> World Conference on Health Promotion and Health Education to be held in Paris from July 15<sup>th</sup> to 20<sup>th</sup> 2001 will provide an opportunity for *La Santé de l'homme* to take stock of a specialised occupation... one still considerably far from being well established in France.

The wide variety of individual career paths and the need for a structure, initial and continuing training courses, experiences from abroad and the views of those working in the field are just some of the aspects covered in this issue, for the purpose of outlining the direction in which we should be heading in order to develop a job of growing social relevance.

La XVII<sup>e</sup> Conferencia mundial de promoción de la salud y educación para la salud, que se desarrolla en París del 15 al 20 de julio de 2001 es la oportunidad para *La Santé de l'homme* de plantear el problema de una profesión... todavía en estado de constitución en Francia.

Riqueza de los recorridos personales y necesidad de estructuración, formación inicial y continua, experiencias de otros países y palabras de actores son algunos de los ejes de este número con objeto de sacar orientaciones para desarrollar un oficio cuya utilidad social no deja de seguir creciendo.

# Health education: towards what professions are we moving?

## Editorial

Is the professionalisation of health education an issue?

François Bonnet de Paillerets ..... 5

## Context

From trade to profession

Séverine Barrère, Gérald Covas ..... 7

The job of the health educator: a century of change

Philippe Lecorps ..... 10

## Inventory

Personal and professional paths

Fabien Tuleu ..... 13

Comments from the actors ..... 16

The development of training and research : objectives and strategies

Christine Ferron ..... 27

Degrees in health education: the experience of the University of Paris XIII-Bobigny

Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre . . .30

An example of the professionalisation process: young recruits working on tobacco control mechanisms and measures

Nathalie Marchal ..... 33

Structuring the professions: contributions from aboard

Health promotion training at the Catholic University of Louvain

Alain Deccache ..... 34

Emergence and changes in competencies in a disciplinary and professional field from a personal perspective in Liege

Michel Demarteau ..... 39

Four years of training at the University of Maastricht

Corine Ottenheim ..... 44

Credentialing and its impact on the evolution of the profession of health education in the United States

John P. Allegrante, M. Elaine Auld, Frances D. Butterfoss, William C. Livingood . . . . 46

## Points of view

Is health education training a necessity?

Jean-Pierre Deschamps ..... 54

Professionalisation in health promotion and education: yes but...

Jacques A. Bury ..... 57

From findings to recommendations. Preventing the defeat of health education

Fabien Tuleu, Philippe Lecorps ..... 60

For more information . . .63

# Educación para la salud : hacia que profesiones nos movemos?

## Editorial

La profesionalización de la educación para la salud ¿Una ventaja para el porvenir ?

François Bonnet de Paillerets ..... 6

## Contexto

Del oficio a la profesión

Séverine Barrère, Gérald Covas ..... 7

El oficio de educador para la salud: un siglo de evoluciones

Philippe Lecorps ..... 10

## Constataciones previas

Trayectorias personales y profesionales

Fabien Tuleu ..... 13

Palabras de autores ..... 16

El desarrollo de la formación y de la investigación: objetivos y estrategias

Christine Ferron ..... 27

Diplomas de pedagogía de la salud: la experiencia de la universidad Paris XIII-Bobigny

Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre . . .30

Un ejemplo del proceso de profesionalización: los jóvenes contratados bajo el dispositivo de prevención del tabaquismo

Nathalie Marchal ..... 33

Estructuración de los oficios: aportaciones del extranjero

La formación en promoción de la salud en la Universidad católica de Louvain

Alain Deccache ..... 34

Emergencia y evolución de las competencias en una disciplina y profesión a partir de una trayectoria personal en Lieja

Michel Demarteau ..... 39

Cuatro años de formación en la Universidad de Maastricht

Corine Ottenheim ..... 44

La certificación de las capacitaciones: su impacto sobre la evolución de los oficios de la educación para la salud en los Estados Unidos

John P. Allegrante, M. Elaine Auld, Frances D. Butterfoss, William C. Livingood . . . . 46

## Puntos de vista

¿No formar en educación para la salud?

Jean-Pierre Deschamps ..... 54

La profesionalización en educación para la salud y promoción de la salud: sí, pero...

Jacques A. Bury ..... 57

De la observación a las recomendaciones. Para prevenir el fracaso de la educación para la salud

Fabien Tuleu, Philippe Lecorps ..... 60

Para más información . . .63

## La professionnalisation de l'éducation pour la santé est-elle un enjeu ?

La réponse est évidemment oui pour tous ceux qui pensent et croient que l'éducation pour la santé est un outil incontournable pour relever un des défis majeurs de la modernisation de notre système de santé français : la prévention, elle-même modernisée et s'inscrivant dans une perspective de promotion de la santé.

Cette professionnalisation s'impose, tout simplement parce que l'éducation pour la santé est une procédure complexe, difficile, efficace, mais aussi éventuellement contre-productive et même dangereuse, si elle ne répond pas à des impératifs de qualité scientifiques et éthiques.

**La professionnalisation de l'éducation pour la santé doit s'appliquer à tous les intervenants, qu'ils soient bénévoles ou salariés, occasionnels ou permanents.**

Dès lors, cette professionnalisation doit s'appliquer à tous les intervenants, qu'ils soient bénévoles ou salariés, occasionnels ou permanents, avec bien évidemment des modalités quantitatives et qualitatives adaptées à cette diversité des acteurs.

Si le bénévolat peut et doit garder une place, il n'en est pas de même pour l'amateurisme. Je veux dire par là que les intervenants bénévoles doivent acquérir une compétence en éducation pour la santé dès lors qu'ils ont une activité spécifique dans ce domaine.

Il en est de même pour les professionnels de la santé. Trop souvent, les médecins, les pharmaciens, les infirmières... passent à côté de leur mission éducative (essentiellement l'éducation thérapeutique du patient) faute d'y être sensibilisés et formés. Des réformes en préparation ou en cours devraient faciliter les solutions : premier cycle commun à travers les professions de santé, enseignements transversaux du deuxième cycle des études médicales, obligation de la formation médicale continue, valorisation de l'acte éducatif en médecine ambulatoire, etc. Une approche voisine pourrait être proposée aux professionnels du monde éducatif et à ceux du monde de la communication qui interviennent peu ou prou dans le champ de l'éducation pour la santé.

La professionnalisation doit être évidemment beaucoup plus poussée pour les salariés qui, quelle que soit leur provenance, ont une activité entièrement consacrée, pour un temps ou définitivement, au champ de l'éducation pour la santé, faisant de celle-ci leur métier, leur profession (j'avoue ne pas faire de distinction majeure entre ces deux formes).

Je ne souhaite pas entrer dans le débat théorique qui refuse parfois que la professionnalisation de l'éducation pour la santé aboutisse à reconnaître une profession (ou un métier) spécifique, au prétexte que son champ aurait des limites encore par trop imprécises et serait partagé avec d'autres professions : toutes les professions émergentes ont connu à leur début de telles réserves. Aussi, je préfère l'approche pragmatique, retenue à l'étranger aussi bien que par les groupes de travail du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et du Conseil national du réseau\* (CNR), qui consiste à identifier les postes d'activité occupés par les salariés actuels, à retenir ceux qui sont spécifiques, à définir les compétences nécessaires pour les remplir et, si possible, à construire des référentiels de bonne pratique. À partir de ces analyses, il est possible de travailler sur les axes majeurs de la professionnalisation : formation, qualification, statuts. Les trois axes sont intriqués et doivent donc être étudiés en parallèle.

Cependant, il est un dossier qui me semble commander tout le reste : la formation des formateurs. Certes, il est essentiel, comme l'enseigne le Plan national d'éducation pour la santé qui vient d'être adopté par le gouvernement, de créer un cursus universitaire complet spécifique, si possible dans chaque région. Mais, ne serait-ce que pour l'amorcer et gagner du temps, il me semble que l'urgence est de créer un noyau de formateurs reconnus par un jury composé d'universitaires et de professionnels compétents en éducation pour la santé. Je ne doute pas que le CFES et son réseau se mettraient au service d'une telle institution.

**Pr François Bonnet de Paillerets**

Président du Conseil d'administration du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), Paris, France.

\* Le Conseil national du réseau est composé de membres élus du Réseau du Comité français d'éducation pour la santé.

# Is the professionalisation of health education an issue?

Obviously the answer to this question is yes for all those who think and believe that health education is a vital tool for meeting one of the major challenges of the modernisation of the French health system: prevention, which must also be modernised and put in the context of promoting health. This professionalisation is needed quite simply because health education is complex, difficult and effective but it can also be counter-productive and even dangerous if it does not meet the requirements of scientific quality and ethical principles. So it must apply to all those involved, whether volunteers or employees, whether temporary or permanent, though obviously with quantitative and qualitative procedures adapted to the range of workers. While volunteers can and should have a role, the same is not true of amateurism. By this I mean that volunteers must have health education skills if they are operating specifically in this field.

The same applies to health professionals. All too often doctors, pharmacists and nurses fail in their duty to educate (mainly the patient's therapeutic education) because they are not made aware of it and have not been trained. The reforms currently being prepared and under way should facilitate solutions: single programme for all health professions for the first stage of medical studies, transverse courses for the second stage, requirement for continuous medical training, promotion of education in outpatient medicine, etc. A similar approach could be proposed to education and communications professionals, who have a greater or lesser role in the field of health education.

Obviously professionalisation must go much further for employees of any origin working full-time, temporarily or permanently, in the field of health education, making it their job or profession (though I do

not make any real distinction between the two). I do not want to enter into the theoretical argument whereby some people reject the idea of the professionalisation of health education leading to the recognition of a specific profession (or career) on the pretext that the limits of the field are too vague and that it is shared with other professions: all emerging professions have experienced such reservations at the start. So I prefer the pragmatic approach adopted abroad by both the French Committee for Health Education (CFES) and the National Network Council\* (CNR), whereby the posts currently occupied by employees are identified, the specific health education posts are picked out, the skills needed to fill them are defined and, if possible, best practice references are determined. On the basis of this analysis, it is possible to work on the major components of professionalisation: training, qualification and status. These three components overlap and must therefore be studied in parallel.

However, I do believe that everything depends on one issue: training the "trainers". Admittedly it is essential, as shown by the national health education plan that has just been adopted by the government, to create a specific comprehensive university course, if possible in each region, but, if only to get this going and to save time, I believe that the most urgent matter is to create a core of "trainers" recognised by a board of competent health education academics and professionals. I am sure that the CFES and its network would be happy to serve such an institution.

**Prof. François Bonnet de Pailletrets**

Chairman of the Board of Directors,  
French Committee for Health Education,  
Paris, France.

*\* The National Network Council is formed by elected members of the French Committee for Health Education's network.*

# La profesionalización de la educación para la salud ¿Una ventaja para el porvenir?

Responderán sí todos quienes piensan y creen que la educación para la salud es una herramienta ineludible para levantar uno de los desafíos principales de la modernización de nuestro sistema de salud francés: la prevención, modernizada también, que se inscribe en una perspectiva de promoción de la salud.

Esta profesionalización se impone, sencillamente porque la educación para la salud es un procedimiento complejo, difícil, eficiente, pero también eventualmente contraproducente e incluso peligroso si no se adapta a los imperativos de calidad científicos y éticos.

Por consiguiente, esta profesionalización debe aplicarse a todos los intervinientes, benévolos o empleados, ocasionales o permanentes, tanto en lo que se refiere a las modalidades cuantitativas, como cualitativas, adaptadas a esta diversidad de los actores.

Si el voluntariado puede y debe mantener su sitio, el "amateurismo" es muy diferente. Quiero con ello decir que los intervinientes benévolos deben adquirir competencias sobre la educación de la salud, si efectúan una actividad específica en este campo.

Lo mismo ocurre con los profesionales de la sanidad. Muy a menudo, los médicos, los farmacéuticos, las enfermeras y practicantes... prescinden de su misión educativa (esencialmente la

educación terapéutica del paciente), por no haber sido mentalizados y capacitados para ello. Unas reformas en preparación o en curso deberían facilitar las soluciones: primer ciclo común a través de las profesiones de la salud, enseñanza transversal del segundo ciclo de los estudios médicos, obligación de formación médica continua, valorización del acto educativo en medicina ambulatoria, etc. Puede proponerse a los profesionales del mundo educativo y a los del mundo de la comunicación que intervienen, poco o mucho, en el campo de la educación para la salud un enfoque muy cercano.

La profesionalización debe ser, obviamente, mucho más intensa para los empleados que tienen, cual sea su procedencia, una actividad totalmente dedicada durante un periodo o definitivamente al campo de la educación para la salud, haciendo de ésta su oficio, su profesión (reconozco no distinguir muy bien estas dos formas).

No deseo entrar en un debate teórico, que a veces impide que la profesionalización de la educación para la salud alcance el reconocimiento de una profesión (o de un oficio) específica, con el pretexto de que su campo posee límites todavía más imprecisos, compartiéndose con otras profesiones: todas las profesiones emergentes han conocido, en sus comienzos, este tipo de reservas. Por consiguiente, prefiero un enfoque pragmático, aplicado en el extranjero y también por los grupos de trabajo

del Comité Francés de Educación para la Salud (CFES) y el Consejo Nacional de la Red\* (CNR), que consiste en identificar los puestos de actividad ocupados por los empleados actuales, guardar los específicos, definir las competencias necesarias para llevarlos a cabo y si es posible edificar referenciales de buenas prácticas. A partir de estos análisis, es posible trabajar sobre los focos principales de la profesionalización: capacitación, calificación, estatutos. Estos tres ejes aparecen mezclados, debiendo ser estudiados en paralelo.

No obstante, hay un asunto que me parece potenciar todo el resto: la capacitación de los capacitadores. Como lo exige el Plan Nacional de Educación sobre Sanidad que el gobierno francés acaba de adoptar, es esencial crear un curso universitario completo peculiar, si es posible en cada región. Ahora bien, aunque sólo fuera para iniciar y ganar tiempo, me parece urgente crear un núcleo de capacitadores reconocidos por un jurado compuesto por universitarios y profesionales competentes en cuanto a educación para la salud. El CFES y su red no dejarán, no dudo de ello, de ponerse al servicio de una institución de este tipo.

**Pr François Bonnet de Paillerets**

Presidente del Consejo de Administración del Comité Francés de Educación para la Salud (CFES), París, Francia.

\* El Consejo Nacional de la Red está compuesto por los miembros electos de la red del Comité Francés de Educación para la Salud.

# Du métier à la profession

**L'analyse de la notion de métier montre que les crises du monde industriel et sa logique de rentabilité systématique ont fait voler en éclat la place accordée à l'homme et aux savoir-faire qui constituaient les métiers. Les recompositions qui s'opèrent actuellement tendraient à plutôt valoriser la notion de profession.**

## La construction des métiers

Du Moyen Âge au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les métiers sont organisés en corporations, c'est-à-dire en organisations professionnelles regroupant les personnes exerçant le même métier. L'objectif de ces corporations était d'obtenir le pouvoir d'administrer elles-mêmes la profession et de réglementer tout ce qui se rapportait au métier. Elles avaient pour membres des apprentis, des compagnons et des maîtres.

Les maîtres, en nombre limité, étaient les chefs d'entreprises, seuls habilités à fabriquer et à commercer. L'accès à la maîtrise pour les compagnons imposait notamment de payer des droits élevés. Cet accès devenant de

plus en plus difficile, les compagnons décidèrent de constituer leur propre groupement professionnel : le compagnonnage.

Cette structure tente alors d'organiser la défense et la solidarité ouvrières. Chaque membre doit se soumettre à une initiation, à une formation professionnelle et spirituelle rigoureuse, ainsi qu'à l'observance de règles et de rites précis. C'est le devoir.

Pour les compagnons, l'adhésion au devoir signifie l'entrée dans la vie d'homme, à travers ce moment unique qu'est le « tour de France ». Chaque métier a son circuit particulier, ce tour de France doit permettre à l'aspirant compagnon d'apprendre l'infinie variété

des tours de main régionaux et de connaître la science de manière traditionnelle. École de formation technique et morale, le tour de France inculque le goût du travail bien fait, préparant à la réalisation du chef-d'œuvre par lequel l'aspirant prouvera ses connaissances et ses capacités techniques.

De nos jours encore, quelques dizaines de compagnons ébénistes, orfèvres accomplissent le tour de France au cours duquel ils apprennent à perfectionner leur art.

Dans les années 1840, ils étaient plus d'une centaine de milliers. Le compagnonnage contemporain n'est plus que la survivance d'un mouvement d'association ouvrière qui s'est développé

dans les métiers artisanaux à l'époque de la Renaissance et qui a été étouffé, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, par l'essor de l'industrie.

### L'appauvrissement des métiers

Au XIX<sup>e</sup> siècle, la révolution industrielle entraîne une nouvelle organisation du travail et modifie le paysage professionnel. Le travail artisanal va laisser la place au travail industriel. La production de chefs-d'œuvre décline au profit de la production de masse. Le métier va se morceler et l'ouvrier n'exerce plus qu'une parcelle de son métier d'origine.

Cette nouvelle organisation divise la production en tâches simples et décompose le rythme gestuel en étapes successives et répétitives. Cela oblige l'ouvrier à se perfectionner et devenir de plus en plus productif. Cette période va entraîner une dégradation de l'apprentissage des savoir-faire. L'apprentissage apparaît inutile face à la décomposition du métier. Chaque ouvrier s'adapte à son poste de travail et doit exécuter sa tâche le plus rapidement possible.

La notion de rentabilité, quasi inexistante du temps des compagnons, est le maître mot de cette période. Elle va se

matérialiser avec, d'une part, le chronomètre et, d'autre part, le paiement à la pièce. Les conditions de travail de plus en plus mauvaises vont entraîner l'émergence d'un groupement aussi influent que pouvaient l'être les corporations à leur époque. Ce sont les syndicats. Mais à l'inverse des corporations, les syndicats sont des organisations horizontales qui regroupent des catégories de travailleurs appartenant à divers secteurs professionnels. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, leurs revendications vont permettre d'améliorer les conditions et la durée du temps de travail face au taylorisme qui se répand dans toutes les branches d'activités.

### De la notion de métier à la notion de profession

Les années soixante-dix ont été marquées par de fortes crises pétrolières qui ont eu des répercussions sur le monde industriel : chômage, faillites, restructurations... Pour faire face à cette situation de crise, les entreprises ont recours à de nouvelles méthodes de management. D'une part, elles se recentrent sur leur cœur de métier, ce qui leur permet de développer leur spécialité, leur savoir-faire. D'autre part, elles prennent en compte davantage le facteur humain qui devient un élément déterminant de la gestion et de la réussite d'une entreprise.

L'homme n'est plus perçu comme une charge mais comme une ressource dont il est nécessaire de bien connaître les compétences. À ce stade, le métier se définit par les notions de savoir, de savoir-faire et de savoir être. La professionnalisation devient un processus continu tout au cours de la vie grâce aux formations proposées par l'entreprise et à l'expérience accumulée.

Avec le développement des services et le déclin des métiers techniques, la notion de métier laisse le plus souvent la place à la notion de profession, dont l'acceptation moderne se focalise de plus en plus sur les compétences, reléguant au second plan les fonctions, les emplois.

**Séverine Barrère**

Dess d'ingénierie de formation,  
stagiaire au Comité français  
d'éducation pour la santé (CFES),

**Gérald Covas**

Secrétaire général du Comité français  
d'éducation pour la santé (CFES), Vanves,  
France.

### Glossaire de quelques mots clés...

**Métier** : Ensemble de compétences professionnelles acquises grâce à une formation, un apprentissage et par l'expérience. Avoir un métier ne signifie pas systématiquement avoir un emploi, mais bien posséder un ensemble de capacités socialement reconnues.

**Emploi** : Situation de travail d'une personne effectuant une activité et correspondant au versement d'un salaire.

**Poste** : Situation de travail entièrement définie par l'organisation quant au lieu d'exercice, son contenu et ses modalités d'exécution, indépendamment de celui qui l'occupe. Il est décrit par une mission et des activités.

**Fonction** : Situation de travail dans laquelle l'organisation présente une certaine souplesse, le titulaire disposant d'un pouvoir d'influence pour élargir et enrichir le contenu de son emploi.

**Activité** : Ensemble de tâches organisées et logiques concourants à l'atteinte d'un résultat.

**Tâche** : La plus petite unité organisationnelle de travail, finalisée par un objectif clair (ou mission) et qui peut, de ce fait, être efficacement confiée à un salarié disposant d'une faible marge d'initiative.

**Compétence** : Ensemble de connaissances, de savoir-faire et de comportements structurés en fonction d'un but dans un type donné de situation de travail.

**Qualification** : La capacité personnelle d'un salarié à exercer un métier. La qualification intègre à la fois des éléments qui présument de son existence (diplôme, expérience dans le métier, etc.) et des éléments qui témoignent de sa réalité (compétences).

**Profession** : La profession, c'est l'ensemble des personnes exerçant un même métier qui a un certain prestige social ou intellectuel.

**La famille professionnelle** : La famille professionnelle concerne un ensemble de métiers ayant des domaines d'activités communs selon deux critères : une technicité dominante et une culture professionnelle commune.

**Professionnalisme** : Qualité d'une personne qui exerce une activité, un métier en tant que professionnel expérimenté.

**Professionnaliser** : Donner à une activité le caractère d'une profession.

## From trade to profession

### Glossary of a few key words ...

**Trade:** Set of occupational skills acquired through training, apprenticeship and experience. Having a trade does not necessarily mean having a job, but having a set of socially recognised skills.

**Employment:** A working situation held by a person working in a given capacity in return for payment of a salary.

**Position:** A working situation entirely defined by the organisation in question, job description and the methods and procedures for carrying out the work, independently of what the individual actually does. It is described by a mission statement and the activities involved.

**Function:** A working situation in which there is some flexibility in the organisation, the holder is able to influence the scope and variety of his or her job content.

**Activity:** All organised and logical tasks working in concert to achieve a result.

**Task:** The smallest organisational unit of work, targeted by a clear objective (or mission) and which may, as a result, be efficiently entrusted to an employee with little room for initiative.

**Skill:** The knowledge, know-how and behaviours structured as a function of an aim in a given type of working situation.

**Qualification:** The personal ability of an employee to practice a trade. Qualification includes both elements that assume this because of their existence (degree, diploma, experience in the trade, etc.) and elements that testify to their reality (skills).

**Profession:** The profession is the totality of all people carrying out the same vocational occupation, which has a certain social or intellectual prestige.

## Del oficio a la profesión

### Glosario de algunas palabras clave...

**Oficio:** Conjunto de experiencias profesionales adquiridas gracias a una formación, un aprendizaje y por experiencia. Tener un oficio no significa sistemáticamente tener un empleo, sino poseer bien un conjunto de capacidades socialmente reconocidas.

**Empleo:** Situación de trabajo de una persona que efectúa una actividad a la que corresponde el pago de un salario.

**Puesto:** Situación de trabajo totalmente definida por la organización en cuanto al lugar de ejercicio, su contenido y modalidades de ejecución, independientemente de quien lo ocupe. Se describe mediante una misión y actividades.

**Función:** Situación de trabajo en la que la organización presenta cierta flexibilidad y el titular dispone de un poder de influencia para ampliar y enriquecer el contenido de su empleo.

**Actividad:** Conjunto de tareas organizadas y lógicas que concurren en el logro de un resultado.

**Tarea:** La menor unidad de organización de trabajo, finalizada mediante un objetivo claro (o misión) que puede, por consiguiente, ser confiada eficientemente a un empleado que disponga de un escaso margen de iniciativa.

**Competencia:** Conjunto de conocimientos, saberes y comportamientos estructurados en función de un objetivo en un tipo dado de situación de trabajo.

**Calificación:** La capacidad personal de un empleado para ejercer un oficio. La calificación integra a la vez elementos que suponen su existencia (título, experiencia en el oficio, etc.) y elementos que atestiguan de su realidad (competencias).

**Profesión:** Constituyen la profesión las personas que en su conjunto ejercen un mismo oficio, con cierto prestigio social o intelectual.

Éditorial, *Claude Renard, Anne Malice*

La santé des adolescents en question,  
*Patrick Alvin*

Améliorer l'hospitalisation des adolescents

Les spécificités de l'hospitalisation des adolescents,  
*Claude Renard*

L'hospitalisation des jeunes : partage d'expériences françaises,  
*Geneviève Noël*

Des adolescents en pédiatrie : la prise en charge d'une équipe,  
*Elisabeth Tassin*

L'Espace Plein Ciel : un espace pour les « préados » et adolescents,  
*Gildas Jouanno*

Belgique : des changements dans la prise en charge des enfants et des adolescents à l'hôpital,  
*Isabelle Bauraind*

Offrir de nouvelles structures de soins aux adolescents

Motivations et apports d'une prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire de la santé des adolescents,  
*Jean-Pierre Bourguignon, Sophie Grignard, Fabienne Glowacz, Colette Walthéry, Sylvie Boden*

Une consultation multidisciplinaire à l'hôpital universitaire des Enfants Reine Fabiola,  
*Walter Burniat*

Accompagner les adolescents dans la gestion de leur problème de santé

Particularités de la prise en charge de l'excès pondéral chez l'adolescent : résultats d'une

enquête exploratoire et implications pour la pratique,  
*Sophie Grignard, Jean-Pierre Bourguignon, Michel Born, Philippe Mairiaux, Chantal Vandoorne*

Les représentations de la maladie et de l'autonomie chez l'adolescent diabétique. Résultats d'études exploratoires,  
*Miguel Lardinois*

Prise en charge des adolescents asthmatiques : quelques repères,  
*Nadia Steenbeek, Suzanne Van Rokeghem, Anne Malice*

De la compliance à l'adhésion au traitement : quelques réflexions d'une infirmière en néphrologie,  
*Danielle Baudour*

À propos de l'autonomie,  
*Claude Renard*

Pour en savoir plus

Hors dossier

L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les IFSI français,  
*Maryse Justimus, Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois*

« Soins aux adolescents... Identités en mouvement » (vol. 19, n° 3, 2000) au prix de 7,44 euros – 8,75 Frf – 300 FB, frais de port inclus (pour les commandes de 10 exemplaires ou plus le prix est de 3,72 Euros – 24,38 Frf – 150 FB hors frais de port).

Centre d'éducation du patient  
Rue Fond de la biche, 4, B 5530 Godinne, Belgique  
Tél. : 32.82.61.46.11 – Fax : 32.82.61.46.25  
Email : cep\_godinne@skynet.be

## Soins aux adolescents... identités en mouvement

Le Bulletin d'éducation du patient consacre un de ses numéros à l'adolescence. Il ouvre des pistes de réflexion sur la base d'expériences diverses développées en France et en Belgique. Une partie de ce dossier reflète et synthétise plusieurs communications effectuées dans le cadre du colloque organisé par l'association H.U. en mars 1999, intitulé « Adolescents à l'hôpital : quelles solutions construire ? ». Il s'enrichit de plusieurs témoignages d'experts, d'équipes de recherche et d'intervenants confrontés à l'accompagnement de ces adolescents.

# Le métier d'éducateur pour la santé : un siècle d'évolutions

**Enseignant à l'École nationale de la santé publique, Philippe Lecorps feuillette pour ce dossier de *La Santé de l'homme* le livre d'histoire de l'éducation pour la santé : du prosélytisme militant de ses débuts à une conception actuelle de responsabilité collective de la santé.**

Il eût fallu mobiliser des historiens chevronnés pour décrire finement, au travers des évolutions politiques et sociales du siècle dernier, le contenu philosophique et pratique du concept d'éducation appliqué à la santé et découvrir ainsi les acteurs sommés de s'y consacrer. Faute de ce travail, nous ne pouvons vous présenter ici qu'une lecture cursive et fragmentaire d'évolutions saisies au travers de quelques textes empruntés à l'unité d'archives d'iconographie et d'histoire de l'École nationale de la santé publique de Rennes. La confrontation d'écrits parus au sortir de la Seconde Guerre mondiale, d'autres vers la fin des années soixante et ceux d'aujourd'hui permettront d'illustrer face à l'évolution des concepts, les raisons de l'apparition de nouveaux acteurs et peut-être d'ouvrir de nouvelles perspectives.

## La santé comme croisade

Louis-Paul Aujoulat (1) fait remonter l'origine de l'éducation sanitaire et sociale en France à 1922, haut moment de la lutte contre la tuberculose et le péril vénérien. D'emblée, ce qui frappe dans les écrits de cette époque, c'est le caractère volontariste, militant et quasiment « pastoral », au sens religieux du terme, de l'éducation sanitaire. Lucien Viborel (2) qualifie l'action éducative de « croisade », les acteurs « d'apôtres » dévoués à la propagation des « lois de la vie saine » ou mieux encore « des lois fondamentales de la vie saine ». Louis-Paul Aujoulat qualifiera de « zéloteurs » les professionnels qui s'y consacrent.

Apparaît dans ces écrits de la fin des années quarante, l'urgente nécessité de conversion des « masses » aux lois de

l'hygiène. Ainsi, le Professeur Andrieu de Toulouse développe son enseignement des deux dimensions de l'hygiène, celle de l'individu, celle de la collectivité. L'hygiène de « l'individu isolé » comprend l'hygiène corporelle et vestimentaire, l'hygiène alimentaire, mais aussi la protection contre les maladies infectieuses. « L'hygiène dans la collectivité » énonce les consignes concernant la maison, l'urbanisme, l'eau potable et les nuisances. Dans son adresse aux éducateurs de santé, Lucien Viborel met en exergue la finalité de leur intervention, dans un langage aujourd'hui fortement connoté : « Une race ne sera réellement forte et protégée contre les maladies contagieuses que lorsque l'éducation sanitaire aura été complètement réalisée » (2). On espère beaucoup de l'éducation sanitaire !

« La prédisposition aux maladies réside surtout dans les fautes d'hygiène et notamment : insalubrité du logement, alimentation défectueuse, alcoolisme, surmenage et excès de tous genres, travail dans des conditions insalubres, mauvaise hygiène mentale et immoralité ». Cette citation du Professeur Delore, professeur à la faculté de médecine de Lyon et fondateur de *La Santé de l'homme*, extraite d'un manuel d'éducation sanitaire dirigé par Lucien Viborel (3) édité en 1953, où il expose clairement la philosophie de l'époque : une bonne intelligence des lois de la nature et un peu de volonté permettraient à l'individu d'échapper à la maladie. Dès lors, les acteurs de l'éducation sanitaire sont tout à fait indiqués : *médecins et pharmaciens* pour ce qui relève de l'individu et *ingénieurs* pour l'environnement. Naît à cette époque le

souhait de créer un corps d'éducateurs de santé, qui pourrait apporter à chaque problème rencontré la réponse scientifique appropriée. Les éducateurs doivent être de « bons vulgarisateurs » et s'appuyer sur la propagande, car c'est bien la foi dans l'excellence de la santé qu'il s'agit de répandre. La propagande doit produire « un état de compréhension et de sympathie à l'égard de la cause de la santé humaine et de l'hygiène » (3). Dans le sillage d'Alexis Carrel, les auteurs appellent à « la conquête de la santé naturelle (qui) demande un approfondissement considérable de notre connaissance du corps et de l'âme » (4).

Cependant, l'éducation n'est pas une simple transmission de notions ou de documentation, c'est « une intégration des données de l'hygiène dans la vie de chaque jour ; c'est un comportement, une attitude devant la vie » (5). Dès l'origine, la dimension sociale n'est pas absente de la pensée des auteurs, ainsi Louis-Paul Aujoulat (6) rappelait la nécessaire « conscience sociale, qui veut mettre en œuvre les progrès et les moyens capables de couvrir la misère, de conjurer les déséquilibres ou les inégalités devant la vie, de renforcer les solidarités naturelles (...) pour affronter les renouvellements incessants des conditions de vie ».

Cette période – admettons bien volontiers le caractère cavalier de ce découpage historique – était un temps où les problèmes sanitaires se nommaient tuberculose, alcoolisme, péril vénérien, mortalité infantile et cancer, un temps où les professionnels de santé se plaisaient à penser qu'une

bonne vulgarisation des connaissances et l'orchestration bien menée d'une propagande sanitaire suffiraient à entraîner l'adhésion des masses. Ces croyances ont fait long feu.

### **L'éducation pour la santé : un champ à structurer**

Les trois objectifs de l'éducation sanitaire proposés par le docteur Etienne Berthet (7), à cette époque directeur général du Centre international de l'enfance, « *d'informer les individus, les familles et les collectivités sur les moyens de promouvoir et de préserver leur santé ; de conduire les individus, les familles et les collectivités à modifier leurs comportements, leurs habitudes et leurs motivations pour promouvoir et préserver leur santé, de convaincre les individus, les familles et les collectivités que la santé est le préalable nécessaire à tout développement économique et social* », portent encore la marque d'un dirigisme bienveillant de l'éducateur qui se doit d'informer, de conduire, de convaincre.

On ne peut évoquer, même brièvement, l'évolution des idées sur l'éducation pour la santé dans notre pays, sans citer l'avis adopté par le Conseil économique et social (8) de 1982, dont Émile Levy était le rapporteur. L'énoncé des orientations à retenir n'a pas pris une ride :

**1.** « *un préalable : l'affinement des conceptions en matière d'action éducative, fondé sur un effort permanent d'évaluation de toutes les expériences* » ;

**2.** « *adapter les actions éducatives aux nouveaux risques, aux groupes délaissés, aux différences d'âge ou de niveau socioculturel, aux besoins spécifiques des Régions, aux demandes individualisées d'éducation pour la santé, à la dimension collective de certaines actions* » ;

**3.** « *coordonner les initiatives, associer les professions, les associations, coordonner les actions d'éducation pour la santé entre les différentes collectivités territoriales, coordonner les différentes actions thématiques* » ;

**4.** intégrer l'éducation pour la santé dans une politique d'ensemble, politique de prévention et place à construire dans l'ensemble du système de santé. Le rapport soulignait enfin, la nécessaire cohérence de l'éducation pour la santé avec la politique économique, sociale et culturelle. Ce rapport a vingt ans, mais

les choses ont-elles progressé substantiellement ? Ne sommes-nous pas toujours en attente des moyens financiers prévus pour le développement de l'éducation pour la santé, mais aussi d'une mise en ordre des institutions, du renforcement des structures nationales régionales et locales ?

Aujourd'hui comme hier, chacun observe des comportements dommageables à la santé, des chances de vivre qui ne sont pas saisies ou qui sont gâchées. La mort est toujours indue, reconnaissons-le, mais bon an mal an, nous produisons 60 000 morts par suite du tabagisme, 45 000 dues à une alcoolisation excessive, 18 000 par accidents de la vie courante, 8 000 par accidents de la route, 11 000 par suicide ! Devant ce palmarès macabre, on se plaît à penser que l'éducation pour la santé pourrait nous éviter quelques décès, ce qu'en langage de santé publique on appelle les « morts évitables », c'est-à-dire celles qui dépendent largement des conduites des hommes. Cependant, se retourner aujourd'hui vers l'éducation pour la santé ne se résume plus à asséner au peuple le discours sur le bien-vivre et le développement du « capital » santé, mais à construire avec lui le savoir dont il a besoin pour faire face aux problèmes rencontrés.

### **Vers une population actrice de sa propre santé**

Le Plan national d'éducation pour la santé (9) use d'une autre formulation qui n'est pas, nous l'espérons, qu'affaire

de mode ; elle traduit une place différente accordée à la population convoquée comme acteur de sa propre santé. Il s'agit dans ce plan de « *permettre à chacun, d'acquérir dès son plus jeune âge les aptitudes indispensables à la promotion de sa santé, de s'approprier les informations utiles sur la santé, les maladies, les traitements, les moyens de prévention, d'utiliser de manière optimale les services de santé et de s'impliquer dans les choix relatifs à sa propre santé et à celle de la collectivité* ». Dans ce même document, s'inscrivant dans la lignée de la Charte d'Ottawa de 1986, la promotion de la santé se décline comme une démarche politique pour créer les conditions du déploiement de la santé. Les acteurs de ce champ sont alors nommés : « *Les parents, les enseignants, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les associations d'usagers ou les groupes d'entraide (...) soutenus par des professionnels spécialisés* ».

Le Conseil national du réseau (10) présente, lui aussi, quelques exemples d'applications de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé : éducation pour la santé et à la citoyenneté à l'école, action communautaire pour agir sur l'environnement, lutte contre les exclusions, santé au travail, éducation pour la santé du patient. Les problèmes de santé énoncés : dépendances aux substances psychoactives, problèmes nutritionnels, dépression et suicide, cancers, accidents de la voie publique, etc.

Si ces thématiques – nutrition, cancers, éducation du patient, addictions diverses – empruntent quantité de connaissances à la médecine, aucune n'y trouve la totalité de son traitement. L'évolution de la compréhension des mécanismes de production des comportements a ouvert le champ à des acteurs nouveaux formés globalement aux sciences humaines, à la sociologie, l'anthropologie, la psychologie clinique ou l'animation sociale. Si les problèmes de l'environnement font appel aux sciences de l'ingénieur, ils mobilisent également les réflexions et l'engagement politique sur des thématiques nouvelles de développement durable, de protection de la biodiversité, etc. Lorsque l'éducateur pour la santé se confronte aux problèmes de l'exclusion, de la violence, du mal-être ou du suicide, le danger serait qu'il médicalise des phénomènes qui, certes, ont des frontières communes avec la santé, mais qui d'abord relèvent d'une problématique politique.

L'éducation pour la santé nécessite ainsi une pluralité d'acteurs qui, chacun avec les instruments scientifiques de leurs corps d'appartenance, peuvent contribuer à identifier avec la population les besoins de santé et construire avec elle les réponses possibles.

#### Philippe Lecorps

Psychologue, enseignant à l'École nationale de la santé publique (ENSP), département Politiques et Institutions, Président du Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne, Rennes, France.

### El oficio de educador para la salud: un siglo de evoluciones

Philippe Lecorps

Del proselitismo militante de los comienzos hasta la concepción actual de la responsabilidad colectiva de la salud, Philippe Lecorps, profesor a la Escuela nacional de salud pública de Rennes en Francia, retraza el historial de la educación para la salud. Una historia que ha evolucionado mucho en un siglo y, con ella todos sus actores.

Pueden encontrarse los orígenes de la disciplina en Francia en los años veinte, periodo de intensa lucha contra la tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades venéreas. La acción educativa se califica entonces de "cruzada" y sus actores son los "apóstoles" de la vida sana para todos. Treinta años más tarde, para extender la fe en la excelencia de la salud, apoyada por un comportamiento individual ejemplar, el educador se apoya también en un necesario progreso social, pero todavía cree que la propaganda lo puede todo. Al pasar los años ochenta, el discurso se va afinando y la educación para la salud se percibe como que debe integrarse en una política de conjunto, en coherencia con el sistema de salud, pero también la política económica, social y cultural. El papel del educador se va ampliando y sus orígenes socioculturales diversificándose. Se incita a toda una población en convertirse en actora de su propia salud. Sólo queda ahora por lograr este trabajo en binomio.

### The job of the health educator: a century of change

Philippe Lecorps

From the militant preaching of the early days to the present concept of collective responsibility for health, Philippe Lecorps, a professor at the French National School of Public Health in Rennes, retraces the history of health education - a story which has changed considerably in one century, and with it, those involved.

The origins of this discipline in France date back to the 1920s, a period of an intense fight against tuberculosis, alcoholism and sexually transmitted diseases. The educational campaign was then described as a "crusade" and its workers the "apostles" of a healthy life for all.

Thirty years later, in order to propagate belief

in the excellence of health maintained through exemplary individual behaviour, the educator also made use of a necessary social advance, but he still believed that anything could be achieved through propaganda.

As the 1980s arrived, discussion became sharper and health education was perceived as having to be an integral part of overall policy, in step with the health system but also with economic, social and cultural policy. The educator's role broadened and their social and cultural backgrounds became more diverse. An entire population is encouraged to play a part in their own health. Today this dual task has yet to be successfully completed.

### ► Références bibliographiques

(1) Le Dr Louis-Paul Aujoulat, ancien ministre de la Santé publique, médecin-inspecteur général de la Santé publique, secrétaire général du Comité français d'éducation sanitaire et sociale et de l'Union internationale d'éducation pour la santé.

Aujoulat L.-P. *La promotion de la santé par l'information et l'éducation*. conférence à l'Académie de médecine du 5 mai 1970.

(2) Lucien Viborel, ancien conseiller technique sanitaire, chef de la Propagande éducative au ministère de la Santé publique, directeur de l'Éducation sanitaire au Comité national de défense contre la Tuberculose, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique, secrétaire de la section d'Éducation sanitaire du Comité permanent d'Hygiène sociale, Lauréat de l'Académie de médecine, Lauréat de l'Académie des Sciences. Voilà les titres qui accompagnent la signature de son ouvrage de 1944. En 1953, il était directeur du Centre national de l'éducation sanitaire, démographique et sociale au ministère de la Santé publique et de la Population.

Viborel L. *L'éducation sanitaire science d'action*. Préf. du Pr. Jacques Parisot. Tours : Arrault et Cie, 1944.

(3) Viborel L. (sous la dir. de). *L'éducation sanitaire*. Tours : Arrault et Cie, 1953.

(4) Carrel A. *L'homme cet inconnu*. Paris : Plon, 1935.

(5) Delore P. *L'éducation de la santé*. Paris : Flammarion, 1942.

(6) Aujoulat L.-P. *Santé et développement en Afrique*. Paris : Armand-Colin, 1969.

(7) Berthet E. *L'Éducation de la santé*. Doct. Ronéoté, 1970 ; ARCH/0163 ENSP. Rennes.

(8) *L'Éducation pour la santé*. Avis et Rapports du Conseil économique et social. Journal officiel, 7 octobre 1982.

(9) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. *Plan national d'éducation pour la santé*. Janvier 2001.

(10) Le Conseil national du réseau est composé de membre élus des comités du réseau du Comité français d'éducation pour la santé.

Conseil national du réseau. *L'éducation pour la santé, un service pour le public, un enjeu pour la modernisation du système de santé*. Propositions à Madame le secrétaire d'État à la Santé, rapp. dactylo., novembre 2000.

# Trajectoires personnelles et professionnelles

**Paroles d'une profession ? Paroles de professions ! Quelques entretiens réalisés par Fabien Tuleu et Philippe Lecorps permettent de faire émerger le foisonnement et la diversité de parcours personnels et professionnels autour de ce « métier » d'éducateur pour la santé. Comment renforcer la structuration et la reconnaissance de cette profession en construction, tout en préservant la richesse de ses origines et sur quels fondements doit s'appuyer cette « normalisation » ?**

Pour nous permettre d'identifier les métiers de l'éducation pour la santé, tels qu'ils s'exercent actuellement, nous avons choisi d'adresser un mini-questionnaire à des professionnels issus de différents organismes ou institutions qui œuvrent activement dans ce champ<sup>1</sup>.

## Enquête sur l'archéologie d'un métier... en constitution !

Professionnels du réseau de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), de l'Éducation nationale, du réseau des comités d'Éducation pour la santé (Cres et Codes), des caisses d'Assurance maladie (Urcam, Cram et CPAM), de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit) ou de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), tous ont bien voulu se plier de bonne grâce à l'exercice et nous souhaitons les en remercier chaleureusement<sup>2</sup>.

Les lignes qui vont suivre constituent une synthèse de ces questionnaires et nous ne saurions prétendre à l'exhaustivité des métiers de l'éducation pour la santé. Elles permettent toutefois de témoigner d'un certain nombre de repères communs qui balisent les trajectoires personnelles et individuelles de ces professionnels, même si l'on ne peut rendre compte d'une linéarité et d'une homogénéité de ces parcours. Est-ce d'ailleurs souhaitable ?

Si l'on considère le champ de l'éducation pour la santé comme un carrefour de problématiques où se mêlent des valeurs, des pratiques, du partenariat, des outils et des méthodes provenant de secteurs et de disciplines variés, il est sans doute légitime et enrichissant que s'y croisent – du point de vue de ses acteurs – des professions, des femmes et des hommes, des parcours, des histoires et des singularités tout aussi différentes.

Pour autant, ce qui semble produire la richesse des approches, des regards et des pratiques constitue souvent le meilleur terreau de nos détracteurs qui ne manquent pas de pointer la disparité des actions, des discours, le déficit de référentiels faisant autorité, ou encore l'éclatement des missions et des structures dans le champ de l'éducation pour la santé, qui apparaissent comme autant de concurrents potentiels.

Les mythes grecs racontent qu'à l'aube des temps régnait le chaos, et que du chaos est née Gaïa, la Terre. Si l'on s'attache à penser que les mythes servent notamment à produire du sens, chacun pourra tirer des enseignements de ce voyage en terres fertiles d'éducation pour la santé !

Pour synthétiser ces trajectoires autour de repères communs, nous aborderons successivement :

- les métiers d'origine
- des cheminements personnels
- les champs d'action et les expériences professionnelles
- les compétences
- les capacités
- et les recommandations des professionnels.

Dans cette synthèse, nous nous sommes enfin attachés à restituer des extraits d'entretiens qui avaient retenu notre attention.

## Les métiers d'origine...

On trouve quatre corps de métiers d'origine chez les professionnels de l'éducation pour la santé interrogés : des personnes issues du champ des sciences humaines (psychologues, sociologues), de la santé (infirmières, médecins), de l'animation socioculturelle (en regroupant à la fois l'éducation populaire et le développement social) et un autre champ recoupant diverses origines : juristes, prêtre ou économiste.

## ... pour quelles fonctions actuelles ?

On ne peut résister à l'envie de décliner les différentes dénominations avancées par les professionnels à la question : « Quelles fonctions exercez-vous actuellement ? ». Il en ressort un catalogue à la Prévert où l'on retrouve : « chef de projet en innovation sociale et

*prévention, responsable de la mise en place et de la coordination de l'ensemble des activités de promotion de la santé, animateur ou animatrice prévention, attachée de direction pour l'activité de promotion de la santé, chargé de projet, conseiller technique... »*

Une synthèse est impossible à réaliser face à une telle mosaïque de dénominations. Des mots clés retiennent toutefois notre attention : coordination, animation, innovation, projet, conseil..., autant d'indicateurs sur la nature de l'activité d'éducation pour la santé qui nécessite de lui « donner de la vie » (origine latine d'animer), se donner de la cohérence (coordonner) et du cadre (gestion de projet, conseil).

### **Des cheminements personnels**

Nous avons aussi interrogé les professionnels sur la dimension personnelle de leur parcours, car nous avons comme hypothèse que celle-ci avait une influence quant à une inscription professionnelle dans le champ de l'éducation pour la santé. Sans doute n'est-ce pas le privilège de ce secteur !

Les parcours personnels témoignent d'engagements pour « le social » ou « l'utilité ». *« J'ai toujours été attirée par le domaine sanitaire et social. Cette tendance était nourrie par des qualités personnelles : empathique, solidaire, refus des inégalités »*. Un choix personnel semble présider à l'orientation professionnelle initiale qui conduit après vers l'éducation pour la santé. La « proximité » avec les publics en difficulté revient régulièrement, qu'elle concerne les premiers métiers ou des choix individuels, y compris religieux.

### **Les champs d'action et les expériences professionnelles**

Si les métiers d'origine ont des provenances très diversifiées, l'analyse des lieux d'exercice, des champs d'action et des expériences professionnelles permet d'identifier des « passages » communs aux professionnels qui exercent actuellement dans le champ de l'éducation pour la santé. Ces passages concernent :

- le travail auprès des populations en difficulté et l'engagement dans la lutte contre les inégalités ;
- l'action sociale ou éducative dans les quartiers défavorisés.

### **Les compétences**

Dans le cadre de cette analyse, la notion de compétences est à entendre au sens large ; nous avons choisi de distinguer le registre des compétences techniques d'une part, du registre des compétences individuelles d'autre part.

- Du point de vue des compétences techniques : les professionnels mettent volontiers en avant les savoir-faire liés à la méthodologie et la gestion de projet, la maîtrise d'outils d'évaluation et de valorisation de leur activité, et il est à noter que les professionnels issus de la santé citent aussi leurs connaissances scientifiques et médicales.

Un autre aspect ressort de l'analyse, c'est la compétence liée à l'analyse et la lecture des politiques publiques, préalable à la possibilité de situer son action comme professionnel de l'éducation pour la santé.

- Du point de vue des compétences

individuelles, il convient d'être prudent sur l'analyse proposée. Il ressort des réponses aux questionnaires, des compétences liées à la possibilité de s'adapter aux situations et aux publics, des compétences liées à la prise en compte globale des personnes tout en les positionnant au centre des actions.

Le relationnel est mis fortement en avant. *« Je suis de plus une personne créative, qui recherche l'indépendance tout en appréciant les contacts » ; « Il faut être convaincu que le regard porté sur l'autre que j'accueille est déterminant pour ce qu'il amorce une démarche de prévention ou de soins »*.

La modestie, la capacité à se remettre en question et l'humour ressortent aussi des entretiens sur le versant des compétences personnelles : *« (...) de l'humilité, beaucoup de patience, et... de l'humilité ! » ; « Ne pas se prendre trop au sérieux, je suis peut-être celui qui*

sème, c'est croire un peu en soi, mais probablement pas celui qui récolte ! »

### Les capacités

Les capacités se distinguent des compétences au sens où elles réfèrent moins aux potentiels qu'à leur traduction dans la pratique. Les professionnels mettent donc en avant les capacités liées aux champs de compétences précités : des pratiques liées à l'animation, la méthodologie de projet, la gestion du temps et le travail en partenariat. « *Le travail en partenariat, la mise en place d'actions d'envergure, l'approche globale des difficultés rencontrées par le public démuni, la capacité d'analyse de situations constituent des éléments forts dans la façon dont j'ai appréhendé ma mission* ». « *Le développement de ces métiers porte aussi sur la capacité de ces acteurs à décloisonner leurs activités et à innover pour s'adapter aux nouvelles réalités sociales et sanitaires, aux pré-occupations naissantes, aux nouvelles pratiques culturelles, professionnelles ou technologiques qui ont une incidence sur la personne humaine* ».

### Les recommandations des professionnels pour développer les métiers de l'éducation pour la santé

Les recommandations proposées par les professionnels sont de trois ordres.

**1.** Les recommandations techniques : elles concernent la définition de référentiels de compétences et la création de filières de formations qualifiantes en éducation pour la santé. « *Plutôt que de spécialiser ou développer ce métier, il me semble qu'il serait plus judicieux de chercher à inclure dans les formations initiales des modules d'éducation pour la santé* ». « *Il faudrait une formation spécifique en méthodologie en éducation pour la santé pour les arrivants, qui soit "labellisée" par les réseaux acteurs et/ou par l'université* ». « *Il faut définir d'une manière claire ces métiers* ».

**2.** Les recommandations politiques : elles concernent la nécessité que soit fait un choix politique en faveur de l'éducation pour la santé ; d'un cadre précis se dégageraient alors des références claires et repérant sur les métiers. « *Il faut développer plus de moyens financiers pour pérenniser des postes et compléter des formations* ». « *Maintenir un haut degré d'exigence !* ».

**3.** Les recommandations financières : découlant des deux premières, les professionnels mettent en avant le renforcement nécessaire des moyens à consacrer à l'éducation pour la santé pour parvenir à la structuration des métiers.

### Pour ne pas conclure...

Les témoignages et leur analyse ne nous invitent pas à conclure, mais nous incitent plutôt à permettre au débat et à la réflexion de se poursuivre. L'expérience de nos collègues nord-américains rapportée dans ce même numéro nous enseigne qu'il a fallu une vingtaine d'années pour qu'émerge une structuration des métiers. Le chantier est donc ouvert.

On ne peut que se réjouir des nouvelles compétences qui arrivent dans notre champ comme autant de gages de professionnalisme. Il nous semble cependant qu'une structuration plus forte de ces métiers (en termes de définition, de conventions collectives ou de filières de formation) passe nécessairement par une dynamique interne – ou endogène – à ses acteurs : si le Plan national d'éducation pour la santé, présenté par Bernard Kouchner en février 2001, offre un cadre de développement de l'éducation pour la santé, notamment pour les domaines de la formation et de la recherche, il reste à savoir comment les professionnels seront à même de contribuer à la définition des conditions de structuration, pour ne pas les subir, au-delà de leurs clivages. Forts de ces enseignements et de ces encouragements, les acteurs de l'éducation pour la santé en France sauront-ils dépasser des clivages structurels, corporatistes ou concurrentiels pour s'en ressaisir et faire un peu avancer les choses ?

**Fabien Tuleu**

Responsable du service  
Appui au développement de l'éducation  
pour la santé, Comité français d'éducation  
pour la santé, Vanves, France.

1. Voir questionnaire en annexe.

2. Agnès Ang, Christian Auger, Mobamed Boussouar, Laure Carrère, Joëlle Durant, François Hervé, Véronique Le Pallec, Jean Machon, Claire Maitrot, Michèle Perrot, Marie-claude Romano, Brigitte Tastet, Franck Truong, Geneviève Vaisse.

### Personal and professional paths in health education

Fabien Tuleu

Based on a mini-survey of professionals working in different organisations and institutions, Fabien Tuleu attempts to survey the personal and professional paths of those involved in health education.

This article provides an account of the diversity of occupational backgrounds – psychologists, sociologists, doctors, nurses and social workers as well as legal advisers and priests – the wide variety of functions they fulfil, and at the same time, a kind of common path shared by all those working in health education or those in who work closely any field with populations in difficulty and are engaged in the fight against inequality.

The medley of individual skills and abilities comes from this abundance of personal backgrounds. But following the example of the North American experience, the process of creating a professional structure for this profession can now start in France.

### Trayectorias personales y profesionales en educación para la salud

Fabien Tuleu

A partir de un minicuestionario dirigido a profesionales que obran en diversos organismos o instituciones, Fabien Tuleu intenta esbozar las trayectorias personales y profesionales de los actores en educación para la salud.

Este artículo da cuenta de la diversidad de las profesiones de origen – sicólogos, sociólogos, médicos, enfermeras, animadores, pero también jurista o cura – de la multiplicidad de las funciones y, al mismo tiempo, de una especie de recorrido común: todos los actores de la educación para la salud, o casi, se sienten cercanos a las poblaciones en dificultad y se han comprometido en la lucha contra las desigualdades.

El mosaico de las competencias y capacidades de cada uno procede, a su vez, de todos estos matices de los orígenes individuales. Ahora bien, como en la experiencia norteamericana, la obra de estructuración de los oficios puede abrirse hoy día en Francia.

# Paroles d'acteurs

**Voici de larges extraits des questionnaires que nous ont envoyés les acteurs des différents réseaux que nous avons interrogés pour bâtir ce dossier. Plus que la crainte d'une vision morcelée et peu cohérente du métier d'éducateur pour la santé, ce sont les richesses des parcours et des représentations que nous avons voulu vous faire partager.**

## « L'éducation pour la santé participe à la construction du projet professionnel »

**Franck Truong, chef de projet à la Mutualité de Loire-Atlantique**

**Q.1** J'exerce le métier de chef de projet en innovation sociale et prévention au sein de la mutualité de la Loire-Atlantique. À ce titre, mes fonctions concernent la recherche, l'étude de faisabilité, le développement et l'évaluation de programmes de prévention et d'éducation à la santé qui sont menés en lien avec les différents acteurs de santé publique et les individus ou groupes d'individus concernés par ces programmes.

**Q.2** Mon itinéraire professionnel est quelque peu atypique ; je suis juriste de formation, titulaire d'une maîtrise en droit public, et j'ai ensuite opté pour une formation complémentaire également à caractère généraliste, en sociologie du développement social.

À l'issue de ma formation, je me suis orienté vers une première entrée professionnelle qui répondait à une logique d'expertise et de développement d'actions de réduction des inégalités sociales faisant intervenir différents acteurs du champ social et sanitaire ou du secteur public. Le poste que j'occupe aujourd'hui en éducation pour la santé répond assez clairement à ces attentes.

**Q.3** Globalement, ma formation m'a permis d'appréhender ce métier au moins pour ce qui est des activités liées au développement de projets. D'abord, la formation juridique qui permet d'apporter une forme de structuration légitimée dans la réalisation des programmes. Ensuite, la sociologie du développement social pour mieux comprendre les logiques d'actions des différents acteurs de santé publique, pour analyser et retranscrire les besoins et les demandes à l'échelle des personnes ou des groupes.

L'envers du décor, c'est qu'il m'a fallu acquérir des compétences spécifiques propres à l'éducation à la santé et réadapter mes outils de travail pour les rendre plus pertinents (grilles d'éva-

luation, outils d'animations, fiches projet, rapports d'étape, diagnostic de faisabilité, etc.).

**Q.4** C'est un métier à facettes multiples, puisqu'il exige une certaine autonomie quant à la maîtrise et au suivi global des programmes de santé. Concrètement, cela passe par la détermination des besoins et des ressources locales jusqu'aux résultats et aux perspectives envisagées sur un programme. Il faut donc être en capacité d'identifier des priorités, de fixer des objectifs communs avec les partenaires, de définir des stratégies ou d'allouer des ressources.

Enfin, c'est un métier qui a aussi ses particularités, des spécificités propres exigeant parfois une analyse précise de l'environnement dans lequel on travaille. Par exemple, il faut pouvoir être en capacité de réaliser l'interface entre des logiques d'acteurs très professionnalisées en matière de santé publique et des aspirations bénévoles ou militantes pas toujours structurées, mais qui font directement écho à une préoccupation réelle sur le terrain.

**Q.5** Souvent confrontés à une logique d'actions sur le terrain, il est parfois difficile pour les acteurs en éducation pour la santé de prendre de la distance par rapport aux interventions à mettre en œuvre. Parfois, une phase de travail approfondie qui traite de l'analyse et de l'évaluation des effets attendus ou induits sur les programmes en éducation pour la santé devrait se substituer à cette logique d'actions. Ceci suppose un approfondissement des compétences méthodologiques, mais aussi techniques, qui sont aujourd'hui trop souvent empiriques pour faire l'objet d'une véritable reconnaissance en terme de santé publique. Je crois que ce qui est acquis par les acteurs en éducation pour la santé, c'est avant tout une

## Liste des questions

- 1) Quel métier et quelles fonctions exercez-vous actuellement ?
- 2) Quel a été l'itinéraire personnel et professionnel qui vous a conduit à travailler en éducation pour la santé ?
- 3) Quelles étaient vos compétences initiales qui vous ont été immédiatement utiles en éducation pour la santé et celles plus spécifiques que vous avez dû acquérir ?
- 4) Selon vous, quelles sont les composantes de votre métier en terme de compétences et de capacités ?
- 5) À votre avis, quelles seraient les compétences à renforcer encore dans ces métiers de l'éducation pour la santé et celles qui vous semblent actuellement solidement acquises ?
- 6) Quelles recommandations feriez-vous pour développer les métiers en éducation pour la santé ?
- 7) Quels conseils donneriez-vous à un(e) jeune qui voudrait s'investir dans le champ de l'éducation pour la santé ?

éthique commune autour de laquelle se structurent des compétences et des savoir-faire diversifiés mais complémentaires (par exemple, en termes d'analyse d'une situation, d'actions appropriées ou non par rapport à des individus ou à un groupe d'individus).

**Q.6** Les métiers de l'éducation pour la santé n'ont de réalité qu'à partir du moment où ils se reconnaissent et sont véritablement intériorisés comme métiers au regard du corps social tout entier (acteurs de santé publique, collectivités territoriales, structures associatives, population concernée, etc.). Ceci suppose que le devenir des métiers en éducation pour la santé passe par une exigence importante pour évaluer, transmettre et rendre plus lisibles les actions réalisées auprès du grand public mais aussi des décideurs institutionnels.

Le développement de ces métiers porte aussi sur la capacité de ces acteurs à décloisonner leurs activités et à innover, pour s'adapter aux nouvelles réalités sociales et sanitaires, aux pré-

occupations naissantes, aux nouvelles pratiques culturelles, professionnelles ou technologiques qui ont une incidence sur la personne humaine.

**Q.7** J'exerce ce métier depuis seulement deux ans, mais j'ai la conviction qu'il n'existe pas une, mais des voies pour travailler en éducation pour la santé. Je pense que les métiers n'y sont pas figés et font partie des nouvelles formes d'emploi qui ne répondent plus à l'exigence de profils uniformes, mais demandent une grande capacité à s'investir et à s'adapter à cet environnement particulier qu'est la santé publique. À partir du moment où l'on déclare qu'il n'existe pas de profil type, cela sous-entend que la personne elle-même participe à la construction de son projet professionnel.

Je pense simplement qu'il faut pouvoir développer, tout au long de sa formation, des compétences psychosociales et méthodologiques générales qui permettent d'acquérir des connaissances mais aussi d'adapter ses savoir-faire.

## « L'homme ne veut pas toujours son propre bien »

**François Hervé, directeur adjoint de « Trait d'Union »,  
Centre spécialisé de soins pour personnes toxicomanes à Boulogne**

**Q.1** Je suis directeur adjoint d'un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST). Ma fonction consiste à mettre en œuvre le projet associatif, décliné en projets de service, avec la responsabilité directe d'un centre d'accueil, d'une unité de traitement par la méthadone et d'un service d'Appartements de coordination thérapeutique (ACT). Je participe aussi aux activités ponctuelles d'information et de formation pour lesquelles l'institution est sollicitée.

La question de la santé des personnes reçues dans les services est au cœur de toutes les actions qui visent à prodiguer des soins appropriés en matière de toxicomanie, à aider les personnes à stabiliser leur vie, à leur permettre un accès à des soins adaptés pour toutes les pathologies connexes, et, au-delà du temps de prise en charge, à leur permettre de maintenir une qualité de vie « suffisamment satisfaisante », ce qui inclue bien entendu la santé. Mais l'éducation pour la santé ne se supporte pas des mêmes stratégies dans un service d'ACT, dont le principal objectif est l'accès aux soins et le maintien de ceux-ci dans la durée ou lorsque j'interviens auprès d'un public d'adolescents diversement concernés par la mise en péril de leur santé. Pourtant il y a des points communs.

**Q.2** Je suis psychologue clinicien de formation, c'est-à-dire une formation très généraliste, si on veut bien la prendre comme telle. Avant d'aborder les fonctionnements du psychisme, j'ai dû acquérir quelques savoirs en statistiques, en neu-

robiologie, en théories de l'apprentissage, etc. Professionnellement, je me suis intéressé très tôt aux usages de drogues. J'ai rencontré en 1973, dans un foyer pour adolescents, un premier consommateur de LSD, ce qui m'a conduit à participer dès ce moment à la mise en place d'un lieu d'accueil dans une ville de banlieue, puis à exercer diverses fonctions en postcures et en appartements thérapeutiques : éducateur psychothérapeute et, actuellement, cadre de direction. C'est-à-dire que je viens du champ du soin, mais tel qu'il est conçu en toxicomanie, c'est-à-dire fondé sur l'intrication des axes médicaux, psychologiques et sociaux, ce qui est très formateur en matière d'éducation pour la santé. Par ailleurs, je pense que le soin conduit inéluctablement à se poser la question de la prévention, car il confronte aux moments où une personne a manqué d'appui et comment une toxicomanie a pu se construire. On s'aperçoit alors que la promotion de la santé ne peut se supporter d'une simple information quant aux « bonnes conduites », car on rencontre un obstacle à la prévention, c'est que l'homme ne veut pas toujours son propre bien. Il faut travailler sur d'autres axes qui permettent à l'information d'être entendue et perçue comme utile.

**Q.3** Tout d'abord, il faut un minimum de « bienveillance », de souci de l'autre. Il faut aussi de la curiosité, afin de ne pas se satisfaire de pseudo-évidences. Lorsque j'ai commencé travailler dans ce sec-

teur, j'avais les compétences liées à ma qualification et à mon expérience, que l'on pourrait résumer par la conscience de la complexité des choses, et la défiance quant aux idéologies.

Selon les contextes et les projets, d'autres compétences sont apparues nécessaires :

- En tant que soignant, j'ai appris à comprendre les logiques des partenaires, tout en plaçant l'usager et ses attentes au centre des préoccupations communes, afin qu'il soit aussi acteur de son traitement.

- En tant que responsable de structure, j'ai appris l'importance qu'il y a à former le personnel à ces aspects de la santé et aussi l'utilité d'identifier des personnes ressources mobilisées sur des aspects sanitaires incluant l'hygiène et la diététique.

- En tant qu'acteur de prévention, il m'est apparu que plus que faire passer des messages, il faut permettre aux personnes de « problématiser », afin qu'une réponse découle d'un travail de pensée personnel. J'ai appris aussi à travailler avec les groupes, acquis des compétences en matière d'animation. J'ai appris aussi qu'avec un groupe d'adolescents si l'on veut être crédible il faut avoir la capacité de s'engager et d'aller au-devant de l'autre.

**Q.4** L'éducation pour la santé traverse plusieurs métiers et les compétences nécessaires appartiennent à divers champs de savoir : médical (connaître la maladie, ses causes et ses développements), épidémiologique (situer la maladie parmi les autres maladies, connaissance des risques liés aux comportements), psychologique (les rapports de l'individu avec sa santé), social (l'interaction des individus, malades et soignants, avec leurs environnements), éducatif (l'accompagnement dans l'expérience du monde), politique (évolution des politiques publiques), etc., auxquels il faut ajouter des compétences en matière d'animation, d'évaluation, de support méthodologique et de dynamisation de projets, et puisqu'on aborde la vie de l'homme, une réflexion quant à l'éthique ! Ce n'est pas un gadget que l'on peut ajouter

« en plus » à la charge de travail des personnels. C'est à la fois une « philosophie », qui doit infiltrer les différents métiers, mais aussi une « praxis » qui vise par ses actions à faire évoluer la relation même d'une personne à sa santé et aux professionnels dont elle peut avoir besoin.

**Q.5** Ce qui précède supporte de sensibiliser à l'éducation pour la santé dans les formations initiales concernées, en mettant en perspective les savoirs impliqués et en montrant comment aller chercher ces savoirs et les utiliser. Parallèlement, il me semblerait utile de pouvoir professionnaliser des personnes ressources, les identifier par un nom de métier correspondant à cet ensemble de compétences, qui permettrait de mieux les reconnaître et aussi d'harmoniser leurs prestations et modalités d'intervention.

**Q.6** D'être curieux de tout, de balayer tous les champs du savoir en gardant l'homme au centre de ses préoccupations.

## Liste des questions

- 1) Quel métier et quelles fonctions exercez-vous actuellement ?
- 2) Quel a été l'itinéraire personnel et professionnel qui vous a conduit à travailler en éducation pour la santé ?
- 3) Quelles étaient vos compétences initiales qui vous ont été immédiatement utiles en éducation pour la santé et celles plus spécifiques que vous avez dû acquérir ?
- 4) Selon vous, quelles sont les composantes de votre métier en terme de compétences et de capacités ?
- 5) À votre avis, quelles seraient les compétences à renforcer encore dans ces métiers de l'éducation pour la santé et celles qui vous semblent actuellement solidement acquises ?
- 6) Quelles recommandations feriez-vous pour développer les métiers en éducation pour la santé ?
- 7) Quels conseils donneriez-vous à un(e) jeune qui voudrait s'investir dans le champ de l'éducation pour la santé ?

## « On ne s'improvise pas éducateur pour la santé des autres... »

**Claire Maitrot, médecin conseillère technique auprès du recteur de l'académie de Rennes**

**Q.1** Je suis médecin spécialiste en santé publique et en médecine du travail. Médecin de l'Éducation nationale, j'occupe la fonction de médecin conseiller technique du recteur de l'académie de Rennes : je fais des propositions au recteur pour une politique de promotion de la santé en faveur des élèves et en faveur des personnels scolaires, et je mets en application les décisions qu'il en retire et qu'il me confie.

**Q.2** Peut-être un hasard conditionné par du subconscient... Lycéenne, je voulais être enseignante, mais mon projet n'était pas vraiment porté par ma famille. Devenue médecin généraliste et passionnée par la relation au malade, j'étais très sensible à la forte demande d'explications sur la maladie, les traitements prescrits par « le spécialiste » ou le praticien hospitalier, les stratégies à suivre pour faire au mieux... Demande que ces patients aient déjà formulé auxdits confrères, mais sans obtenir de réponse satisfaisante.

Le fait d'avoir longtemps suivi mon mari dans ses différentes affectations professionnelles m'a obligée maintes fois à changer de cadre de travail. D'où la médecine du travail et d'où le CES de santé publique à l'occasion d'un congé parental.

Arrivée à Rennes en 1984 (pour un an...), je réponds à une offre de vacances pour monter un service expérimental de médecine du travail dans l'Éducation nationale et sur le département d'Ille-et-Vilaine. Je suis donc, sans l'avoir vraiment cherché, dans le milieu de « l'enseignement » ! On commence à y mettre l'accent sur l'éducation « à la vie » des élèves plutôt que sur leur instruction en termes de savoirs savants, on dit qu'il faut leur apprendre à dire « non à la drogue », qu'il faut des adultes relais dans les établissements scolaires pour aider les élèves « à risque ». Certains professeurs de lycées professionnels me demandent de mettre en place des programmes de sensibilisation aux questions de la sécurité en ateliers. Quelques expositions circulent « Oui à l'ouïe », « Un verre ça va, 3... ». En 1987, je suis toujours à Rennes et le recteur me demande de prendre la suite de son médecin conseiller qui vient de quitter le poste (à l'époque, le médecin conseiller technique du recteur intervenait très peu dans la politique de santé en faveur des élèves).

1991 : création du service de promotion de la santé en faveur des élèves. Le médecin conseiller technique en est un des pivots et l'éducation pour la santé va occuper, désormais, une bonne partie de mon temps.

**Q.3** Compétences initiales : je crois être à l'aise dans la communication. Par ailleurs, le

fait d'avoir connu plusieurs types de médecine (l'hôpital où j'ai amorcé une orientation vers l'endocrinologie, une clinique psychiatrique, une clinique de rééducation fonctionnelle, un cabinet de ville, des remplacements en zone rurale, le service inter-entreprise de médecine du travail...) m'a permis d'accumuler un certain nombre d'expériences et de connaissances utiles...

Compétences spécifiques : la maîtrise des méthodes et outils en santé publique et en santé communautaire.

**Q.4** Tout dépend de ce que l'on met sous ces vocables... Pour moi, une compétence se définit par la maîtrise de savoirs (connaissances), savoir-faire (capacités pratiques) et savoir être (capacité relationnelle).

Pour mon métier, il faut de bonnes connaissances scientifiques (fiables parce que consensuelles et régulièrement réactualisées) et comme on ne peut pas tout savoir, il faut une bonne connaissance des sources de données exploitables pour obtenir les informations. Il faut des capacités pédagogiques : indispensables ! En outre, mieux vaut ne pas être de tempérament introverti pour un métier qui exige dialogue, curiosité, capacité à argumenter. Enfin, et peut-être surtout, rigueur de pensée et souci éthique.

**Q.5** Je suis persuadée de la nécessité d'un réel professionnalisme pour faire de l'éducation à la santé et notamment de la forte exigence à avoir, en termes de sens de la communication et de la capacité critique, dans le souci du respect de « l'éduqué » et de la déontologie de « l'éducateur ». Surtout lorsque l'on s'adresse à des publics fragiles (question d'âge, par exemple) ou fragilisés (question sociale, par exemple). Et je ne suis pas certaine qu'il y ait beaucoup de solidité dans les compétences actuelles des nombreuses bonnes volontés qui se manifestent. Attention aux vérités assénées et qui, sous couvert de promouvoir les « bons comportements », tendent à niveler sur un modèle unique « aux normes ».

**Q.6** Réfléchir à une déontologie de l'éducation à la santé. À partir de là, pourrait se dégager un profil de métiers, ce qui permettrait de guider ceux qui envisagent de s'y orienter...

**Q.7** On ne s'improvise pas éducateur pour la santé des autres... Il faut savoir de quoi on parle, pourquoi on en parle, à qui et comment, dans certains cas, on peut en parler – et, dans d'autres, on doit en parler.

## « Les enfants et les adolescents doivent être les vrais acteurs de leur santé »

Marie-Claude Romano, médecin conseillère technique auprès du directeur de l'Enseignement scolaire au ministère de l'Éducation nationale, Paris

**Q.2** Médecin de santé scolaire, j'ai exercé dans les écoles de 1971 à 1991 et j'ai pris l'ampleur de la nécessité d'informer les élèves et de les aider dans leurs choix par rapport à leurs désirs de prise de risque.

**Q.3** Formation spécifique à l'École nationale de la santé publique et diplôme de santé publique, mais les compétences spécifiques pour appréhender l'approche des élèves, je les ai acquises sur le terrain avec les élèves.

**Q.4** La prévention est encore trop souvent confondue avec la notion globale de promotion de la santé. Les composantes de mon métier qui me paraissent nécessaires sont :

- nécessité de compétences scientifiques mais qui doivent impérativement être complétées par des expériences de terrain et des actions auprès de élèves qui seules permettent de comprendre et de décoder leurs besoins réels ;
- nécessité de capacités d'initiative, d'impulsion, d'animation et de coordination dans le recueil des besoins spécifiques du terrain, de construction de projet, de programmation, de travail en réseau, de partenariat et d'évaluation.

**Q.5** Ce qui est acquis, c'est la certitude qu'une éducation auprès des jeunes est nécessaire, mais elle est mise en place depuis des dizaines d'années et il semble que les objectifs poursuivis

n'aient pas les résultats escomptés. Il faut donc savoir se remettre en cause.

Les compétences à renforcer me paraissent être :

- capacité à définir des choix de priorités guidés par une analyse des problèmes locaux ;
- capacités à s'approprier cette approche par les élèves ;
- capacités à mener des actions orientées vers des objectifs positifs et non vers des rappels d'interdiction ou de dangers ;
- compétences en psychologie, en sociologie et en santé publique ;
- capacités à assurer le suivi des projets ;
- capacités à évaluer les actions entreprises ;
- capacités à réfléchir sur les messages transmis et sur l'éthique.

**Q.6** Pour développer l'éducation pour la santé, il me semble indispensable de veiller à ce qu'elle soit faite par des professionnels et pas seulement par des gens de bonne volonté. L'impact des messages transmis peut avoir des effets aussi négatifs que positifs.

La multiplicité des problèmes qu'un adolescent doit affronter ne doit pas amener à lui proposer une solution par problème, ni à découper en tranches la réponse unique qu'il devra trouver. L'approche parcellaire peut faire perdre de vue l'objectif poursuivi et avoir des effets néfastes. Notre mission est de l'aider à trouver sa réponse personnelle, en toutes circonstances en n'oubliant pas les parents qui restent les interlocuteurs privilégiés de l'enfant.

**Q.7** L'éducation pour la santé par les pairs n'a pas fait ses preuves aujourd'hui et il convient d'avoir la plus grande prudence dans ce domaine.

L'approche promotionnelle de la santé doit permettre à tout individu d'élaborer sa propre réponse à chaque problème posé. Pour parvenir à tel objectif, il faut acquérir une réelle formation.

La protection vis-à-vis des problèmes que rencontrent les adolescents ne peut venir que d'eux-mêmes, mais ils ne peuvent pas l'orga-

niser sans notre aide. La véritable protection ne peut découler que de la prise de conscience de leur projet personnel que nous devons les aider à formuler et à atteindre.

Le milieu scolaire constitue un lieu privilégié pour développer des actions d'information et d'éducation puisque c'est le seul lieu où l'on touche tous les enfants, même les plus défavorisés, mais elle n'est pas l'affaire que de l'école. Elle devrait être l'affaire de tout le monde. La mise en place de réseaux est indispensable afin que les informations soient données de façon coordonnée aux enfants et aux adolescents, et qu'ainsi ils puissent trouver un minimum de repères leur permettant de devenir des adultes responsables. Nous souhaitons qu'ils deviennent de vrais acteurs de leur santé et qu'ils puissent exercer leur libre choix par rapport aux prises de risque. Pour ce faire, il est indispensable d'être crédible à leur yeux en se donnant les moyens d'une vraie politique globale de prévention :

- associer les familles dans toutes les actions menées ;
- intégrer les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes dont le rôle est capital pour relayer, expliquer, et renforcer les messages diffusés ;
- veiller à ce que les messages ne soient pas contradictoires en associant tous les partenaires concernés : ministères, responsables de santé publique, scientifiques et chercheurs, associations de consommateurs, spécialistes en éducation pour la santé, en sciences humaines, en marketing, industriels, publicitaires, agences de communication, représentants des médias ;
- inscrire les actions dans la durée en les articulant avec les campagnes nationales d'information ponctuelles ;
- intégrer les collectivités locales afin qu'elles puissent être des relais auprès de la population ;
- donner la possibilité aux jeunes de pratiquer des activités sportives dès le plus jeune âge sans que cela ne représente un surcoût pour leur famille ;
- convaincre les industriels que la promotion d'une alimentation équilibrée ne peut s'envisager sans que tout soit mis en œuvre au niveau de la restauration collective pour qu'elle soit réellement éducative et apporte à tout enfant un repas par jour respectant les principes de base et les références quantitatives et qualitatives ;
- enfin, pour être efficace et espérer toucher tous les jeunes, et surtout les plus démunis, une démarche de prévention doit tenir compte de leurs aspirations, de leur mode de vie, de la problématique qui est la leur, de leurs habitudes culturelles et des conditions socio-écono-

## « Démontrer l'intérêt de nos actions par des évaluations systématiques »

Véronique Le Pallec, responsable de l'activité prévention et promotion de la santé à l'Union des mutuelles d'Ille-et-Vilaine

**Q.1** J'assume la responsabilité de l'activité Prévention et promotion de la santé à l'Union des mutuelles d'Ille-et-Vilaine, où j'ai pour fonction de définir un programme d'intervention, de concevoir, mettre en œuvre et animer des actions. J'assume également la gestion financière du service et des actions.

**Q.2** J'ai toujours été attirée par le domaine sanitaire et social. Cette tendance était nourrie par des qualités personnelles : empathique, solidaire, refus des inégalités. Je suis, de plus, une personne créative, qui recherche l'indépendance tout en appréciant les contacts. Voilà pour ce qui est des prédispositions personnelles.

En ce qui concerne mon parcours professionnel, on retrouve un fil conducteur : je suis psychologue de formation avec une spécialisation en ingénierie de projets. Mon premier poste de psychologue, je l'ai consacré à l'accès aux soins des plus démunis. J'étais chargée de créer un réseau d'accès aux soins pour le public précaire et ceci autour d'un centre hospitalier en Seine-et-Marne. Ce poste exigeait avant tout de l'initiative et des capacités à travailler en partenariat avec toutes les précautions que cela exige.

J'ai ensuite quitté cet emploi pour retrouver ma Bretagne natale et notamment Rennes où j'ai assuré deux missions à temps partiel. L'une dans le domaine de l'insertion professionnelle, où j'accompagnais des personnes aux parcours per-

sonnels et professionnels chaotiques, vers la définition d'un projet professionnel puis vers un emploi. Cette expérience m'a permis de me confronter aux situations individuelles de ces personnes et de prendre conscience du cumul de leurs difficultés. J'ai également mené, dans le même temps, une étude quantitative et qualitative sur les actes de prédélinquance posés par les jeunes. J'ai mis à profit, dans cette situation, mes compétences en recherche, traitement statistique et en analyse des données psychosociales. Ce parcours personnel et professionnel dans l'action sociale a été déterminant dans mon recrutement à la Mutualité d'Ille-et-Vilaine, pour qui l'une des priorités d'intervention était la précarité.

**Q.3** Le travail en partenariat, la mise en place d'actions d'envergure, l'approche globale des difficultés rencontrées par le public démuné, la capacité d'analyse de situations, constituent des éléments forts dans la façon dont j'ai appréhendé ma mission.

Ma formation de psychologue m'invite à travailler dans la rigueur méthodologique. Mes connaissances en psychologie sociale me sont également d'un grand soutien dans le champ de l'éducation à la santé où la finalité est la modification des comportements individuels et collectifs. Nombreuses théories de la psychologie sociale peuvent servir de référence à une démarche pédagogique. Ce qui m'a fait défaut, ce sont toutes les notions de base en matière de santé publique que j'ai acquises dans un second temps, au travers de formation continue, de lecture et d'échanges entre professionnels.

**Q.4** Capacités :

- capacités relationnelles : écoute, échanges tant entre professionnels qu'avec le public ciblé par nos actions ;
- autonomie : le professionnel en éducation pour la santé doit souvent assumer sa fonction de manière isolée ;
- créativité, sens de l'innovation ;
- modestie, notamment aux regards des résultats pas toujours palpables ;
- capacité à guider, à orienter ;
- capacité à accepter l'incertitude ;
- persévérance ;
- capacité à se remettre en question.

Compétences :

- montage de projets avec une approche rigoureuse, scientifique ;
- travail en partenariat ;
- construction d'outils d'analyse, d'évaluation.

**Q.5** Compétences à renforcer :

- la définition d'une problématique (recherche documentaire, modélisation) ;
- l'évaluation des actions (construction d'outils, traitement statistique, analyse de contenu, analyse des données).

Compétences acquises :

- l'approche participative : favoriser la démarche de santé communautaire ;
- création d'outils d'animation ou d'information.

**Q.6** Face à la faible place accordée à l'éducation pour la santé, il faut intervenir sur les représentations véhiculées autour de ce champ. Pour cela, il faut démontrer l'intérêt de nos actions par la mise en place d'évaluation systématique. L'approche quantitative dans l'évaluation étant surestimée, privilégions la communication des résultats au travers de moyens relevant davantage du quantifiable (graphiques, etc.). Il faudrait peut-être également instaurer des parcours de formation en éducation pour la santé reconnus et incontournables, pour qu'enfin on sache de quoi on parle quand on aborde l'éducation pour la santé.

**Q.7** Aujourd'hui, tenant compte de la place restreinte réservée à l'éducation pour la santé, je lui conseillerais une formation privilégiant la méthodologie de projet, l'évaluation, afin de lui donner la possibilité de faire valoir des compétences transférables à d'autres domaines que celui de l'éducation pour la santé, dans le cas où elle ne trouverait pas d'offres dans ce domaine ; ce qui est une réalité aujourd'hui. Cependant, une formation en éducation pour la santé doit être envisagée dans un second temps.

### Liste des questions

- 1) Quel métier et quelles fonctions exercez-vous actuellement ?
- 2) Quel a été l'itinéraire personnel et professionnel qui vous a conduit à travailler en éducation pour la santé ?
- 3) Quelles étaient vos compétences initiales qui vous ont été immédiatement utiles en éducation pour la santé et celles plus spécifiques que vous avez dû acquérir ?
- 4) Selon vous, quelles sont les composantes de votre métier en terme de compétences et de capacités ?
- 5) À votre avis, quelles seraient les compétences à renforcer encore dans ces métiers de l'éducation pour la santé et celles qui vous semblent actuellement solidement acquises ?
- 6) Quelles recommandations feriez-vous pour développer les métiers en éducation pour la santé ?
- 7) Quels conseils donneriez-vous à un(e) jeune qui voudrait s'investir dans le champ de l'éducation pour la santé ?

## « L'éducation pour la santé offre un bel espace d'investissement citoyen »

**Michelle Perrot, diplômée en sciences politiques et relations internationales, chargée de mission Réseau au Comité français d'éducation pour la santé (CFES)**

**Q.1** Ma principale fonction est l'appui au développement du Réseau des comités d'éducation pour la santé, au sein du service Appui au développement de l'éducation pour la santé (Adeps) du CFES. Il s'agit d'aider les éducateurs pour la santé du Réseau à développer localement leurs missions\*, en lien avec leurs partenaires et les professionnels relais, au service de la population. Les activités du service Adeps visent le développement et la reconnaissance de l'éducation pour la santé en France ; elles participent également toutes à ce titre au développement du Réseau et se font le plus souvent avec sa participation. Il s'agit de la réflexion sur des critères de qualité en éducation pour la santé, associée à la mise à disposition de documentation, d'outils pédagogiques, de guides d'aide à l'action ou encore à l'organisation de formations, de divers groupes de travail ou de rencontres nationales. Ma tâche est de coordonner ces activités au plus près des besoins des professionnels du Réseau et de faciliter l'échange d'informations, de réflexions et de pratiques entre ces derniers, ainsi qu'entre le niveau national (le CFES et ses partenaires) et le Réseau. Ce faisant, il me revient, avec mes collègues du CFES et du Réseau, d'identifier les axes stratégiques et les moyens de développement du réseau, en termes d'organisation comme de compétences professionnelles. L'animation et le développement d'un réseau ne sont pas un métier en soi mais plutôt une fonction transversale pouvant s'appliquer à tout type d'activité.

**Q.2** Si j'ai eu l'impression d'arriver un peu par hasard dans le champ de l'éducation pour la santé en France, j'allais rapidement me rendre compte qu'il y avait là un lien direct, en termes d'approche, de valeurs et d'objectifs, avec mon expérience professionnelle antérieure.

J'ai travaillé quatre années avec le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef), dans divers pays, notamment d'Amérique latine. J'y ai coordonné des programmes d'aide au développement visant à améliorer la qualité de vie et le respect des droits des populations les plus vulnérables, à commencer par les enfants et les femmes. Ces programmes, quel que soit le champ concerné (la santé, l'éducation, l'économie, le développement social urbain, etc.) avaient une approche commune : donner les moyens à la « population » de formuler, de mettre en œuvre et de contrôler le développement de ses propres projets. C'est une approche que je qualifie volontiers de construction de la citoyenneté.

Après avoir « prêché » avec autant de conviction pour cette approche dans des pays étrangers, j'en suis venue naturellement à me ques-

tionner sur ce que je pourrais apporter, en tant que citoyenne française, à mon propre pays, sachant que je n'y avais pour ainsi dire encore jamais travaillé. Je suis alors « tombée », en avril 1999, sur le CFES.

**Q.3** Les compétences initiales qui m'ont été immédiatement utiles pour occuper mes fonctions au CFES sont des compétences relationnelles (travail en équipe, gestion des partenariats, prise en compte des représentations et attentes de l'autre, adaptation à un nouvel environnement professionnel), organisationnelles (méthodologie de projet participative, organisation de groupes de travail, de séminaires, rédaction de rapports, gestion de budgets, etc.) ainsi qu'une certaine connaissance des problématiques de développement social.

L'expérience d'une réflexion permanente sur l'approche participative et la prise en compte de l'environnement culturel, social et économique dans la mise en œuvre de toute action s'est aussi avérée être un atout pour approcher l'éducation pour la santé et la promotion de la santé.

Les compétences plus spécifiques que j'ai dû acquérir sont principalement la connaissance des intervenants dans le champ de l'éducation pour la santé en France et plus largement dans celui de la santé publique et de la promotion de la santé, ainsi que la compréhension et l'appropriation de l'approche éducative sous-jacente à l'éducation pour la santé telle que mise en avant dans la Charte d'Ottawa, au CFES et dans le Réseau.

**Q.4** Si l'animation et le développement d'un réseau ne sont pas, je le répète, à mes yeux un métier, il est néanmoins composé d'une série de compétences qu'il me semble important d'avoir :

- une connaissance de terrain des acteurs et des actions mises en œuvre ;
- la maîtrise des cadres politiques et programmatiques de santé publique et de développement social dans lesquelles elles s'inscrivent ;

- la prise en compte de l'histoire du réseau (ses différentes modalités d'organisation, l'évolution du profil des professionnels qui le composent, les facteurs qui ont été à l'origine de son développement ou bien de points de rupture, etc.) ;
- une disponibilité et une écoute vis-à-vis des acteurs du réseau, notamment autour de leurs besoins en termes de développement, de compétences à renforcer ;

- le goût et l'expérience du travail en équipe ;
- une capacité à anticiper les changements, les besoins, les opportunités ou les menaces, propres et/ou externes au réseau, qu'ils soient d'ordre politique, économique ou professionnel, de manière à pouvoir être force de proposition

auprès du réseau et de ses partenaires locaux et nationaux ;

- une capacité à mobiliser les acteurs du réseau autour d'une « culture commune » en éducation pour la santé, en termes de principes, de modalités et de priorités d'intervention ;

- identifier des critères de qualité pour analyser, évaluer et valoriser les pratiques des comités, en lien avec ces derniers ;

- une capacité à renforcer la professionnalisation du réseau, notamment à travers l'organisation de formations, la mise à disposition d'outils d'aide à l'action, la documentation, la mise en place de groupes de travail et de rencontres nationales, etc.

**Q.5 et 6** Les compétences à renforcer chez les éducateurs pour la santé sont d'ordre technique et politique. Les liens entre universitaires et praticiens demandent à être renforcés pour permettre la mise en place de recherches et de formations diplômantes de haut niveau en éducation pour la santé, initiales et continues. L'éducation pour la santé ne pourra être reconnue et se développer qu'à cette condition.

Sur le plan politique, on peut regretter que les acteurs associatifs du champ de l'éducation pour la santé ne soient pas plus mobilisés et organisés, de façon à peser plus dans l'élaboration des politiques de santé.

**Q.7** Il pourrait commencer par interroger différents acteurs sur leurs pratiques et leur définition de la santé et de l'éducation. Si l'hétérogénéité des réponses ne l'a pas effrayé, il pourra utilement alterner une formation théorique avec une expérience pratique. Il faut qu'il sache qu'il ne trouvera pas de réponses toutes faites dans ce champ, mais plutôt un espace où confronter ses idées.

\* Les comités sont des associations autonomes, de type loi 1901, présentes sur tout le territoire, à l'échelle régionale et départementale. Leur adhésion à la Charte du réseau leur confère sept missions : accueillir et documenter le public, relayer les programmes nationaux du CFES, développer localement des programmes prioritaires (par population ou par thème), assurer la formation initiale et continue, contribuer à la concertation, à la coordination, fournir un conseil méthodologique et participer à la définition de la politique de santé.

## « Les actions en éducation pour la santé doivent être conduites par les populations elles-mêmes »

Brigitte Tastet, médecin conseillère technique auprès du recteur de l'académie de Créteil

**Q.2** Médecin généraliste durant six ans, j'ai constaté qu'un certain nombre de pathologies étaient liées à une mauvaise gestion de la santé de mes patients. Médecin scolaire, j'ai voulu donner une dimension préventive dans ce domaine dans le cadre de mon activité auprès des élèves.

**Q.3** Mes compétences de base s'appuyaient sur le registre sanitaire, scientifique et didactique (lecture, rencontre avec d'autres professionnels, croisements des pratiques), j'ai acquis des compétences plus spécifiques dans le cadre d'un DU de santé publique et communautaire où le module « éducation pour la santé » était développé.

**Q.4** Compétences scientifiques, expériences de terrain et d'actions permettant un recul en terme d'évaluation et une approche réfléchie en terme d'action.

Capacités en terme d'impulsion, d'animation et de coordination dans le recueil de besoins, de construction de projet, de programmation, de partenariat et d'évaluation.

**Q.5** Des compétences en termes de définition d'objectifs, de construction des partenariats et d'évaluation me semblent encore à acquérir. Un travail sur l'éthique me paraît aujourd'hui primordial pour donner un sens réel à ce qu'est l'éducation pour la santé et en légitimer sa place au niveau des professionnels et des politiques. Ce qui est profondément acquis, c'est la nécessité de la mise en place d'actions d'éducation pour la santé ! À tort ou à raison ?

En ce qui me concerne, je crois beaucoup plus au champ communautaire et suis convaincue du fait que les professionnels ne sont qu'un petit maillon de la chaîne « éducative » et que les actions en éducation pour la santé doivent être conduites par les populations elles-mêmes selon leurs besoins, les professionnels n'apportant qu'un cadrage.

**Q.6** Capacité d'analyse, autonomie et capacité de travailler en équipe, respect, sens des responsabilités, capacité de se remettre en cause, modestie me paraissent indispensables au métier. Je ne sais pas s'il faut en faire un métier ou une profession. Je pense que nous sommes plus sur un registre de « savoir-faire ». Par contre, il ne semble pas souhaitable d'estimer que ce n'est que du ressort des professionnels sociaux et de santé.

**Q.7** Quelles motivations ? Quelles projections ? Quelle mission ? Est-on sur l'idée d'une contribution, d'un soutien ou d'un service à apporter aux populations ? Quel sens donne-t-on à l'action dite éducative ? Se sent-on « missionné » ? Cette option me paraît comme pouvant entraîner des comportements pernicieux voire dangereux.

### Liste des questions

- 1) Quel métier et quelles fonctions exercez-vous actuellement ?
- 2) Quel a été l'itinéraire personnel et professionnel qui vous a conduit à travailler en éducation pour la santé ?
- 3) Quelles étaient vos compétences initiales qui vous ont été immédiatement utiles en éducation pour la santé et celles plus spécifiques que vous avez dû acquérir ?
- 4) Selon vous, quelles sont les composantes de votre métier en terme de compétences et de capacités ?
- 5) À votre avis, quelles seraient les compétences à renforcer encore dans ces métiers de l'éducation pour la santé et celles qui vous semblent actuellement solidement acquises ?
- 6) Quelles recommandations feriez-vous pour développer les métiers en éducation pour la santé ?
- 7) Quels conseils donneriez-vous à un(e) jeune qui voudrait s'investir dans le champ de l'éducation pour la santé ?

## « Les publics qui nous échappent dans leurs différences »

Laure Carrère, attachée de direction, département Santé publique, Fédération nationale de la Mutualité française

**Q.1** Je suis attachée de direction pour l'activité Promotion de la santé à la Fédération nationale de la Mutualité française à Paris. Au sein du département Santé publique, j'ai pour mission la coordination du Réseau national de promotion de la santé de la Mutualité française. Mon travail s'organise autour de deux principales activités : l'étude des projets locaux présentés par les unions départementales (pour éventuel cofinancement) et le suivi de ces projets-l'animation du Réseau par la mise en œuvre d'outils de circulation de l'information, de formations, de groupes de travail.

**Q.2** Après un DEA de sociologie, j'ai voulu m'orienter vers « le social ». Aujourd'hui, je ne sais pas m'expliquer précisément ce désir. Sans doute que ce champ devait avoir plus de sens et de valeurs pour moi que ce que j'imaginai du reste du monde du travail. J'ai passé – et raté – le concours d'inspecteur des Affaires sanitaires et sociales. J'ai prospecté le milieu associatif et ai été sollicitée par le Comité régio-

nal d'éducation pour la santé (Craes) d'Aquitaine pour une mission temporaire d'enquête sur un quartier, puis j'ai intégré le Craes. Cette rencontre avec l'éducation pour la santé a été... un heureux hasard !

L'objet de l'éducation pour la santé et son projet, la rencontre et le travail avec les publics et les professionnels, la qualité et la rigueur de la réflexion, de l'action et de sa restitution, l'exigence du respect de ce que sont et font les autres (les autres gens, ceux que l'on appelle « les publics »), les valeurs promues et leur mise en œuvre dans l'écoute, la parole et dans les actes : voilà ce que j'ai pu apprendre, vivre, intégrer – donner et agir, j'espère aussi – pendant les quatre années passées au Craes. J'y ai aussi appris la réalité du terrain (ces « autres gens » qui nous échappent dans leurs différences, qui nous déstabilisent et nous font nous remettre en question – ces structures auprès desquelles il faut argumenter de la valeur et du sens de l'éducation pour la santé), et puis les difficultés de tutelles, de finances, d'une mission d'in-

térêt public pas complètement légitimée. L'expérience du terrain a été pour moi radicalement formatrice !

Depuis trois ans, je travaille à la Mutualité française, au niveau national de la coordination du Réseau de promotion de la santé. Les fonctions que j'occupe me situent à un autre niveau de nos métiers et des pratiques. « Mon » terrain, c'est le réseau des professionnels de la Mutualité, mes axes d'intervention sont collectifs et institutionnels. Ma mission, c'est d'œuvrer pour le Réseau en fonction des besoins et attentes des acteurs, du stade de développement de l'activité locale, des capacités institutionnelles et techniques différentes selon les départements avec un souci de progression collective et adaptée.

**Q.3** Ce que j'avais dans ma boîte à outils et qui m'a été immédiatement utile :

- Des compétences acquises par ma formation en sociologie : rigueur méthodologique, maîtrise des outils d'enquête et d'analyse de l'information recueillie, capacités rédactionnelles, transfert de la démarche de recherche à la démarche de montage de projet : quel est le problème ? Qu'est-ce qui permet de dire que c'est un problème ? Comment puis-je tenter d'y répondre ? Quels moyens vais-je mettre en œuvre pour cela ? Comment pourrais-je enregistrer les résultats de mon intervention ?

- D'autres éléments relevant davantage d'une posture intellectuelle acquise par mon cursus en sociologie : la réalité est peut-être différente de notre manière de la percevoir, elle est construite par les acteurs et les systèmes et de là peut évoluer, les représentations existent et agissent, la relativité des normes, des positions. En résumé : une capacité à observer la réalité et à entendre la différence.

Ce que j'ai dû apprendre concerne essentiellement l'attitude avec le public dans les interventions : faire avec la différence, être dans une position d'écoute et cheminer avec les gens en contrôlant la tentation du conseil et de la position surplombante. Cela vaut aussi pour le travail avec les professionnels et les structures : ne pas débouler avec des « je vais vous apprendre comment il faut faire » mais faire avec les possibles, faire avec là où en sont les gens, s'adapter et adapter ses apports en fonction des personnes et des possibles institutionnels. J'ai dû aussi apprendre à argumenter de la pertinence de l'éducation pour la santé, à être transparente sur le temps nécessaire aux changements, à ne pas leurrer

sur les « résultats ». L'éducateur pour la santé n'a pas toute la maîtrise du sujet (ça n'existe pas !) et ne cherche pas à opérer une maîtrise des sujets (les personnes) !!

**Q.4** Des compétences (au sens des savoirs et des savoir-faire) : méthodologie de projet et adaptation de la méthodologie idéale aux réalités, planification de l'activité, problématiques de santé (connaissances biomédicales et épidémiologiques de base/prise de risques/représentations du corps, de la santé, de soi, des autres, etc.), animations de groupe, ingénierie de formation, évaluation, argumentation des projets, connaissance (de base...) des dispositifs rencontrés dans notre champ et des politiques publiques.

Des capacités (au sens des savoir être) : tra-

vailer à partir de ce que sont les personnes et les systèmes, respecter l'autre et cheminer avec, savoir dire non, formuler des objectifs et être capable de les enrichir ou de les modifier avec les apports des autres, ne pas utiliser les raccourcis explicatifs ou des commodités de langage (chercher à être le plus souvent possible d'accord avec ce que l'on dit et ce que l'on fait), une alchimie entre modestie (je ne peux pas tout faire et l'éducation non plus) et ambition (je peux faire beaucoup de choses et l'éducation pour la santé aussi !).

**Q.5** Celles qui me semblent à renforcer prioritairement : l'évaluation, l'écriture, la connaissance des dispositifs et des circuits de décisions pour pouvoir élaborer des moyens d'action visant à renforcer le positionnement stratégique de l'éducation pour la santé dans le

champ de la santé publique, mais aussi dans le champ médico-socio-éducatif.

Ce qui me semble solidement acquis pour les acteurs, c'est la valeur de l'éducation pour la santé et la spécificité de ses apports : on sait ce à quoi on peut contribuer et ce qu'on ne peut pas attendre de l'éducation pour la santé. Autrement dit, le champ me semble clairement balisé dans le positionnement technique et institutionnel des acteurs, mais les compétences de base sont toujours à consolider : méthodologie, savoir utiliser les ressources existantes, techniques d'animation, place faite aux publics, évaluation. Il me semble qu'il y a encore beaucoup (trop) de disparités dans les pratiques.

**Q.6** Maintenir haut le degré d'exigence ! Recruter des personnes dont la formation initiale et/ou

l'expérience professionnelle sont en lien avec les savoir être et les savoir-faire requis en éducation pour la santé.

Ne pas faire faire aux arrivants dans le métier des grands écarts « casse-gueule » et dangereux pour eux-mêmes, pour les publics auprès desquels ils interviennent et, plus loin, pour la légitimité de l'éducation pour la santé. Celle-ci est, doit être, une pratique de professionnels en éducation pour la santé. A minima, il faudrait une formation spécifique en méthodologie d'éducation pour la santé pour les arrivants, « labellisée » par les réseaux acteurs de l'éducation pour la santé et/ou par l'Université.

Œuvrer continuellement pour le renforcement des compétences : exiger, et rendre possible dans les structures d'éducation pour la santé, la formation continue des acteurs (même s'ils sont dans le métier depuis dix ans !), préserver des temps d'échange entre professionnels (les intégrer formellement

dans la planification de l'activité de l'équipe), évaluer en équipe le travail.

**Q.7** D'y aller ! Avec une formation initiale et/ou une autre expérience professionnelle adaptées, qui lui permettront d'avoir des éléments de repérage pour se positionner. Ce que je préconiserais très fort, c'est passage par le terrain : l'épreuve du feu ! Un petit peu de lecture en psychologie, en plus de la consultation de toute notre littérature, ça peut aider !

À un(e) jeune qui aurait une sensibilité particulière pour l'écoute des autres, l'accompagnement des groupes, la mise en œuvre de projets où il faut souvent inventer et toujours adapter, le travail collectif, qui souhaiterait contribuer modestement à quelque chose de l'ordre de l'intérêt général... je dis : « Viens donc nous rejoindre ! ».

## « L'éducateur pour la santé est au cœur des dispositifs »

Jean Machon, animateur de prévention à la Mutualité française Loire

**Q.1** Je suis actuellement responsable de la mise en place et de la coordination de l'ensemble des activités de la promotion de la santé développée par la Mutualité française Loire.

**Q.2** Curieuse question ! Lorsque l'on arrive à la fin de son parcours professionnel... on se dit qu'on ne naît pas plus éducateur pour la santé que militant... On le devient. Alors, pourquoi un tel parcours ? Si je regarde ma trajectoire professionnelle, je constate que

ce métier s'inscrit dans la logique de mon histoire. Mon itinéraire est une sorte de patchwork, mais qui, en fait, trouve son unité parce qu'il est fait dans le même tissu. Une éducation humaniste, s'appuyant sur une culture judéo-chrétienne, qui très vite s'inscrit dans les mouvements d'éducation populaire de l'époque : patronage, colonie de vacances, mouvement de jeunesse. C'est donc en toute logique qu'au cours de mes études universitaires, je suis animateur de colonie de vacances, de camps et en particulier en maisons familiales. Ces dernières étaient gérées par des militants et j'ai beaucoup appris à leur contact lors de « soirées débats » animées par des syndicalistes et des politiques.

Mes études universitaires m'ont conduit au ministère sacerdotal, c'était un choix, une manière de donner sens à ma vie. Pendant treize ans, j'ai donc exercé un métier d'écoute, de partage et d'animation. La grande partie de mon travail s'est faite, en aumônerie de lycée : lieu d'accueil des jeunes, d'échange et de formation à la citoyenneté basée sur des valeurs de solidarité.

Le mariage m'a conduit à faire d'autres choix professionnels. Je me suis retrouvé directeur d'une Maison de quartier pendant quatorze ans. Parmi les nombreuses activités d'animation au cœur de ce quartier, une de mes missions essentielles a été de développer un travail d'accompagnement social et professionnel de jeunes, issus en grande partie de parents immigrés. Enfin, après avoir découvert une approche globale de la personne dans ce travail d'insertion sociale et professionnelle, la santé m'a paru le dernier volet à ouvrir dans mon parcours professionnel. Alors, pourquoi ne pas exercer ce métier au sein d'un mouvement porteur de valeurs d'autonomie, de responsabilité et de solidarité ? C'est ce que j'ai fait !

**Q.3** Compétences initiales :

- le sens de la relation à l'autre, de l'écoute et du respect, en clair, savoir travailler avec l'humain !
- la reconnaissance et le respect des différences sociales, culturelles et ethniques ;
- formateur et éducateur de jeunes dans un travail d'accompagnement social et professionnel (en particulier BAFA/BEATEP/DEFA) ;
- capacité à animer une équipe (gestion des ressources humaines) ;
- savoir bâtir un projet d'action et mobiliser autour de cet objectif des compétences pluri-

disciplinaires ou institutionnelles ;

- être formé au développement social des quartiers dans le cadre des dispositifs quotidiens des jeunes, comités d'environnement social, prévention précoce, etc.

Ce que j'ai dû acquérir :

- faire connaissance avec la Mutualité, c'est-à-dire mon employeur et découvrir ses objectifs ;
- acquérir des compétences sur divers domaines ;
- élargir mes connaissances sur les intervenants tant sur le champ de l'éducation pour la santé que sur celui du soin ;
- m'approprier quelques outils méthodologiques : épidémiologie, évaluation ;
- participer à des stages d'approfondissements : sida – toxicomanies – éthique ;
- comprendre l'articulation entre le social et le soin, et les lois qui les régissent.

**Q.4** La réponse à cette question dépend effectivement du profil de poste défini par l'employeur. Voici mes réponses :

- en premier lieu savoir d'où je parle : c'est ma légitimité ;
- posséder une connaissance du champ sanitaire et social qui favorise une prise en charge globale de la personne ;
- avoir une capacité à maîtriser intellectuellement les concepts qui se relient à cette démarche de la promotion de la santé et à en suivre les évolutions dans le cadre des politiques de développement local, et de l'implication des publics concernés ;
- favoriser le travail en réseau par des regroupements interprofessionnels sur des objectifs de santé publique ;
- participer à des dispositifs de santé publique mis en place par les collectivités territoriales et les services de l'État ;
- savoir gérer un budget et animer une équipe ;
- développer des actions de communication sur des thèmes de santé ;
- rendre compte des actions conduites et les évaluer.

**Q.5** Compétences à renforcer : cela dépend de la structure qui emploie. Ce métier est relativement récent comme la prévention elle-même. Aujourd'hui, il semble important de professionnaliser ce métier dans ce qui fait son identité. Il repose sur l'éthique, une dimension indispensable à la construction de notre société de demain. Il remet sans cesse la personne au centre de toutes nos actions de santé. En effet, l'éducateur pour la santé n'est pas forcément médecin, infirmier(e), assistant(e) social(e)... Il a un rôle spécifique, il est le « liant » entre tous ces métiers au service de la per-

### Liste des questions

- 1) Quel métier et quelles fonctions exercez-vous actuellement ?
- 2) Quel a été l'itinéraire personnel et professionnel qui vous a conduit à travailler en éducation pour la santé ?
- 3) Quelles étaient vos compétences initiales qui vous ont été immédiatement utiles en éducation pour la santé et celles plus spécifiques que vous avez dû acquérir ?
- 4) Selon vous, quelles sont les composantes de votre métier en terme de compétences et de capacités ?
- 5) À votre avis, quelles seraient les compétences à renforcer encore dans ces métiers de l'éducation pour la santé et celles qui vous semblent actuellement solidement acquises ?
- 6) Quelles recommandations feriez-vous pour développer les métiers en éducation pour la santé ?
- 7) Quels conseils donneriez-vous à un(e) jeune qui voudrait s'investir dans le champ de l'éducation pour la santé ?

sonne. Il apporte par son regard transversal un décloisonnement entre les professionnels et les institutions. Il est au cœur des dispositifs : politique de la ville, aménagement du territoire celui qui remet l'homme au centre.

Les compétences acquises : une culture commune dans la démarche de la promotion de la santé = démarche communautaire impliquant les premiers concernés.

Ces acquis progressent grâce aux réflexions conduites depuis la mise en place des conférences régionales de santé et du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en particulier.

**Q.6** Il me semble qu'il y a suffisamment d'intervenants dans ce domaine aujourd'hui... Ce qui manque, ce sont deux choses : premièrement, il faut définir d'une manière claire ce métier. Deuxièmement, il faut développer plus de

moyens financiers pour pérenniser des postes et compléter des formations.

Pour revenir sur le métier, il faut reconnaître que les métiers de la santé et du social ont évolué, les formations ouvrent à un travail de réseau, à des rencontres interprofessionnelles... c'est très riche mais aussi très perturbant ! Il ne faut pas le regretter... par contre, il faut redéfinir les rôles et les fonctions. L'éducateur pour la santé est-il plus dans le profil de l'agent de développement social, il serait alors agent de développement pour la santé, ou alors est-il plus spécialiste de question de santé et qu'est-ce que cela veut dire ? Compétent sur quelques thématiques (sida, toxicomanie, alcool, etc.) ? ou alors généraliste ?

Le développement de ce métier est lié, d'une part, à la mise en place d'une réelle formation en santé publique et, d'autre part, à des choix politiques de nos gouvernants.

**Q.7** Dans cette évolution, suis-je le Dernier des Mohicans ? Peut-être... aussi j'en profite pour glisser quelques conseils : croire d'abord en l'homme et en sa capacité à se tenir debout et à conduire sa propre vie : « *il faut être convaincu que le regard porté sur l'autre que j'accueille est déterminant pour qu'il amorce une démarche de prévention ou de soins* ».

Ne pas se prendre trop au sérieux, je suis peut être celui qui sème (c'est croire un peu en soi !) mais probablement pas celui qui récolte ! L'apprentissage de ce métier se fait avant tout à travers de multiples expériences, je me méfie toujours des théoriciens, Montaigne disait : « *C'est une belle harmonie quand le dire et le faire vont ensemble* ».

Enfin, un dernier conseil qui me paraît être le régulateur de nos actions, c'est de toujours garder le contact avec les publics les plus en difficultés.

## « Des écrits aideraient à penser, à agir et concrétiseraient la naissance objective d'une discipline »

Mohamed Boussouar, directeur du Comité d'éducation pour la santé (Codes) de la Loire

**Q.1** Je suis, depuis deux ans, directeur du Codes de la Loire, à ce titre plus particulièrement en charge des orientations du comité, du développement de programmes, de la formation et des relations institutionnelles.

**Q.2** Itinéraire chaotique : formateur dans le champ de l'éducation nouvelle, animateur culturel, éducateur, responsable associatif, restaurateur...

**Q.3** Mes activités antérieures m'avaient familiarisé avec une conception de l'éducation que je retrouve largement partagée dans le Réseau – jusque dans ses exigences éthiques et idéologiques ; de même, la méthodologie de projet diffère peu de ce que j'ai pu connaître dans les divers réseaux auxquels j'ai contribué. La réalité même de mon parcours participe d'un caractère généraliste, pluriréférentiel, qui favorise les approches globales et/ou transversales.

En revanche, tout ce qui relève du spécifique, des thématiques propres au biomédical, comme l'univers de la promotion de la santé, la santé communautaire m'étaient quasi étrangers.

**Q.4** Ma relative « jeunesse » dans le réseau m'invite à une certaine prudence quant aux avis que j'aurais sur le métier. Disons que la capacité à conceptualiser me paraît indispensable, de même que la construction d'un positionnement éthique et politique préalable à tout programme d'action me semble relever des prérequis. Pour le reste, j'aurais tendance à penser

que les savoirs se construisent au fil des rencontres, au fil des interrogations et, en tout état de cause, tout au long de sa vie.

**Q.5** Ce qui me paraît acquis, c'est d'assumer le caractère pluridisciplinaire de la profession et l'affranchissement de tout complexe à l'égard du médical. La possibilité de constituer un corpus spécifiquement relatif à l'éducation pour la santé, qui ouvre la voie à des pratiques de santé publique qui respectent ce que j'appelle les prérequis, qui aident à « mieux faire », à « mieux être ». En revanche, affiner une pensée et des pratiques n'est opérant, dans la durée, que si des écrits aident à constituer le corpus dont je parlais. Des écrits qui nous aideraient à penser, à agir et qui concrétiseraient la naissance objective d'une discipline, de métiers.

**Q.6** Participons à la structuration de la profession en prenant garde que ce que nous aurons structuré ne sera pas, entre-temps, vidé d'un trop grand nombre de personnes qui auraient pu l'enrichir.

## « De l'humilité... beaucoup de patience... et... de l'humilité »

**Geneviève Vaisse, animatrice de prévention à la Fédération mutualiste parisienne**

**Q.1** Je suis animatrice prévention à la Fédération mutualiste parisienne (FMP). Mon secteur de travail s'étend sur la région Ile-de-France. J'applique les orientations retenues par le Conseil d'administration en matière de prévention et de promotion de la santé, sous l'autorité du directeur de la Communication et de la Prévention. Je fais partie du Réseau prévention-promotion de la santé de la Mutualité française. Mon activité se résume ainsi :

- je propose des projets et actions en matière de prévention ;
- je prépare et suis les budgets ;
- je conçois et mets en œuvre les actions et en rends compte ;
- je participe aux différentes commissions internes et externes pour lesquelles je suis mandatée.

**Q.2** Après une scolarité laborieuse (BEP et BEP sanitaire et social), je rentre dans le monde du travail en prenant un poste polyvalent d'animation dans le tourisme social pendant une dizaine d'années. Ce poste m'amenant de plus en plus à prendre des responsabilités, je pars un an en formation et j'obtiens le DEFA. Je travaille ensuite dans une radio associative et locale sur un poste de responsable des programmes : quatre-vingt associations sont adhérentes et là, mon horizon s'ouvre vers l'autre monde associatif, celui du quartier, de la citoyenneté, de l'exclusion... À Paris, mes recherches m'amènent vers les Foyers de jeunes travailleurs (FJT) où j'exerce comme animatrice dans un premier temps. Assez rapidement, le problème lié à la santé des jeunes m'apparaît comme un angle évident d'insertion. Plus tard, je prends le poste de directrice adjointe en charge du dossier santé.

Je participe à de nombreux modules de formation-action avec le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France en partenariat avec l'UFRJT et la FMP. Ces formations menées dans le cadre d'une action intitulée « Points Santé en FJT » évoluaient entre l'apport méthodologique (santé publique-santé communautaire, évaluation, etc.) et l'élaboration de projets concrets en direction des jeunes dont nous avons la charge. L'action santé difficile à mener au sein d'un foyer où il est surtout question d'urgence et de quotidien, m'amène à postuler à la FMP sur un poste d'animatrice prévention.

**Q.3** Mes compétences initiales sont d'ordre plutôt social : je pense que c'est ma capacité à travailler en réseau et de façon globale qui m'a été utile dans ce poste. Ma volonté de travailler en groupe aussi. En revanche, j'ai travaillé énormément en tout premier lieu les concepts, les outils, l'évaluation, tout ce qui tourne autour des financements.

**Q.4** Compétences et capacités. Dans le désordre : pédagogie, engagement citoyen, autonomie, esprit de synthèse, écoute, éthique, compétence en sciences humaines, maîtrise de la gestion du temps, une bonne dose d'humour...

**Q.5** Compétences à renforcer :

- les connaissances au niveau de l'identité culturelle des publics ;
- la valorisation, la modélisation, la communication, les écrits... ;
- esprit de « déghettoisation »... ;
- ouverture vers la relation vie/travail/santé ;
- ouverture vers l'Europe.

Compétences solidement acquises : épidémiologie, concepts, évaluation.

**Q.6** Plutôt que de « spécialiser » ou développer ce métier, il me semble qu'il serait plus judicieux de chercher à inclure dans les formations initiales (voire même au niveau scolaire) des modules d'éducation pour la santé... Les futurs assistants sociaux, animateurs et éducateurs, les médecins, les professeurs des écoles, les enseignants, les futurs responsables d'entreprises, de la politique ou du syndicalisme, etc. qui seront sur le terrain au terme de leur formation, seraient alors totalement intégrés, voire même promoteurs de la démarche d'éducation pour la santé. Cela peut paraître un peu comme scier la branche sur laquelle on est assis, moi je le vois comme une réelle ouverture vers la démarche de réseau...

**Q.7** Avant tout : lire, se rendre dans les centres de documentation, surfer sur internet...

- aimer la rencontre ;
- savoir travailler en groupe ;
- commencer par des actions ponctuelles d'éducation pour la santé ;
- un esprit d'entreprise ;
- une grande disponibilité ;
- de l'humilité... beaucoup de patience... et ...de l'humilité.

Remarques : structurer et reconnaître les métiers en éducation à la santé me paraissent être effectivement deux objectifs absolument nécessaires ; il serait aussi intéressant d'avoir des informations sur l'avenir de ces métiers, notamment sur le plan de l'évolution de carrière, sur le plan des financements, etc., peut-être en lançant une enquête nationale ?

---

## « Favoriser la "bonne santé" pour tous dès le plus jeune âge » ...

**Agnès Ang, infirmière conseillère technique du recteur de l'académie de Versailles**

**Q.2** Favoriser « la bonne santé » pour tous dès le plus jeune âge et tout au long de la vie est un objectif qui m'a toujours mobilisée personnellement. L'Éducation nationale m'offre un cadre professionnel de mobilisation pour atteindre cet objectif.

**Q.3** La formation enseignée en Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) favorise des compétences initiales pour mieux comprendre les besoins et réactions du corps.

J'ai dû approfondir les connaissances théoriques en matière de santé publique et santé communautaire en suivant une formation universitaire (DU « Santé et éducation », Faculté de médecine de Nancy).

**Q.4** - Des connaissances scientifiques et techniques.  
- Des capacités relationnelles et d'écoute.

**Q.5** Compétences à renforcer : développer des capacités en matière de communication pour optimiser les actions d'éducation pour la santé et leur impact.

**Q.6** Que la santé publique soit considérée comme une science à part entière.

# Le développement de la formation et de la recherche : **objectifs et stratégies**

**Le développement de l'éducation pour la santé ne se résume pas à l'accroissement des moyens financiers qui lui seraient consacrés. C'est l'analyse que propose Christine Ferron qui voit, dans la professionnalisation des métiers par des formations qualifiantes et dans un développement de la recherche en éducation pour la santé, des axes tout aussi indispensables à son essor et à sa reconnaissance.**

Parmi les composantes fondamentales de l'identité, la capacité à se définir professionnellement et les représentations associées à la profession, figurent en bonne place. Il n'y a donc rien d'étonnant à voir s'exprimer dans le Réseau des comités d'éducation pour la santé, des revendications identitaires axées sur la reconnaissance des fonctions exercées comme constitutives d'un véritable métier.

## **Reconnaissance professionnelle... et personnelle**

Ces revendications sont particulièrement fortes chez les plus jeunes acteurs de l'éducation pour la santé, qui constituent une part importante des effectifs actuels des comités du Réseau ; en effet, les deux tiers des salariés y sont arrivés depuis moins de cinq ans. Lors des formations organisées à leur intention, ces jeunes expriment régulièrement un besoin de reconnaissance professionnelle qui participe aussi d'un processus de construction identitaire individuel.

On peut également constater que les nouveaux diplômés, dont sont titulaires une part croissante des salariés du Réseau (environ 70 personnes, soit 15 % des salariés), obligent à se définir davantage par ce que l'on a, que par ce que l'on est : *on a* un diplôme de « promotion de la santé et développement social » (École de santé publique de la Faculté de médecine de Nancy), *on a* un diplôme d'« éducation et santé » (Département de sciences de l'éducation de l'Université de Lille), *on est* psychologue, sociologue, infirmier, ou médecin... Cela n'est pas anodin

lorsque l'on est frais émoulu de l'université et en quête d'une identité professionnelle socialement comprise et identifiable.

Soulignons enfin que dans les formations pré-citées, la part réservée à l'éducation pour la santé reste modeste. Chacune de ces filières a sa propre logique : en sciences de l'éducation, on se préoccupe surtout des processus pédagogiques, de l'application des modèles de changement de comportement, des méthodes de communication dans la perspective du développement de la personne. En santé publique, l'éducation pour la santé est plutôt présentée comme une modalité d'intervention parmi d'autres, dans une démarche planifiée d'amélioration de la santé collective. Il n'existe pas, en France, un cursus universitaire spécifique en éducation pour la santé, comme il en existe dans plusieurs autres pays. C'est pourquoi, en attendant la mise en place d'un tel cursus, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) met à la disposition de ses salariés et de ceux du Réseau, des formations professionnelles spécialisées qui leur permettent de compléter leur formation initiale et d'acquérir les compétences spécifiques nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

## **Éducateur pour la santé : un métier ?**

L'éducation pour la santé est actuellement définie comme un champ de compétences, et non comme une profession. Le métier d'éducateur pour la santé, avec le degré de spécialisation

qu'il implique, n'existe, ni aux yeux de la population générale, ni aux yeux des autres professionnels de la santé et de l'éducation, ni aux yeux des décideurs ou des financeurs, à quelques très rares exceptions près. Les acteurs de l'éducation pour la santé en font régulièrement l'expérience.

Seule la reconnaissance de la formation en éducation pour la santé comme une véritable spécialisation basée sur l'acquisition de savoirs, savoir-faire et savoir être, correspondant à des pratiques clairement identifiables, conduira à faire évoluer ces représentations. Les exemples ne man-

quent pas, dans plusieurs pays étrangers, pour montrer qu'il est possible d'établir, dans le champ de l'éducation pour la santé, un lien étroit et continu entre pratiques, formations, diplômes et métiers. Plusieurs initiatives au sein du réseau du CFES ont d'ores et déjà contribué à l'élaboration de référentiels de compétences correspondant aux différentes fonctions exercées dans les comités : citons les travaux préparatoires du pôle formation du Réseau pour la mise en place des formations nationales de chargés de projets, les niveaux d'intervention formalisés dans le cadre du Programme national de prévention du tabagisme<sup>1</sup>, les travaux du groupe sur les statuts, le référentiel de compétences analysé dans le rapport sur le développement de la formation<sup>2</sup>, etc.

### Développer la recherche : un enjeu crucial

De même, la recherche en éducation pour la santé ne pourra pas se développer de manière significative en l'absence de laboratoires où du temps et de l'énergie pourront lui être consacrés sur le long terme. Là aussi, on constate que d'autres pays, et pas uniquement les pays anglophones (Belgique, Espagne, etc.), produisent et publient un volume important de recherches de haut niveau en éducation pour la santé. Plusieurs revues spécialisées sont là pour en témoigner.

Il existe actuellement en France une volonté politique de développer l'éducation pour la santé, notamment par un accroissement de la qualification des

intervenants. On constate aussi une augmentation évidente du niveau académique des salariés du Réseau du CFES : près d'une centaine d'entre eux (20 %) sont titulaires d'un diplôme de 3<sup>e</sup> cycle, une quarantaine (8 %) sont titulaires d'un doctorat ou en voie de l'obtenir, ce qui constitue un « vivier » potentiel d'enseignants-chercheurs non négligeable.

Plusieurs démarches émanant de diverses instances concourent à appuyer le projet d'implantation universitaire de l'éducation pour la santé. Les propositions faites au Ministre délégué à la santé, par le Conseil national du réseau, incluent un chapitre sur le développement de la recherche, de l'expertise et de l'enseignement en éducation pour la santé<sup>3</sup>. Ce chapitre présente des objectifs et des propositions concrètes concernant :

- la diffusion de référentiels de qualité en matière d'action, de formation et de recherche ;
- le développement de formations universitaires et de formations qualifiantes en éducation pour la santé, au titre de la formation initiale et de la formation continue ;
- le renforcement des liens entre recherche et pratiques, par la mise en œuvre d'analyses de pratiques, de recherches-actions, d'études qualitatives, d'échanges avec des laboratoires de recherche.

### Perspectives de développement

De même, le Plan national d'éducation pour la santé rendu public en février 2001 mentionne plusieurs axes

de développement pour la formation et la recherche.

#### • En ce qui concerne la formation :

1. Intégrer un module de formation de base en éducation pour la santé associant théorie et pratique, à la formation initiale de tous les professionnels concernés :

- médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ;
- infirmières, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciennes ;
- assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, éducateurs, psychologues ;
- enseignants, conseillers d'éducation, directeurs, inspecteurs et autres professionnels de l'Éducation nationale ;
- professionnels des activités physiques et sportives ;
- métiers enseignés à l'École nationale de la santé publique.

2. Élaborer la première année un cahier des charges des formations de premier et de deuxième niveau en éducation pour la santé.

3. Soutenir la mise en place dans chaque région d'au moins une formation de premier niveau dans un délai de deux ans.

4. Soutenir la mise en place dans chaque région d'au moins une formation universitaire, sanctionnée par un diplôme de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle, accessible en formation continue. Cette formation pourra être complétée par une formation à la recherche (DEA et doctorat).

5. Favoriser l'implication, dans les formations universitaires, de professeurs et maîtres de conférence « associés », praticiens de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, garantissant l'adéquation nécessaire avec le milieu professionnel et facilitant l'insertion ultérieure des personnes diplômées.

6. Inscrire l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique parmi les thèmes prioritaires de formation médicale continue pendant au moins cinq ans.

#### • En ce qui concerne la recherche :

1. Créer un fonds de recherche géré par un organisme administrateur disposant d'un budget de fonctionnement approprié. Il sera doté d'un conseil scientifique représentant les diverses sensibilités, qui définira la politique et la stratégie de recherche, en privilégiant notamment l'aspect interdisciplinaire des projets et des équipes.

2. Confier à un institut national la mission d'animer la recherche en lui attribuant un budget de fonctionnement approprié.
3. Planifier et budgéter une évaluation externe, nationale et internationale, de cette stratégie de développement de la recherche.
4. En coordination avec le ministère de la Recherche et le ministère de l'Éducation nationale, désigner l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique comme champs prioritaires de recherche avec politique d'appel d'offres et intégration au processus de labellisation des Unités propres de recherche de l'enseignement supérieur.
5. Dans le cadre des organismes de recherche nationaux, encourager la création d'unités de recherche en éducation pour la santé et éducation thérapeutique.
6. Créer une ou plusieurs écoles doctorales dédiées à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique.
7. Encourager les échanges et les collaborations entre les chercheurs français et leurs homologues étrangers.

De son côté, le Conseil scientifique du CFES met actuellement en place un

groupe de travail consacré aux modalités de développement de la recherche en éducation pour la santé.

En dépit de la clarté et de l'opérationnalité de ces engagements et de ces propositions, le chemin sera encore long avant de voir naître en France la première Unité de formation et de recherche universitaire en éducation pour la santé. Il faudra pour cela que les acteurs de l'éducation pour la santé et leurs partenaires défendent avec force leurs arguments auprès des instances susceptibles de leur apporter leur soutien. Il faudra que des moyens humains supplémentaires soient accordés, notamment au Comité français, pour mettre en œuvre les orientations qui auront été définies.

Mais il nous faudra sans doute aussi apprendre à nous dégager, de manière constructive, de l'interdisciplinarité, pour constituer, à partir de l'ensemble des disciplines qui fondent les pratiques en éducation pour la santé et en pleine conscience de la variété de ses champs d'application, un corpus cohérent de connaissances et de valeurs propres à fonder l'éducation pour la santé comme discipline. Il nous faudra asseoir notre légitimité à entreprendre ce processus, en lien constant avec les autres disciplines directement concernées, et en partenariat avec les autres réseaux qui participent de l'éducation pour la santé en France. Il nous faudra enfin surmonter aussi nos réticences et contradictions internes, dans l'attention aux multiples courants qui composent l'éducation pour la santé aujourd'hui.

Les alliances du CFES et de son Réseau avec l'université ou les formations post-universitaires constituent les premières étapes de la reconnaissance de cette légitimité. Elles ne représentent en aucun cas des aboutissements. Le chemin sera long d'ici à la reconnaissance d'un statut professionnel pour l'éducateur de santé. Mais la défense des valeurs que nous souhaitons promouvoir, au travers de pratiques dont un niveau de qualité minimal pourra être garanti, nous semble être vraiment à ce prix.

**Christine Ferron**

Psychologue, chargée de mission  
Formation et Recherche, service Appui au développement de l'éducation pour la santé,  
Comité français d'éducation pour la santé,  
Vanves, France.

1. *Ces niveaux d'intervention ont été élaborés par croisement des niveaux de diplômes avec les principales missions des comités (Marchal N. La professionnalisation des personnes recrutées sur le dispositif CNAMTS-CFES-État de renforcement des actions de proximité de prévention du tabagisme. Paris au CFES Info du 9 juin 2000.*

2. *Ferron C. Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies. Annexe 2: Cadre d'aptitudes pour la formation professionnelle de spécialistes diplômés en éducation pour la santé. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1999.*

3. *Conseil national du réseau. L'éducation pour la santé : un service pour le public, un enjeu pour la modernisation du système de santé. Propositions à Madame le secrétaire d'État à la Santé, novembre 2000. II. La planification de l'éducation pour la santé : équité, pérennité, qualité et développement des missions, 4. Développement des missions, Mission 8 : développer la recherche, l'expertise et l'enseignement en éducation pour la santé.*

### The development of training and research: objectives and strategies

Christine Ferron

The question of professionalisation is closely linked to the need for recognition expressed by those working in health education, particularly by newcomers to this area of expertise whose borders are still not well known.

The French situation regarding health education training and research does not encourage such recognition of the job of health educator, with the degree of specialisation this entails. In contrast to practice in other countries, there is no university curriculum nor are there research laboratories working on health education as a university discipline.

Over the last few years, the development of health education in different walks of life and for different audiences has revealed the necessity to raise the level of qualification of those working in the field. This necessity has been expressed particularly in the conclusions of a number of national working groups on this question.

### El desarrollo de la formación y de la investigación: objetivos y estrategias

Christine Ferron

La cuestión de la profesionalización está muy vinculada con la necesidad de reconocimiento expresada por los actores de la educación para la salud, en particular, por los nuevos en este campo de competencias cuyo perímetro es todavía mal conocido.

La situación francesa en lo que se refiere a la capacitación e investigación en educación para la salud, no favorece este reconocimiento del oficio de educador para la salud, con el grado de especialización que implica. Contrariamente a lo que ocurre en otros países, no existe un curso universitario ni laboratorios de investigación dedicados a la educación para la salud considerada como una disciplina universitaria.

Desde hace varios años, el desarrollo de la educación para la salud en diferentes entornos de vida y ante diferentes públicos ha puesto en evidencia la necesidad de aumentar la calificación de los intervinientes. Esta necesidad se expresa en particular a través de las conclusiones de varios grupos de trabajo nacionales sobre esta cuestión.

# Des diplômes en pédagogie de la santé : l'expérience de l'Université Paris XIII-Bobigny

**Jean-François d'Ivernois et Rémi Gagnayre, professeurs en sciences de l'éducation, nous font découvrir l'éventail des formations innovantes de la Faculté santé-médecine de l'Université Paris XIII-Bobigny. Une pionnière en la matière depuis plus de vingt ans, dont la réputation est aujourd'hui internationale.**

Dix ans après sa création, la Faculté expérimentale santé-médecine de l'Université Paris XIII-Bobigny avait acquis une réputation nationale et internationale en matière d'innovation pédagogique dans le champ de la santé. C'est en effet dans cette petite UFR qu'avaient été implantées les premières expériences d'enseignement universitaire de la médecine générale, de sélection orientation des étudiants du PCEM 1 (1<sup>er</sup> cycle des études médicales) vers les professions de santé, et de formation des futurs médecins à la santé communautaire.

Cette expérience et ce savoir-faire ont été exprimés à travers un diplôme universitaire : la maîtrise universitaire de Pédagogie des sciences de la santé créée en 1978. Il s'agissait de la première formation de formateurs dans le domaine de la santé en France s'adressant à un public multiprofessionnel d'enseignants (médecins, dentistes, infirmières, sage-femmes, puéricultrices, vétérinaires, etc.). Ce diplôme a été immédiatement reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'une des formations francophones permettant à des enseignants en médecine et en sciences de la santé de développer une rénovation des curriculums dans leur institution et dans leur pays.

Depuis cette date, ce diplôme international a accueilli plus de cinq cents enseignants en sciences de la santé dont un quart en provenance de pays

de la Communauté Européenne (Belgique, Italie, Espagne, Suisse), de l'Europe de l'Est (Russie, Bulgarie, Roumanie), de l'Afrique du Nord (Algérie, Tunisie, Maroc), de l'Afrique (Bénin, Comores, Sénégal, Congo, Somalie), d'Asie (Vietnam, Cambodge). Ce diplôme s'est également adressé, par convention, aux cadres formateurs d'organisations humanitaires comme Médecins Sans Frontières et Aide Médicale Internationale.

Depuis 1997 et la création d'un Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) « Formations en santé » qui comporte également une option de formation de formateurs, ce diplôme de maîtrise universitaire en Pédagogie des sciences de la santé est plutôt réservé à un public d'enseignants, qui apprécie sa souplesse d'organisation modulaire et la possibilité de suivre une formation de méthodologie pédagogique « à la carte » (*Tableau I*).

Au milieu des années quatre-vingt, le département de Pédagogie des sciences de la santé a initié des recherches et des actions de formation ponctuelles dans le domaine de l'éducation des patients. Cet engagement a amené les chercheurs du département à concevoir et proposer un modèle théorique dont pourraient s'inspirer les équipes qui pratiquaient l'éducation du patient (essentiellement en diabétologie et asthmologie) selon des approches et modalités très diverses. Ce

modèle exigeait, en effet, de clarifier le concept d'éducation thérapeutique, en l'individualisant dans les champs de l'éducation de la santé et de la promotion de la santé, en le replaçant dans une approche systémique dans laquelle les besoins d'éducation du patient seraient pris en compte et leurs compétences à acquérir, précisées.

C'est cette approche pédagogique de l'éducation thérapeutique qui a été proposée dans le cadre du DESS « Formations en santé », devenu en France le premier diplôme de 3<sup>e</sup> cycle spécifiquement consacré à ce domaine. Le programme de ce DESS a été également réfléchi dans le cadre d'une coopération internationale réunissant deux autres centres collaborateurs de l'OMS : à l'Université de Genève (Pr. J. Ph. Assal) et à l'Université catholique de Louvain à Bruxelles (Pr. A. Deccache). Cette collaboration a permis de mettre en évidence la complémentarité des diplômes organisés par ces trois centres dans le champ de l'éducation thérapeutique. C'est la raison pour laquelle des membres de chaque centre enseignent, dans chacun des diplômes, depuis 1997 et que les échanges d'étudiants pour suivre des enseignements théoriques ou effectuer des stages entre les trois universités sont également encouragés.

Le travail des trois centres a eu aussi pour finalité de clarifier, dans le cadre du rapport de l'OMS « Éducation thérapeutique du patient, programme de forma-

tion pour professionnels de soins » qu'ils ont réalisé, les différents niveaux de diplôme en éducation thérapeutique. Ainsi, le DESS organisé par l'Université Paris XIII-Bobigny, le DIFEP de l'Université de Genève et la licence d'Éducation pour la santé de l'Université Catholique de Louvain à Bruxelles représentent un niveau de formation dit « avancé » en éducation thérapeutique. Cette formation avancée s'adresse à des professionnels de santé destinés à devenir les coordinateurs institutionnels (ou dans des réseaux) d'activités d'éducation du patient, en charge de la supervision, du développement et de l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique.

Depuis sa création en 1997, ce DESS a accueilli quarante étudiants dont trente professionnels de santé et dix étudiants en formation initiale. Comme cela est indiqué dans la description du programme (*Tableau II*), l'accent est mis sur la méthodologie de planification et d'évaluation de programmes d'éducation du patient. De même, tout ce qui concerne la problématique de l'apprentissage, la psychologie cognitive et les moyens didactiques pour l'enseignement des patients est particulièrement développé dans ce diplôme.

Le département de Pédagogie des sciences de la santé de l'Unité de formation et de recherche (UFR) SMBH de

Bobigny a donc une expérience de plus de deux décennies dans le domaine de la formation pédagogique des enseignants en santé et des professionnels de santé. Les diplômes que le département a mis en œuvre ont d'abord concerné l'innovation pédagogique dans les institutions de formation des professionnels de santé. En même temps que se développaient le concept et les pratiques d'éducation thérapeutique des patients, des formations correspondantes et aujourd'hui un DESS spécifique ont été proposés. L'orientation de ces formations est clairement une pédagogie de la santé centrée sur les besoins des apprenants : étudiants ou patients.

#### Jean-François d'Ivernois

#### Rémi Gagnayre

Professeurs en Sciences de l'éducation,  
département de Pédagogie  
des sciences de la santé,  
Université Paris XIII, Bobigny, France.

### Degrees in health education: the experience of the University of Paris XIII-Bobigny

Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois

In 1978, the University of Paris XIII-Bobigny (France) set up the very first health education training course for teachers from a wide range of professions, whether doctors, dentists, veterinary surgeons, nurses, etc. Recognised by the WHO, this international degree course has been taken by five hundred teachers from all over the world and by the training staff of humanitarian organisations.

Since then other courses have been introduced to supplement this initial scheme, in particular, in patient therapeutic education in which co-operation with the programmes at the Catholic University of Louvain (Belgium) and those at the University of Geneva (Switzerland) has led to a fruitful exchange of students.

### Diplomas de pedagogía de la salud: la experiencia de la universidad Paris XIII-Bobigny

Rémi Gagnayre, Jean-François d'Ivernois

En 1978, la universidad de Paris XIII-Bobigny (Francia) innovaba creando la primera capacitación de capacitadores de la salud para un público multiprofesional de profesoras, médicos, dentistas, veterinarios, enfermeras, etc. Reconocida por la OMS, esta formación internacional que proporciona títulos ha sido seguida por quinientos profesores del mundo entero y ejecutivos capacitadores de organizaciones humanitarias.

Desde entonces, otras capacitaciones han venido a completar este dispositivo inicial; en particular, en lo relativo a la educación terapéutica del paciente, en donde se ha creado una sinergia con los programas de la Universidad católica de Louvain (Bélgica) y los de la Universidad de Ginebra (Suiza), permitiendo un intercambio fructuoso de estudiantes.

#### Document de référence

World Health Organisation – Regional Office for Europe, Report of a WHO working group – Therapeutic patient education – Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases, 1998.

## Tableau I - Maîtrise universitaire de Pédagogie des sciences de la santé (DU)

### Objectifs généraux

- Contribuer efficacement à la rénovation des programmes de formation en sciences de la santé en apportant une aide et un conseil pédagogique aux enseignants, à chacun des niveaux de la planification de l'enseignement.
- Contribuer au développement de l'innovation pédagogique par la mise en œuvre de recherches et d'expériences pédagogiques.

### Conditions d'accès

La formation s'adresse à des enseignants et des formateurs dans le domaine de la santé, la qualification requise est d'être :

- Titulaire d'un emploi d'enseignant dans une faculté ou une école formant aux professions de santé
- Responsable ou chargé de formation, dans les secteurs de la formation continue sanitaire (hospitalière ou extra-hospitalière) et de l'aide médicale humanitaire.

Dans l'analyse de la qualification, il peut être tenu compte de l'expérience professionnelle des candidats et le cas échéant de procéder à une validation des acquis aux termes des décrets de 1985 et de la loi de 1992.

- Avoir acquitté des droits d'inscription et les frais pédagogiques des séminaires.

### Contenu de la formation

1<sup>ère</sup> année

- Initiation à la pédagogie des sciences de la santé « Session internationale OMS de formation en Pédagogie des sciences de la santé »
- Techniques d'animation et dynamique de groupe
- Planification de programme
- Stratégies d'enseignement

2<sup>e</sup> année

- Psychologie cognitive et repères pratiques pour la formation
- Docimologie et évaluation
- Pédagogie et audiovisuel

3<sup>e</sup> année

- Pédagogie des stages
- Guidance de recherche
- Apprentissage et tutorat

### Validation

Le diplôme de maîtrise universitaire de Pédagogie des sciences de la santé est délivré si les conditions suivantes ont été remplies :

- Avoir validé tous les séminaires (soit 18 unités de valeur) et les notes de lecture
- Avoir soutenu avec succès le mémoire de maîtrise universitaire
- Avoir acquitté les droits d'inscription des séminaires.

Chaque séminaire est validé par l'approbation d'un mémoire rédigé par le participant (travail individuel). Ce mémoire doit être remis au plus tard trois mois après le séminaire correspondant. Les notes de lectures sont à valider avant la soutenance du mémoire final. Elles peuvent être remises au cours de la formation.

À partir de la troisième année, les candidats peuvent entamer une recherche dont les résultats et la discussion constituent le mémoire de Maîtrise universitaire. Il peut être présenté dès la fin de la troisième année.

## Tableau II - DESS Formations en santé – Stratégies et développement de formations en santé

### Objectifs généraux

Ce diplôme organisé en formation initiale ou continue a pour but de former des personnels de santé devant exercer des responsabilités de conception, d'organisation, d'évaluation de programmes de formation. Il s'agit, d'une part, de programmes de formation initiale et continue d'étudiants et/ou de professionnels de santé et, d'autre part, de programmes d'éducation de patients atteints de maladies chroniques. La formation comporte donc un tronc commun, méthodologique et deux domaines de spécialisation (formation des professionnels de santé et éducation du patient).

### Conditions d'accès

Le diplôme, organisé en formation initiale et continue, s'adresse préférentiellement à des professionnels de la santé (ou du secteur social), titulaires d'un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle (maîtrise) ou de niveau équivalent ou justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins cinq ans pouvant être prise en compte dans le cadre du décret 85/90/6 du 23 août 1985 relatif à la validation des acquis.

Être titulaire d'un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle ou d'un

diplôme de niveau équivalent ou être professionnel de santé, exerçant des fonctions de formation ou des fonctions d'éducation du patient et justifier d'au moins cinq années d'expérience professionnelle dans ces fonctions.

Présenter sa motivation et justifier de ces diplômes et/ou de son expérience professionnelle.

### Contenu de la formation

Tronc commun :

- Organisation systémique des professionnels en santé
- Sociologie des institutions de formation en santé – stratégies du changement institutionnel
- Problèmes de santé et politiques de formation des acteurs
- Psychologie cognitive et repères pratiques pour la formation
- Technologies et supports éducatifs
- Stratégies d'enseignement/apprentissage
- Innovation et recherche en formation professionnelle
- Psychologie de l'apprentissage
- Principes et méthodologie d'évaluation

Domaine de spécialisation : éducation du patient

- Organisation et développement des programmes d'éducation du patient
- Évaluation de l'éducation du patient
- Modèles conceptuels en éducation du patient
- Psychologie du malade et maladies de longue durée
- Représentations et connaissances antérieures
- Éducation de l'enfant patient
- Méthodes d'enseignement et d'animation en éducation du patient

### Renseignements et inscription

UFR Santé, Médecine et Biologie Humaine « Léonard de Vinci »  
– Bobigny

Département de Pédagogie des sciences de la santé  
Centre Collaborateur de l'OMS pour le développement des ressources humaines en santé

74, rue Marcel-Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex – France  
Tél : 01 48 38 76 41 – Fax : 01 48 38 76 19

# Un exemple de processus de professionnalisation : les jeunes recrutés sur le dispositif Prévention du tabagisme

## Démarche de professionnalisation

Le CFES s'est engagé :

- à soutenir le montage des projets des comités ;
- à suivre les actions développées ;
- à évaluer le dispositif mis en place ;
- à favoriser la professionnalisation des personnes recrutées dans ce cadre.

Pour ce dernier aspect, il s'agit de :

- Proposer des documents de référence<sup>2</sup> sur la professionnalisation.
- Informer sur les diplômes inter-universitaires de tabacologie.
- Mettre à jour la base de données sur les formations universitaires en éducation pour la santé et les formations proposées sur les addictions, dont le tabagisme.
- Organiser des formations<sup>3</sup> pour le réseau.
- Suivre la professionnalisation des personnes au travers d'une base de données sur les formations initiales, les activités et les compétences à mettre en œuvre. Celle-ci sera complétée par les productions du groupe de travail sur la professionnalisation (voir schéma).

**Le dispositif de suivi et d'évaluation présenté ici a pour objectif de favoriser la professionnalisation de plus d'une centaine de jeunes recrutés en 2001 pour développer des actions de terrain dans le domaine de la prévention du tabagisme.**

Un accord visant le renforcement des actions de terrain dans le domaine de la prévention du tabagisme a été signé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en août 1999. Il favorise le recrutement de personnes en contrat emploi-jeune<sup>1</sup>. La montée en charge du dispositif est progressive et prend en compte les capacités d'absorption du Réseau des comités d'éducation pour la santé.

En mai 2001, 89 personnes ont été recrutées ou en cours de recrutement sur ce dispositif dans le Réseau des comités d'éducation pour la santé. À la fin de l'année 2001, le Réseau devrait avoir recruté près de 145 personnes en éducation pour la santé et prévention du tabagisme.

- de décrire les compétences qui sont sous-jacentes à ces activités pour tendre vers l'élaboration de portefeuilles de compétences individuels.

Le processus en continu devra s'accompagner d'une démarche institutionnelle visant à la validation des acquis de ses jeunes.

**Nathalie Marchal**

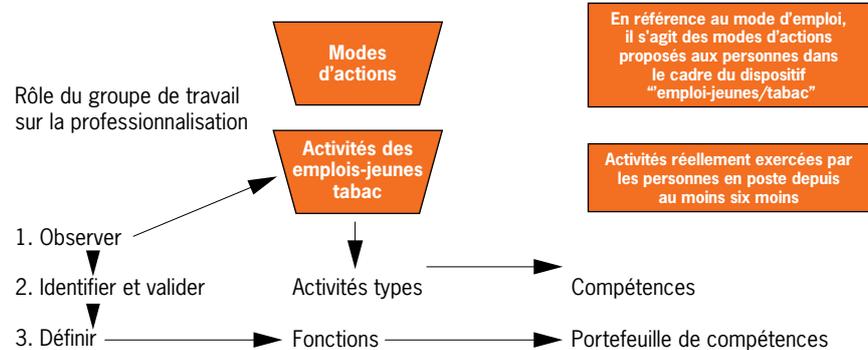
Chargée de mission Professionnalisation  
du dispositif emploi jeunes

service Appui au développement de l'éducation pour la santé,  
Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, France.

Pour mettre en œuvre le processus de professionnalisation, le CFES met en place, à l'été 2001, le groupe de travail qui a pour objectifs :

- de décrire les activités des jeunes recrutés à partir d'une grille ;
- d'identifier les activités types menées par ces jeunes ;

1. Circulaire délégation générale à l'Emploi et à la Formation professionnelle (DGEFP)/direction générale de la Santé (DGS) n° 2000-163 du 27/03/2000 diffusée aux préfets de région, directions régionales du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle (DRTEFP), direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass), aux préfets de département, directions départementales du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle (DDTEFP), direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) concerne la mise en place de ce dispositif.
2. Deux documents ont été proposés aux comités sur la professionnalisation (un document de cadrage général et un document sur les plates-formes régionales de professionnalisation).
3. Module d'accueil des nouveaux arrivants, formation chargés de projet en éducation pour la santé, formation au programme national de prévention du tabagisme, formation aux outils pédagogiques.



**Schéma récapitulatif du rôle du groupe de travail sur la professionnalisation**

# La formation en promotion de la santé à l'Université catholique de Louvain

## Bilan, innovations et perspectives

**L'Université catholique de Louvain tente depuis bientôt vingt années de proposer une formation en promotion de la santé, qui soit cohérente avec les fondements de cette discipline : à la fois théorique et pratique, prenant en compte le vécu et l'expérience des étudiants et se préoccupant autant des méthodes pédagogiques que de leur dimension éthique.**

### Origine de la formation

En juillet 1984, l'Université catholique de Louvain (UCL) créait, dans sa faculté de médecine, une unité d'Éducation pour la santé (l'unité Reso) et un programme de formation de 2<sup>e</sup> cycle en éducation pour la santé. En 1990, un programme de doctorat de 3<sup>e</sup> cycle a été développé, comme option du doctorat en santé publique. En 1994, une option supplémentaire a été ouverte : l'éducation du patient.

Le développement de ce programme répondait à une double attente, du ministère de la Santé (1) et des autorités universitaires. Une évaluation des besoins de formation universitaire de professionnels en éducation pour la santé fut menée en 1983. Pour l'UCL, elle fut réalisée à la fois par la faculté de Sciences de l'éducation (Pr. J.M. de Ketele) et la faculté de Médecine (Pr. A Noël, N. Schepens et J.A Bury) (2). Elle mit notamment en évidence l'évolution de ce « nouveau » secteur d'activité vers une professionnalisation de plus en plus marquée, accompagnée d'une demande d'acquisition de compétences spécifiques. Cet intérêt était manifesté par tous les secteurs concernés par l'apprentissage social d'une culture sanitaire : centres de santé, de protection maternelle et infantile, de prévention, de soins et milieu hospitalier, et lieux d'enseignement (écoles, instituts techniques, etc.).

En raison des caractéristiques de la demande et des besoins de formation, et du fait que le « réservoir de recrutement » était constitué de professionnels en activité, un tel programme de formation se devait d'être :

- *articulé à la fois sur les savoirs théoriques et sur l'expérience professionnelle*, tant des formateurs que des candidats à la formation ;
- *multiprofessionnel*, favorisant le rencontre des professions concernées, de santé, de soins, d'enseignement, de communication, d'administration, dans une logique « intersectorielle » ;
- *multidisciplinaire*, intégrant les champs des sciences de la santé, de la psychopédagogie et de la sociologie, et ouvert à des approches et référentiels théoriques variés ;
- *contribuant à la concrétisation d'un projet professionnel*, personnel ou institutionnel ;
- et compatible avec une activité professionnelle (organisation adaptée, horaire d'enseignement « décalé »).

L'unité a choisi de créer un programme de formation totalement neuf (vingt-quatre cours créés à cet effet), rattaché à la faculté de Médecine (pédagogie de la santé), en collaboration étroite avec la faculté des Sciences de l'éducation. Ce programme, dit de 2<sup>e</sup> cycle complémentaire, était d'une durée de deux années universitaires, aboutissant à la réalisation d'un travail

original (mémoire) de recherche ou de développement d'actions, articulé sur le projet professionnel des candidats (étudiants).

Ce programme bénéficia d'une infrastructure particulière d'aide aux candidats : pédagogique (conseiller en formation), documentaire (service de documentation et de matériel pédagogique), méthodologique (équipe permanente de chercheurs-conseillers) et administrative (secrétariat). Afin de permettre un enseignement participatif et adapté à la formation d'adultes, l'accès au programme a été, dès le départ, limité à trente candidats par an. Reconnu comme formation universitaire « de plein exercice », il est financé par le ministère de l'Enseignement supérieur et est agréé comme « formation permanente » (donnant droit à des congés-éducation).

En 1990, un projet de collaboration européen (Erasmus) permit des échanges de formation avec les universités de Provence (Aix, France), de Patras (Grèce) et de Coimbra (Portugal). Ultérieurement, des accords de coopération internationale d'enseignement et de recherche en éducation du patient ont été développés, entre centres collaborateurs OMS, avec les universités de Paris-Nord et de Genève, et un projet de diplôme européen en Éducation thérapeutique initié.

En Belgique, l'UCL participa à un programme de formation inter-universitaire (Louvain, Liège, Bruxelles, Namur, Mons), entre 1990 et 1996.

### Répondre aux besoins de formation : contenus et méthodes

Les implications éthiques et les enjeux sociaux de l'éducation pour la santé sont bien connus. Le contenu de la formation vise à articuler réflexion éthique, compétences théoriques et méthodologiques entre l'efficace et l'acceptable. Il s'agit tout autant de maîtriser différentes méthodes, de prendre conscience de ses propres valeurs et de ses choix professionnels, de la variété de ceux des autres, professionnels et publics, que de comprendre l'influence respective des choix des priorités de santé sur les pratiques préventives : vision de responsabilisation individuelle à la santé (action sur les choix personnels), ou vision de responsabilisation sociale ou communautaire (action sur les déterminants sociaux, environnementaux, économiques), en passant par tous les moyens termes possibles (3).

Une autre particularité de l'enseignement de l'éducation pour la santé, formation de formateurs, est la nécessité incontournable d'assurer une cohérence et une adéquation entre la formation elle-même et ce à quoi elle prétend former. Les formations qui prétendent former à une approche participative, à l'analyse des besoins, à une éducation pour la santé qui aide la population à décider de sa santé et s'autodéterminer, à une vision globale de la santé... ne sont pas rares. Mais souvent, l'enseignement lui-même y reste magistral, théorique, construit sur un programme prédéfini (et donc non négociable), découpé en matières indépendantes et non articulées (y compris et surtout les matières de santé), peu participatif, visant la transmission de savoirs et savoir-faire plutôt que l'apprentissage de compétences de santé. Une cohérence entre le contenu et la forme de l'enseignement est indispensable.

De plus, les enseignants universitaires ont eux-mêmes rarement des compétences pédagogiques et un effort

important est consenti afin de créer un climat éducatif et des espaces d'acquisition d'expérience et de compétences chez les formateurs, expérience d'ailleurs souvent acquise au contact des candidats à la formation (les « étudiants »).

L'objectif général de la formation est d'« apprendre à apprendre », tout comme l'éducation pour la santé visée ici est d'aider une population à apprendre sa santé. Les contenus des enseignements sont, de ce fait, orientés vers l'acquisition critique et l'utilisation des savoirs pertinents et utiles.

Par ailleurs, le programme est tout entier orienté vers l'acquisition des multiples méthodes et outils qu'apportent les différentes disciplines contribuant à l'éducation pour la santé : santé (gestion préventive et curative des problèmes de santé), éducation (conception de projets d'apprentissage), didactique (acquisition de compétences), psychologie sociale (analyse des facteurs psychosociaux et des représentations de la santé), communication (relation interpersonnelle et information de masse), épidémiologie (méthodes de « santé du public »), sociologie des organisations (changement social), recherche, etc. Les mêmes sujets sont de ce fait abordés différemment selon l'origine disciplinaire et professionnelle des enseignants (et des candidats) : l'évaluation, par exemple, est conçue, mise en œuvre et exploitée différemment selon les approches, formative ou sommative\*, qualitative ou quantitative, subjective ou objectivée, positiviste ou constructiviste, etc.

Une réponse aux besoins de formation propres à chaque candidat est apportée par l'incitation et l'aide à construire tout son projet de formation autour de son projet professionnel et d'éclairer ce dernier des multiples apports des cours suivis, en intégrant peu à peu leurs spécificités. Un système original d'« intervision » des projets des candidats a été mis en place. Cet échange est permanent (une séance par mois pendant deux ans), en petits groupes (un animateur et huit à dix collègues « étudiants-interviseurs ») et permet l'accompagnement des pro-

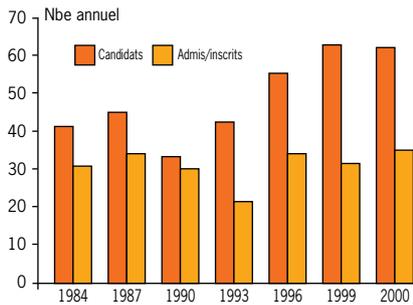


Figure 1 : Demandes et admissions au programme EDUS (toutes options)

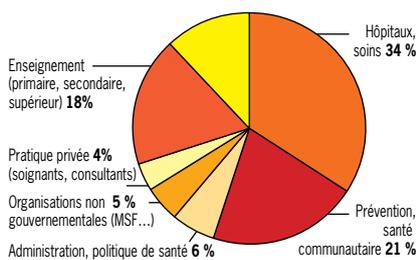


Figure 2a : Expérience professionnelle des candidats au programme EDUS (profession)

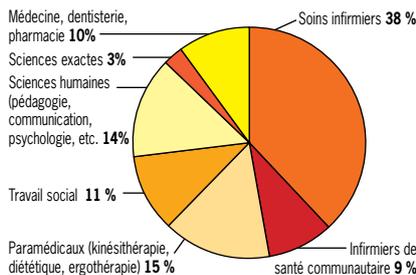


Figure 2b : Formations initiales des candidats au programme EDUS (total > 100% : doubles formations)

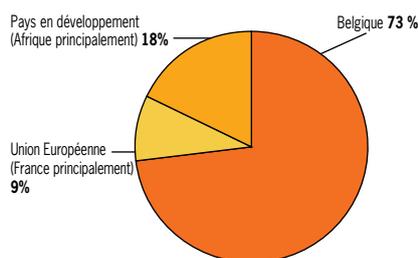


Figure 3 : Origine géographique des candidats (n=256)

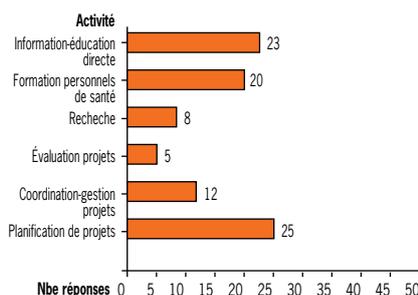


Figure 4 : Utilisation professionnelle du diplôme obtenu (n=52 réponses/93, total > 52)

jets, l'intégration des acquis et l'apprentissage de la fonction de conseiller méthodologique.

Le cadre général de formation décrit ci-dessus est l'aboutissement de quinze années de ce programme et notamment d'une importante évaluation de l'enseignement et de la pertinence professionnelle et sociale de la formation. Cette évaluation, réalisée en 1994 auprès des enseignants, des étudiants et des diplômés (4), a permis la réforme du programme et son adaptation à l'évolution du champ et des besoins.

Ce mode de formation est rendu possible grâce au statut de formation d'adultes, accordé au programme par les autorités universitaires, et au soutien constant des doyens de la faculté de Médecine à un secteur de la santé pourtant considéré comme mineur.

En pratique, le programme de formation s'articule sur quatre axes : la santé (santé maternelle et infantile, santé du travail, approche globale des problèmes de santé et de la physiopathologie, etc.), la sociopsychopédagogie (méthodologie générale du curriculum, pédagogie et histoire de l'éducation, didactique spéciale, micro-enseignement, psychologie du développement, etc.), la méthodologie de l'éducation pour la santé (problématique de l'éducation en promotion de la santé, approche qualitative et éducation du patient, apprentissage et évaluation en éducation du patient, évaluation de programmes et gestion de projets, etc.), et un axe d'intégration où sont confrontés les axes précédents (méthodologie de la recherche en éducation pour la santé, planification de projets, méthodologie spéciale de l'éducation pour la santé, etc.).

La durée et le volume effectifs de formation varient d'une année universitaire complète (450 heures) pour les candidats expérimentés et déjà porteurs d'un diplôme universitaire complet de 2<sup>e</sup> cycle, à deux années (800 heures) aux candidats provenant de formations non universitaires. Il arrive que des candidats sans expérience professionnelle soient admis ; leur formation dure alors trois années (1 100 heures).

Les trois filières conduisent au même diplôme officiel, intitulé « licence en

Sciences de la santé publique, orientation Promotion de la santé ».

Par ailleurs, une formation pédagogique supplémentaire (cours et stages) est offerte aux diplômés qui se destinent à l'enseignement de l'éducation pour la santé ou des matières de leur compétence initiale (soins infirmiers, travail social, etc.).

## Bilan et perspectives

Depuis la première promotion sortie en 1987, deux cent vingt professionnels ont été diplômés en éducation pour la santé, ou plus spécifiquement en éducation du patient, et près de trente ont achevé leur formation sans diplôme (mémoire non terminé).

La remarquable qualité des mémoires réalisés est le reflet de l'investissement consenti par les diplômés et de la pertinence professionnelle de leur parcours de formation (5). Le choix des institutions de soins et de santé d'engager des diplômés (fonctions de coordinateur, de gestionnaire, de responsable de projets) et la décision du ministère de la Santé de valoriser la formation (en incluant cette qualification comme critère d'agrément des centres de promotion de la santé) ont largement contribué au succès des formations en éducation pour la santé.

En outre, depuis la création, dans le cadre du doctorat en Santé publique, d'une option « éducation pour la santé », cinq thèses ont été soutenues (5) et cinq autres sont en préparation. Le travail de recherche interdisciplinaire que cela suppose contribue à l'amélioration des savoirs et des compétences spécifiques à l'éducation pour la santé.

La demande de formation reste élevée : 65 candidatures annuelles, pour 30 admissions possibles (Figure 1). La sélection des candidats prend en compte leur expérience et leur projet, leur origine professionnelle (infirmiers, paramédicaux, enseignants, médecins, pharmaciens, dentistes, pédagogues, psychologues, etc.) (Figures 2 a et b), leurs formations initiales et même leur origine géographique (diversité des problématiques de santé) (Figure 3). Les candidats à la formation restent encore en grande majorité des professionnels expérimentés de la santé ou de l'éducation, pour 15 % de candidats

## Trois questions à un étudiant de l'Université catholique (UCL) de Louvain

### **La Santé de l'homme : Une formation n'est-elle pas forcément théorique ? Comment concrètement la formation de l'UCL tient-elle compte de l'expérience de chaque étudiant et des objectifs pratiques des métiers de la promotion de la santé ?**

Une grande majorité des étudiants de la formation EDUS sont professionnalisés ou l'ont été. Ce sont, pour la plupart, des para-médicaux ou des travailleurs sociaux. La réflexion et les débats suscités dans les cours permettent de placer alors immédiatement en perspective le contenu théorique avec le vécu professionnel présent ou passé des étudiants. De plus, de nombreux cours font appel aux expériences de terrain des étudiants, un stage en situation est obligatoire à la poursuite du cursus et les « contrôles » comme ceux de l'évaluation des programmes ou de planification peuvent s'articuler sur les projets concrets de chacun. Autre exemple, le mémoire, élément important de la formation, demande – en plus de l'analyse théorique d'une problématique – une collecte d'informations de terrain, voire la réalisation d'un projet concret.

### **S.H. : Alain Deccache fait référence dans son article à un travail nécessaire sur les valeurs en éducation pour la santé... Au sein d'une université dont la dénomination spécifique qu'elle est catholique, quelles valeurs y sont défendues ?**

Je n'ai fréquenté, avant l'UCL, que des universités françaises, laïques et républicaines, et honnêtement je n'ai pas personnellement vu, dans la formation EDUS, vraiment de diffé-

rences quant aux valeurs de fond que peut revendiquer une université. Il est vrai que dans un domaine qui emprunte beaucoup aux sciences humaines, il importe de clarifier quelles pratiques éducatives et donc quels rapports humains et quels types de société on veut promouvoir par nos actions et attitudes. Par exemple, veut-on faire obéir ou donner du pouvoir et de la liberté aux gens ? Je pense que ce genre de choix dépasse le fait d'être catholique ou non.

Pour revenir à la formation EDUS, l'esprit critique et d'initiative, une attitude globale ouverte et tolérante, le respect des personnes, la mise de l'homme au centre des démarches, voilà ce que j'ai trouvé. Ce ne sont pas des valeurs exclusivement « catholiques » mais plutôt des valeurs universelles permettant au plus grand nombre, je crois, de se réaliser.

J'aurais cependant personnellement aimé analyser plus profondément certaines questions éthiques comme celles autour du respect de la vie (avortement, euthanasie, clonage, manipulation d'embryons...) qui prennent de plus en plus d'importance et où l'église catholique comme le corps médical d'ailleurs, prennent position. Les valeurs sous-jacentes aux messages de prévention dans les médias et les leviers activés dans les campagnes de communication auraient aussi mérité davantage d'analyse.

### **S.H. : Comment concilier une professionnalisation accrue des acteurs de promotion de la santé, comme en témoigne la formation que vous suivez actuellement,**

### **et des discours qui mettent en avant les démarches de santé « communautaire », par définition plus empiriques, tâtonnantes, moins rigoureuses ?**

Je pense que des acteurs de promotion de la santé professionnalisés peuvent très bien s'intégrer dans des démarches communautaires. Je n'ai pas le sentiment que l'on peut faire n'importe quoi sous ce prétexte, au contraire. Lancer une action, l'animer, la développer, l'évaluer, la faire connaître demandent des qualités multiples où la rigueur n'est pas du tout absente. Faire un diagnostic de départ, mobiliser un groupe, appliquer des règles de fonctionnement, rédiger des compte rendus de séances, écouter, gérer des conflits, etc. sont aussi des compétences que les professionnels de la promotion de la santé doivent posséder et que la formation EDUS, ici, tente de développer. Plus spécifiquement encore, réaliser une collecte d'informations et une analyse critique des données psycho-socio-sanitaires et économiques disponibles à l'échelon d'une communauté relève d'un réel professionnalisme. Avouez qu'il y a largement de quoi construire un plan de formation avec tout cela ! Je pense que c'est justement parce que la démarche communautaire subit sans cesse des réajustements de moyens ou d'objectifs qu'il faut la gérer avec les plus grandes rigueur et souplesse possible.

Propos recueillis auprès de **Pierre Bizel**  
Licencié en Éducation pour la santé EDUS-UCL  
Observatoire de la santé du Hainaut, Belgique.

sans expérience, bien que la proportion de ces derniers tende à augmenter. Après la formation, la majorité des diplômés travaillent dans la planification de projets, la formation et l'éducation sur le terrain (*Figure 4*).

Le programme est principalement axé sur la formation de cadres et de gestionnaires de projets. Selon l'évaluation réalisée en 1995, le programme présente quelques lacunes en matière de compétences techniques de base (animation, communication, réalisation d'outils éducatifs, organisation de campagnes, etc.) qu'il sera difficile de compléter dans une formation universitaire. Un projet de séminaires « post-gradués » est à l'étude, à partir des demandes recueillies de formation permanente.

Enfin, en matière d'éducation du patient, le programme est en réévaluation dans le but de l'adapter aux recommandations internationales en la matière (6) et de le rendre compatible avec les formations européennes francophones (Paris-Nord et Genève).

Ces dernières années, avec les réductions successives des ressources universitaires en général, un tel programme de formation, considéré parfois comme « luxueux », est quelque peu menacé, du fait de la réduction des ressources spéciales mises à sa disposition pour la formation d'adultes. La capacité à s'ajuster aux besoins professionnels, à maintenir un enseignement adapté et participatif, à développer les collaborations, sources de variété de compé-

tences, et à développer des recherches sont des conditions indispensables de qualité de tels programmes.

#### **Alain Deccache**

Professeur, unité d'Éducation pour la santé et  
Éducation du patient (UCL-Reso),  
Université catholique de Louvain, Bruxelles,  
Belgique.

\*NDLR. Évaluation formative et évaluation sommative ou évaluation bilan : l'évaluation formative est normalement effectuée au terme de chaque tâche d'apprentissage, alors que l'évaluation sommative revêt un caractère de bilan. Elle intervient donc après un ensemble de tâches d'apprentissage constituant un tout.

## Health promotion training at the Catholic University of Louvain

Alain Deccache

In 1984, the Catholic University of Louvain (Belgium) created, within the Faculty of Medicine, a health education unit and a post-graduate training course, which have since been supplemented by other courses. A leap forward in the professionalisation of the discipline, proclaims Professor Alain Deccache in this article.

Making ethical thinking, theoretical knowledge and methodological skills consistent in order to "learn to learn" is at the core of this course in which each student constructs his or her own programme around his or her professional aims.

Over the past twenty-five years, two-hundred and twenty graduates have completed their courses, and the demand for places is twice the number of places available.

That is the price of success for a course capable of adapting to the requirements of the profession while developing collaborative projects, including internationally, and research.

## La formación en promoción de la salud en la Universidad católica de Louvain

Alain Deccache

En 1984, la universidad católica de Louvain (Bélgica) creaba, dentro de su facultad de medicina, una unidad de educación para la salud y un programa de formación de 2º ciclo, complementados con otros programas. Un salto adelante en la profesionalización de la disciplina, que describe el profesor Alain Deccache en este artículo.

Poner en coherencia reflexión ética, competencias teóricas y metodológicas para "aprender a enseñar" es lo que se encuentra en el corazón de esta formación en donde cada estudiante construye su programa alrededor de su proyecto profesional.

Desde hace un cuarto de siglo, doscientos veinte títulos han sido otorgados y la solicitud de formación es dos veces mayor que la capacidad de acogida.

Este es el precio del éxito de un programa capaz de adaptarse a los imperativos profesionales, sin dejar de desarrollar cooperaciones, inclusive en el ámbito internacional, así como la investigación.

## ► Références bibliographiques

- (1) Ministère de la Santé. *Rapport du groupe de travail sur l'enseignement inter-universitaire en Éducation pour la santé*. Rapport non publié. Bruxelles, juin 1984 : 33 p.
- (2) Bertrand M.A., Bury J.A., et al. *Unité d'éducation pour la santé : enseignement, recherche, conseil, documentation*. Rapport d'activité 1984-1990, non publié. UCL-Reso, Bruxelles, 1990 : 42 p.
- (3) Taylor V. *Health education: a theoretical mapping*. Journal of the Institute of Health Education ; 1990, vol. 49, n° 1.
- (4) Godin V., Deccache A., Leroy X. *Évaluation de la licence en éducation pour la santé, rapport au Doyen de la Faculté de Médecine*. Unité d'éducation pour la santé, UCL, Bruxelles, 1995 : 82 p.
- (5) UCL-Resodoc. *Recueil bibliographique des mémoires de licence en éducation pour la santé*, UCL-Reso. Bruxelles, 2000 : 75 p. (disponible aussi sur les bases de données DOCTES et QUISANTE ; site internet : [www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso](http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso)).
- (6) Organisation mondiale de la santé. *Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue des soignants en prévention des maladies chroniques*. Rapport OMS, EUR/ICP/QCPH/ 010103, Copenhague, 1999 (version française) : 77 p.

# adsp

actualité et dossier en santé publique

Sommaire du numéro 34 mars 2001

### éditorial

- Médecine prédictive : mythe et réalité, *Isabelle Durand-Zaleski*

### actualité

- Femmes/hommes, des comportements contrastés, *François Baudier, Philippe Guilbert, Arnaud Gautier*
- Calumet de la paix au « Grenelle de la santé » ? *Alain Coulomb*

### études

- Le regard d'hier pour les concepts de demain, *Patrick Zylberman*

### international

- Dépistage du cancer : recommandations pour l'Union européenne, *rapport traduit par Rosemary Ancelle-Park, Hélène Sancho-Garnier, Jean Faivre*

### repères

- Agence nationale de recherche sur le sida
- DESS Contentieux des personnes publiques
- Épidémiologie santé travail, Inserm U420
- Lectures. Vidéo. Lois & réglementation. Calendrier

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique. adsp. HCSP, 8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP. Tél. 01 40 56 79 56. [www.hcsp.ensp.fr](http://www.hcsp.ensp.fr)



dossier

## Médecine prédictive Mythe et réalité

Dossier coordonné par *Ségolène Aymé*

### Qu'est-ce que la médecine prédictive ?

- Qu'est-ce que la médecine prédictive ? *Ségolène Aymé*
- La carte des gènes et les maladies, où en sont nos connaissances ? *Jean Frézal*

### Du gène au test

- De la connaissance du gène au test utilisable en clinique, *Emmanuelle Girodon*
- Le dépistage des facteurs de risque biologiques comme outil d'aide à la décision : les concepts, *Isabelle Durand-Zaleski, Sylvie Bastuji-Garin*
- Le contrôle de qualité en biologie moléculaire, *Mireille Claustres*

### Environnement de la médecine prédictive

- L'information comme outil d'aide à la décision, *Valérie Seror*
- Impact psychologique de la médecine prédictive, *Claire Julian-Reynier*
- Encadrement juridique de la génétique en France, *Marie-Louise Briard*
- Aspects éthiques de la médecine prédictive, *Gwen Terrenoire*
- Des efforts de normalisation internationale, *Béatrice Godard*

### Les premières applications

- Diagnostic présymptomatique d'une maladie incurable : Maladie de Huntington, *Alexandra Dürr, Marcela Garguilo, Tecla Capecchi, Isabelle Lagroua, Khadija Lahlou, Josué Feingold*
- Prédiction des effets indésirables des médicaments, *Marie-Anne Welti, Marie-Anne Loriot, Philippe Beaune*
- Diagnostic présymptomatique du cancer du sein familial, *Dominique Stoppa-Lyonnet*
- Les problèmes pratiques et éthiques que pose le stockage des échantillons biologiques, *Anne Cambon-Thomsen*
- Médecine prédictive et problèmes d'assurance, *Béatrice Godard*

### Tribunes

- La médecine prédictive, entre éthique et politique, *Jean-François Mattei*
- L'exemple du diagnostic génétique pré-implantatoire, *Jacques Testart*
- Les bases de la médecine prédictive, *Jean Dausset*

Adresses utiles. Bibliographie

# Émergence et évolution des compétences dans un champ disciplinaire et professionnel à partir d'une trajectoire personnelle à Liège

**Michel Demarteau, docteur en santé publique, après avoir brossé le tableau historique de l'émergence de l'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique au cours de ces trente dernières années, nous propose sa réflexion personnelle sur l'évolution de cette discipline à l'Université de Liège. Son « testament pédagogique » en quelque sorte.**

Il n'est pas possible de tenter une analyse de l'émergence et de l'évolution d'une pratique professionnalisée de l'éducation pour la santé d'abord, et de la promotion de la santé ensuite, sans faire état d'une trajectoire personnelle et professionnelle dans un contexte particulier, celui de l'Université de Liège et de la Communauté française de Belgique. Cette trajectoire et ce contexte sont simplifiés pour les besoins de la présentation. Dans les faits, c'est un enchevêtrement de parcours individuels et institutionnels qui tisse au fil du temps une « histoire » de l'éducation pour la santé en Belgique francophone. Que tous les acteurs de cette histoire me pardonnent les simplifications et les omissions, voire certaine erreurs.

## L'itinéraire

De l'expertise à l'enseignement, puis à la recherche, et enfin dans la fonction publique, ma carrière est celle d'une évolution professionnelle peut-être inhabituelle, mais qui correspond, je pense, à l'évolution du contexte universitaire et de l'éducation pour la santé dans notre Communauté. Elle a répondu en fonction des ressources disponibles aux besoins internes et externes qui se sont développés.

## Première période : l'émergence de l'éducation pour la santé au cours des années septante

### En Communauté française de Belgique

La Communauté française n'existe pas encore. Les lois sur la fédéralisation

de la Belgique la font exister au début des années quatre-vingt et lui confient alors les matières dites « personnalisables » telles que la culture ou l'enseignement, la prévention collective en matière de santé et l'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé existe, mais au niveau de quelques institutions nationales telles que les mutuelles, la protection maternelle et infantile, la Croix-Rouge de Belgique. Le budget de subvention au niveau francophone est de l'ordre de 500 000 Euros. À la fin des années septante, les premières associations privées non marchandes (associations sans but lucratif) apparaissent.

### À l'Université de Liège

Par leur ouverture sur le contexte international, les universités sont, dès le début, présentes au niveau de l'expertise, mais aussi au niveau institutionnel par leur implication dans les grandes organisations (comité scientifique, conseil d'administration). L'Université de Liège crée un 2<sup>e</sup> cycle en Sciences sanitaires destiné à la formation universitaire des cadres infirmiers. La santé publique n'y existe pas en tant que telle, même si une forte tradition de médecine sociale est présente depuis le début du siècle.

### Mon parcours personnel

J'ai une double formation initiale motivée par l'intérêt pour la santé physique (2<sup>e</sup> cycle universitaire en Éducation physique) et la pédagogie (2<sup>e</sup> cycle

universitaire en Sciences de l'éducation) et qui trouve, par hasard, son utilisation dans une discipline nouvelle qui émerge en 1980 à l'Université de Liège, l'éducation pour la santé.

## Deuxième période : le développement des initiatives en éducation pour la santé au cours des années quatre-vingt

### En Communauté française de Belgique

La Communauté française (en fait quelques personnes) décide de soutenir les initiatives et surtout de les multiplier. Le budget passe à environ 2,5 millions d'Euros. Le secteur non marchand se développe. De nombreuses personnes s'engagent dans cette voie professionnelle qui reste cependant fragile et aléatoire. À la fin des années quatre-vingt, un arrêté ministériel crée une structure de service locale et communautaire avec des financements récurrents à partir des associations qui ont émergé. Un métier est en train d'apparaître. Il concerne encore peu de monde.

### À l'Université de Liège

Les universités fonctionnent (se financent) surtout sur la base des expertises qu'elles apportent aux projets qui se multiplient et de la formation continue. Elles engagent de jeunes chercheurs venant le plus souvent des sciences humaines. Elles mettent en place des formations de 2<sup>e</sup> cycle en Éducation pour la santé, soit de manière volontariste comme à Louvain, ou en bricolant à partir des quelques compé-

tences existantes comme à Liège. Elles sont toujours fort impliquées sur le plan institutionnel dans l'évolution sociopolitique du secteur.

Le développement de l'éducation pour la santé à l'Université de Liège se fait dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut d'hygiène et de médecine sociale (Faculté de médecine) et le Laboratoire de pédagogie expérimentale (Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation). Une équipe de chercheurs (mais sans recherches !) se crée et se structure à partir de ressources financières extérieures sous forme de contrat d'expertise et de formation continue.

#### Mon parcours personnel

Je faisais partie à l'époque d'une équipe de recherche en sciences de l'éducation. J'exerce alors, dans le cadre universitaire, la fonction à mi-temps de direction d'une association sans but lucratif mise sur pied par les institutions existant lors de la première période et présidée par la directrice de l'Institut d'hygiène et de médecine sociale. Elle a pour but de fédérer les initiatives d'éducation pour la santé en Communauté française, d'assurer la représentation de celle-ci au plan international et de réaliser une interface entre les équipes de terrain et les services universitaires. Dans le cadre de l'autre mi-temps, je réalise des contrats de presta-

tions extérieures (évaluations et formations) en éducation pour la santé, sous la direction du responsable académique des sciences de l'éducation. J'assure aussi la coordination interne de l'équipe de chercheurs qui se met en place. Ma formation se fait sur le tas et dans le cadre de contacts internationaux.

#### Troisième période : la reconnaissance de l'éducation pour la santé et l'émergence de la promotion de la santé au cours des années nonante

##### En Communauté française de Belgique

Un petit noyau de personnes a été stabilisé, mais le budget évolue peu. Un processus de sélection des demandes de subvention se met en place, qui intègre les acteurs de terrain. Les actions gagnent en pertinence et en qualité. De nouvelles têtes apparaissent venant toujours d'horizons variés, mais formées à l'université en éducation pour la santé. En revanche, le processus initial de la deuxième période se répète pour des domaines qui émergent comme pour la prévention du sida : de nouveaux budgets, de nouvelles initiatives, de nouvelles personnes, mais qui restent séparés. Le concept de promotion de la santé se développe et se voit reconnu à la fin de cette période dans un décret de la Communauté française qui restructure le secteur. Un regroupement des budgets est opéré qui offre théoriquement de nouvelles possibilités (avec un budget aux alentours de 5 millions d'Euros), mais les domaines restent largement cloisonnés.

##### À l'Université de Liège

C'est une période aussi de stabilisation pour les petites équipes universitaires qui se sont créées et qui se voient aussi reconnues dans leur rôle de soutien aux acteurs de terrain par un financement récurrent. Elles ont ainsi l'occasion de se spécialiser et d'asseoir leurs compétences et de les faire reconnaître. L'enseignement se développe pour répondre aux besoins croissants du secteur et à l'évolution de la qualité des interventions. Une recherche spécifique en éducation pour la santé émerge avec les premiers doctorats. Un poste d'enseignant est créé à Louvain.

À l'Université de Liège, une École de santé publique a vu le jour en 1988, quelques moyens sont dévolus comme

un poste d'assistant à mi-temps. Mais le mandat implicite est plus de développer l'enseignement de l'éducation pour la santé que de faire de la recherche. L'association créée au début des années quatre-vingt se maintient, mais quitte son rôle fédérateur pour conserver uniquement l'expertise inter-universitaire au service des équipes de terrain. Elle se voit attachée à l'École de santé publique de Liège. À la fin de la période, de nouveaux moyens sont dégagés avec un poste d'assistant à temps plein et la possibilité de son inscription dans le cadre permanent.

### Mon parcours personnel

Je poursuis ma fonction de direction à mi-temps de l'association en conservant mon statut de chercheur, mais avec un transfert vers l'École de santé publique et la Faculté de médecine. Je m'engage dans le poste d'assistant à mi-temps qui vient d'être créé en assurant une charge d'enseignement en suppléance officielle et officielle (sans les titres requis) pour répondre aux évolutions du cursus qui répond lui-même à l'évolution de la demande professionnelle. Je me forme de manière plus « officielle » en éducation pour la santé et en santé publique (1994). J'entame aussi un doctorat, qui se termine en 1998, à partir de l'opportunité de nouveaux moyens dégagés par la Faculté de médecine et le souhait d'un nouveau chef de service plus soucieux des contraintes académiques.

Je contribue au développement d'une équipe de chercheurs au sein de l'École de santé publique en répétant le processus réalisé d'abord à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Cette équipe se spécialise dans le domaine des méthodes d'intervention et d'évaluation en éducation pour la santé et en promotion de la santé. Une recherche spécifique peut émerger, mais toujours sans financement propre.

### Quatrième période : l'institutionnalisation et le financement de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé ?

#### En Communauté française de Belgique

Nous abordons l'avenir et les spéculations. Il y aura, je pense, une croissance et une professionnalisation accrue

du secteur. L'exigence de qualité va croître de la part des pouvoirs publics et des professionnels. Les financements vont se développer par l'intérêt croissant du niveau fédéral pour la prévention et la promotion de la santé comme dans le cadre du dépistage du cancer du sein ou de la prévention du tabagisme. C'est un point capital parce que tous les budgets de la sécurité sociale sont au niveau fédéral. Les autres niveaux de pouvoirs (communautaire, régional, provincial et communal) vont s'impliquer dans le processus et apporter des ressources ou des opportunités.

#### À l'Université de Liège

Les universités vont progressivement donner un place officielle à l'enseignement et à la recherche en éducation pour la santé et en promotion de la santé comme un champ disciplinaire spécifique en suivant l'exemple international. Le plus difficile sera de faire reconnaître un financement pour cette discipline émergente.

#### Mon parcours personnel

L'absence persistante de la reconnaissance de la spécificité de l'éducation pour la santé et des compétences nécessaires pour l'enseigner et pour en développer la recherche, et la pauvreté des moyens financiers, m'ont conduit à accepter la proposition de diriger un service de promotion de la santé au sein d'une institution publique locale.

### Des perspectives pour l'enseignement ?

Je vous livre pour conclure une réflexion personnelle sur l'évolution de la filière éducation pour la santé et promotion de la santé à l'Université de Liège que j'ai proposée en septembre 2000, à la veille de quitter l'institution qui m'avait « nourri » pendant une vingtaine d'années. C'était en quelque sorte mon testament pédagogique.

Malheureusement les remarques et les propositions qui suivent ne reposent pas sur un recueil systématique d'informations, ni sur une analyse rigoureuse des besoins. Il s'agit d'un avis personnel exprimé à partir d'une expérience d'enseignement, de contacts en dehors de l'université et de quelques ressources bibliographiques.

Cet avis est structuré en deux parties. La première fait un état des lieux des

besoins en formation et pose quelques principes pour une restructuration de la filière de formation en promotion de la santé. La seconde émet quelques propositions.

### État des lieux

#### Un enseignement pour qui et à quel niveau ?

Il y a actuellement :

- un accroissement des initiatives publiques et privées qu'accompagnent des modifications de la législation et du financement ;
- un accroissement des demandes de formation parce qu'il y a un abandon du bénévolat et de l'amateurisme, lié notamment à l'obligation d'évaluer et de justifier les actions ;
- l'émergence d'une profession spécialisée dans le cadre de programmes plus longs et plus importants ou dans des institutions stables ;
- le besoin d'experts de haut niveau pour assurer des missions de coordination, de formation, d'expertise, d'évaluation voire de recherche.

C'est tout un champ social qui se structure depuis quelques années. On pourra à terme y distinguer trois catégories d'intervenants en promotion de la santé avec des besoins différents en matière d'enseignement universitaire.

**1. L'opérateur non spécialisé.** La promotion de la santé concerne toute la population et tous les professionnels de première ligne qui travaillent avec celle-ci : médecins généralistes, infirmières, travailleurs médico-sociaux, travailleurs sociaux, enseignants, etc. Il y a des besoins d'enseignement universitaire déjà à ce niveau, soit dans les filières classiques, soit sous la forme de formations courtes. Dans certains cas même, des formations traditionnelles devront s'orienter plus nettement vers une formation en promotion de la santé : santé scolaire, santé au travail.

**2. L'opérateur spécialisé.** Il y a un besoin pour des universitaires de 2<sup>e</sup> cycle en promotion de la santé dans le cadre de la professionnalisation du secteur. Ce deuxième niveau est déjà couvert par l'université depuis de nombreuses années, mais il y a une réorientation des contenus et de la méthodologie à mettre en place. En effet, cet opérateur sera plus qu'avant impliqué dans des programmes structurés ou dans des fonctions permanentes. Ses

tâches seront plutôt orientées directement vers la population comme pour la première catégorie. Ils seront plus directement financés et intégrés dans le système de santé. Force est de constater que les étudiants qui suivent actuellement la licence en Sciences de la santé publique ne seront pas capables en majorité d'exercer une fonction dirigeante, d'où la nécessité absolue d'un troisième niveau.

**3. L'opérateur expert.** C'est la catégorie la moins bien couverte pour l'instant. Il y a un besoin urgent pour des universitaires de 3<sup>e</sup> cycle et des docteurs pour assurer le dynamisme du secteur. La promotion de la santé est toujours, sauf rare exception, sous tutelle. Les responsabilités (y compris dans l'enseignement universitaire) sont exercées, le plus souvent, par des personnes qui n'ont pas de formation universitaire spécialisée de haut niveau dans ce domaine. Ces opérateurs ne devront pas nécessairement avoir suivi la filière de l'opérateur spécialisé. À ce stade, il semble plus important de privilégier la compétence et l'interdisciplinarité.

#### Un enseignement sur quel contenu ?

On remarque sur le terrain la diversité des angles d'approche et des disciplines concernées par la promotion de la santé : santé publique, épidémiologie, psychologie, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation, sciences politiques et administratives, sciences de la communication, sciences

économiques, etc. Même si ce n'est pas agréable à constater pour une faculté de médecine, il faut reconnaître que ce sont surtout les sciences humaines qui permettent aux opérateurs de la promotion de la santé de réfléchir et de faire évoluer leurs pratiques.

Les pratiques concernent l'identification des problèmes de santé publique, mais dans le cadre d'une analyse large des multiples déterminants avec des méthodologies diverses y compris participatives (l'épidémiologie pure et dure est affaire de spécialiste). Ces analyses doivent conduire à l'action selon les différentes stratégies de la promotion de la santé : action socio-politique, action communautaire, action éducative, action administrative, action de communication sociale, etc. Cette action devra aussi être planifiée, gérée et évaluée. C'est enfin l'analyse de l'action qui est alors en jeu.

#### Un enseignement de quelle manière ?

- Une pédagogie orientée vers des adultes

La formation se doit de respecter et de mettre en action les valeurs qu'elle prône auprès des individus. C'est une question d'éthique et d'efficacité ! Elle devra être contractuelle, c'est-à-dire viser des compétences spécifiques identifiées et négociées. Formuler et négocier librement des objectifs fait autant partie du contenu que de la méthodologie de formation. Elle devra

être individualisée, mais prévoir des productions collectives. Elle comportera une réflexion sur les valeurs comme sur les fondements scientifiques. Elle visera aussi la mise en œuvre pratique des nouvelles compétences.

- L'interdisciplinarité

Il faudra nécessairement dépasser le discours sur l'interdisciplinarité pour en arriver à des stratégies pédagogiques qui la favorisent. Il faudra former à l'épistémologie, à l'interdisciplinarité comme discipline en soi. Il faudra faire travailler ensemble des enseignants de diverses disciplines (une révolution !). Il faudra créer des occasions d'analyse multiples et contradictoires.

- La relation entre la recherche et les pratiques

La promotion de la santé comme la santé publique (ou la médecine !) est une discipline essentiellement pratique. Elle doit se fonder sur la recherche comme sur l'observation et l'analyse des pratiques.

Ce qui caractérise actuellement la recherche en éducation pour la santé, c'est l'utilisation de différentes disciplines comme l'épidémiologie, la sociologie, l'économie ou d'autres, sur des facettes particulières de son activité comme par exemple l'étude des comportements de santé des publics visés, mais cela ne la fonde pas comme dis-

cipline spécifique. Son objet principal et spécifique est l'action éducative elle-même ou l'action de promotion de la santé. L'étude de cet objet doit mobiliser différents savoirs. Ceux que nous développons sont, outre le savoir théorique issu des disciplines citées plus haut, le savoir appliqué (la conception de programme), le savoir praxique (la théorisation des pratiques) et le savoir stratégique (l'étude des pratiques en action).

L'analyse des pratiques professionnelles offre donc un cadre épistémologique cohérent et lisible pour un ensemble d'activités de recherche, mais aussi de formation : pratiques d'évaluation, démarches participatives ou analyse des politiques de promotion de la santé. Il s'inscrit dans la réflexion sur une pratique de promotion de la santé fondée sur les preuves scientifiques (*evidence based*), mais aussi sur des considérations, éthiques ou contextuelles.

- Les nouvelles technologies de l'information.

Il faudra faire face à l'évolution de la société de communication qui est déjà là. L'enseignement devra, sur le contenu comme sur la forme, en tenir compte. Il devra être interactif, disponible sous différentes formes à différents moments. Tous les cours devront rapidement exister sous une forme électronique ou vidéographique.

## Propositions

- Pour la formation des opérateurs experts. Il faut de toute urgence construire un DES en Promotion de la santé sur une base inter-universitaire et même internationale. C'est le véritable enjeu actuel de l'enseignement de la promotion de la santé. Si cette formation n'est pas construite dans les deux années qui viennent, l'Université de Liège comme d'autres prendra un retard qui risque de lui être fatal.

Cette formation sera avant tout construite sur le principe de l'interdisciplinarité, de l'analyse des pratiques et de la recherche. Elle devra être tout à fait spécialisée, c'est-à-dire orientée exclusivement sur la promotion de la santé et donnée par des enseignants et des praticiens crédibles et reconnus. Elle devra attirer des universitaires déjà formés dans différentes disciplines : sociologie, médecine, communication...

- Pour la formation des opérateurs spécialisés. La formation de 2<sup>e</sup> cycle devrait être revue pour être plus polyvalente et plus orientée vers l'intervention directe avec la population.

L'essentiel de la formation serait construit autour de quelques capacités clés (3, 4 ou 5). Chaque capacité clé comporterait un ensemble cohérent de

savoirs théoriques et pratiques (système des unités européennes ECTS) sous la direction d'un coordinateur d'enseignement. Il y aurait des cours théoriques de base et des cours théoriques spécifiques, des exercices didactiques, des travaux pratiques, des stages sur le terrain, des contacts avec des praticiens et un travail de fin d'études spécifique. L'idée serait aussi de renverser le cours de la formation pour faire place, en partie du moins, à un enseignement par résolution de problèmes. La didactique suivie serait celle qui vise à contextualiser, décontextualiser et recontextualiser un savoir.

Par exemple : être capable d'identifier et de formuler les problèmes à résoudre d'un point de vue de santé publique et de santé communautaire à un niveau local. Cela supposerait d'avoir une base théorique en épidémiologie et en sociologie, mais aussi de maîtriser quelques savoirs dans le domaine du diagnostic de santé communautaire. Il faudrait surtout partir de situations concrètes et aboutir à un travail final au bout de deux ans, qui soit, par exemple, une monographie de la santé d'un quartier.

C'est bien sûr un bouleversement considérable du mode pédagogique actuel !

**Michel Demarteau**

Docteur en santé publique  
Institut provincial de promotion de la santé  
du Hainaut, Belgique.

## Emergence and changes in competencies in a disciplinary and professional field from a personal perspective in Liege

Michel Demarteau

The history of health education in French speaking Belgium is the fruit of a complex labyrinth of individual and institutional paths. From the emergence of the discipline in the 1970's to its recognition thirty years later (which is accompanied by the birth of health promotion) and a period in which initiatives blossomed within a still fragile and random framework. A journey, which the author illustrates throughout three key periods, by analysing what occurred in the French community, at the University of Liege and his own personal experience.

He prolongs this historic picture with an in-depth consideration of the changes in the health promotion and education sector at the University of Liege where he taught for many years, based on a list of requirements. He proposes principles for restructuring before making a few personal suggestions.

## Emergencia y evolución de las competencias en una disciplina y profesión a partir de una trayectoria personal en Lieja

Michel Demarteau

La historia de la educación para la salud en Bélgica francófona es el fruto de una compleja combinación de recorridos individuales e institucionales: de la emergencia de la disciplina en la década de los años setenta hasta su reconocimiento treinta años más tarde – acompañado por el nacimiento de la promoción de la salud – pasando por un periodo en donde las iniciativas florecen en un marco todavía frágil y aleatorio. Un itinerario que el autor ilustra durante los tres periodos clave mediante un análisis de lo que ha ocurrido en la comunidad francesa, en la universidad de Lieja y en su recorrido personal.

Prolonga este cuadro histórico con una reflexión detenida sobre la evolución de la educación para la salud y de la promoción de la salud en la universidad de Lieja en donde ha enseñado durante largos años, con base en un resumen de las necesidades imperativas. Plantea varios principios de reestructuración antes de emitir unas proposiciones personales.

# Quatre ans de formation à l'Université de Maastricht

**Corine Ottenheim a suivi durant quatre ans des études de sciences de la santé, spécialisation éducation pour la santé, à l'Université de Maastricht (Pays-Bas) connue pour son système pédagogique unique. Elle explique ici les bases de cet enseignement et dans quelle mesure elle peut s'en servir dans sa pratique professionnelle. Corine Ottenheim travaille actuellement dans un comité d'Éducation pour la santé en France.**

L'Université de Maastricht est l'université la plus jeune des Pays-Bas et connue pour son système pédagogique unique : *problem-based learning*<sup>1</sup>. Cela signifie que les étudiants apprennent presque exclusivement à partir de problèmes ou cas concrets décrits dans des manuels thématiques. Ils travaillent sur ces problèmes en groupe de 8 à 12 personnes, utilisant du matériel rassemblé par leurs propres recherches dans différentes disciplines. Les cas qui servent de point de départ pour l'apprentissage des étudiants sont ordonnés suivant des thèmes (périodes thématiques de six semaines). Lors du travail en groupe, les participants sont à tour de rôle l'animateur ou le rapporteur du groupe. Parallèlement à cet apprentissage, les étudiants suivent des travaux pratiques dans lesquels les compétences et les aptitudes exigées plus tard dans les différentes professions sont apprises.

## L'Université de Maastricht et l'éducation pour la santé

La formation en éducation pour la santé est une spécialisation parmi d'autres dans le cadre des études de sciences de la santé. La caractéristique de ces études est la diversité des disciplines rassemblées, centrées sur le thème de la santé. Après une première année commune, les étudiants s'orientent vers l'une des spécialisations d'une durée de trois ans.

Cette formation en éducation pour la santé prend en compte les dimensions préventive et curative de la santé. Les étudiants se familiarisent avec le processus de planification en éducation

pour la santé à travers le modèle Proceed de Green<sup>2</sup> qui sert de fil conducteur pendant tout le cursus. Chaque étape de ce modèle (analyse du problème de santé, déterminants du comportement, intervention, évaluation) est étudiée à partir de thèmes récurrents en éducation pour la santé, comme par exemple la consommation d'alcool ou la communication entre médecin et patient.

## Quelle est l'utilité de cette formation pour la pratique en éducation pour la santé ?

J'ai suivi ces études de sciences de la santé – spécialisation éducation pour la santé – après le bac, sans autre formation initiale préalable. La difficulté pour moi, comme pour d'autres étudiants dans mon cas, était d'imaginer notre future pratique professionnelle.

Une fois terminées mes études, il a été parfois difficile pour les autres professionnels de nous situer... Infirmière, médecin ? Non, car nous n'avons pas de formation curative. Travailleur social, psychologue ? Non plus, même si les dimensions sociale et psychologique étaient fortement présentes. Il faut alors apprendre à « se situer », à expliquer à quoi nous pouvions être utiles... Une formation initiale en éducation pour la santé est, me semble-t-il, tout à fait possible. Encore faut-il bien connaître les possibilités professionnelles qui s'offrent à la fin des études.

Je travaille actuellement dans un comité départemental d'Éducation pour la santé en France. Dans le cadre de mon travail, je mets en place et anime

des projets d'éducation et de promotion de la santé dans des structures de quartiers, des foyers de l'Association départementale de la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (Adsea), des centres d'hébergement pour personnes sans domicile, des écoles, l'hôpital... C'est ainsi que nous menons une action de santé globale auprès de jeunes filles placées par un juge pour problèmes familiaux. Il s'agit d'un travail, avec des animations, autour de questions pratiques sur la sexualité et d'ateliers santé avec les encadrants autour des représentations. Les solides acquis de ma formation permettent une grande interactivité : jeux de rôle, mises en situation, intervention en groupes, etc.

Le soutien méthodologique aux professionnels des secteurs sanitaires et sociaux pour la mise en place d'actions autour de la santé, la mise en place de formations qui leur sont destinées, l'élaboration de projets pour les demandes de subventions, ainsi que la coordination de projets avec les partenaires, font également partie de mon travail. Dans le cadre du Programme d'accès à la prévention et aux soins (Praps), par exemple, nous avons mis en place une formation permettant aux intervenants sur le RMI d'analyser les problèmes rencontrés et leur prise en compte.

## Théorie ou pratique versus théorie et pratique ?

En ce qui concerne la dimension théorique du diplôme, j'ai tendance à penser que j'applique très peu le modèle de Green ou certaines théories apprises issues de la psychologie

sociale. Cela demande beaucoup de temps de recueil de données, d'analyse. Le travail, avec son jonglage quotidien de projets divers, ne permet pas toujours une démarche rigoureuse étape par étape à partir d'un problème donné. Il s'agit là d'un manque de temps et de moyens humains. Il faut donc inventer, être créatif. Et cela peut s'apprendre. La théorie a été sur ce point un peu loin des pratiques en éducation pour la santé. Cependant, la démarche par étape, ainsi que la création d'outils de suivi et d'évaluation, aussi modestes soient-ils, sont devenues une sorte de réflexe, une méthode de travail qui va de soi..., très utile dans la pratique de tous les jours (à la fois pour les actions et pour les formations continues, les conseils en méthodologie, etc.).

### Four years of training at the University of Maastricht

Corine Ottenheim

Corine Ottenheim, now a project coordinator for the Eure-et-Loir (France) Health Education Committee, took a four-year health education course at the University of Maastricht (The Netherlands). In this article, she takes a critical look at this programme based on a unique teaching method. The students work in small groups almost exclusively starting with problems or real-life cases classified by theme. Each series lasts six weeks, and each student takes turns being leader or rapporteur of his or her group. In parallel, a theoretical programme teaches the knowledge and skills that will be required later, in their working lives.

The former Maastricht student describes a comprehensive training developing knowledge, poise and practical skills, so much that it is sometimes difficult to put into practice day-to-day. She also questions the place of the health educator in our society.

En revanche, la méthode pédagogique utilisée me semble très porteuse : apprendre à partir de problèmes concrets évite une approche monodisciplinaire, et donc forcément réductrice, de la réalité. Dès le début des études, les étudiants ont un lien avec une réalité pratique qu'ils peuvent être amenés à rencontrer une fois les études terminées. Cette réalité, ils ont plus ou moins appris à l'appréhender.

Le fait de travailler en groupe d'étudiants, d'animer à tour de rôle ce groupe ou d'y être rapporteur, favorise un savoir-faire très utile pour la pratique professionnelle en éducation pour la santé : faire en sorte que la parole des différents participants soit respectée, capter les tensions et les conflits latents, gérer le temps, synthétiser... sont des compétences qui peuvent s'acquérir.

Les travaux pratiques, quant à eux, ont stimulé un travail, que j'estime indispensable, sur le savoir être (une réflexion sur ses propres représentations de l'éducation pour la santé, de tel ou tel comportement... à l'aide de jeux de rôles, de mises en situation...) et le savoir-faire (présentation des travaux devant un groupe de personnes, utilisation de transparents, etc.). Dans

1. Pour plus d'information sur l'Université de Maastricht et son système pédagogique : [www.unimaas.nl](http://www.unimaas.nl)  
2. Green L.W., Kreuter M.W., Deeds S.G., Partridge K.B. Health education planning: a diagnostic approach. Mayfield Publishing Company, Mountain View, Ca., 1980.

ma pratique professionnelle, ces dimensions de savoir-faire et savoir être jouent un rôle très important.

La méthode pédagogique utilisée par l'Université de Maastricht, avec ses dimensions théoriques et pratiques qui se renforcent et se complètent, vise à développer le savoir, le savoir être et le savoir-faire. Il me semble qu'une telle méthode est particulièrement bien adaptée à la pratique d'éducation pour la santé et qu'elle mérite d'être valorisée dans ce domaine en France.

**Corine Ottenheim**

Coordinatrice, Comité d'éducation pour la santé d'Eure-et-Loir (Cesel), Chartres, France.

### Cuatro años de formación en la Universidad de Maastricht

Corine Ottenheim

Corine Ottenheim, hoy coordinadora de proyectos en el Comité de educación para la salud de Eure-et-Loir (Francia), ha seguido una formación en educación para la salud de cuatro años en la Universidad de Maastricht (Países Bajos). En este artículo, dirige su mirada crítica sobre una enseñanza basada en un sistema pedagógico único. Por pequeños grupos, los estudiantes trabajan casi exclusivamente a partir de problemas o de casos concretos ordenados por temas. Cada secuencia dura seis semanas y cada estudiante sigue en rotación una experiencia de animador, moderador, o relator de su grupo. Paralelamente, una enseñanza teórica permite adquirir competencias y aptitudes que serán exigidas más tarde, para el ejercicio de una profesión. La antigua estudiante de Maastricht describe una formación completa que desarrolla el saber ser y el saber hacer, cuya riqueza es a veces difícil de poner por obra en la práctica cotidiana. Se interroga también sobre el posicionamiento del educador para la salud en nuestra sociedad.

# La certification en éducation pour la santé : son impact sur l'évolution de la profession aux États-Unis

**Si la spécificité culturelle américaine apparaît très nettement dans cet article rédigé par des responsables de l'éducation pour la santé aux États-Unis, l'effort de définition des compétences, réalisé depuis près d'un siècle, pourrait être un exemple transposable dans bien d'autres pays... dont la France.**

L'ensemble de la profession de l'éducation pour la santé a évolué aux États-Unis en réponse aux développements épidémiologiques, sociaux et politiques du XX<sup>e</sup> siècle. L'éducation pour la santé a considérablement élargi la base scientifique relative aux changements comportementaux individuels, ainsi que le contexte scientifique de la promotion de la santé, axé sur la population, tel que décrit dans la Charte d'Ottawa de 1986 sur la Promotion de la santé (1). L'élaboration et la mise en place de qualifications certifiées durant les deux dernières décennies a permis de poursuivre cette évolution en renforçant à la fois la formation et la pratique professionnelles en éducation pour la santé et en promotion de la santé.

Aux États-Unis, la reconnaissance de la profession d'éducateur pour la santé s'est développée en liaison avec les systèmes de classification des métiers et de l'assurance qualité. Même si l'identification et la classification de la main d'œuvre et des ressources humaines est du ressort du gouvernement fédéral américain, en vue de la compilation de données, la démarche de l'assurance qualité passe par un système complexe d'actions au niveau du secteur privé national et du secteur public de chaque État. Ce système inclut différentes formes de certification individuelle, d'agrément ou d'enregistrement au niveau national ou de chaque État, ainsi

que l'agrément institutionnel ou l'approbation des programmes. L'ensemble peut être regroupé sous le terme général de qualification certifiée ou de certification. Par conséquent, l'assurance qualité est garantie, tant au niveau du praticien individuel que de l'institution qui délivrera l'enseignement professionnel à ce dernier, et elle peut être régie par des organismes aussi bien privés que gouvernementaux.

## **Comment en est-on arrivé à certifier les qualifications nécessaires à l'éducation pour la santé ?**

La formation professionnelle des éducateurs pour la santé aux États-Unis a une longue histoire qui remonte au début des années 1900, lorsque les premiers programmes universitaires en éducation pour la santé ont été créés au *Teachers College* de la *Columbia University*, et dans plusieurs écoles de santé publique, notamment celles de Columbia, de Harvard, du *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) et de Yale. Mais ce n'est qu'à partir du début des années quarante que l'on a commencé réellement à se préoccuper de la qualité de la formation professionnelle et à promouvoir des normes, des standards de formation professionnelle pour les éducateurs pour la santé (2).

L'*American Public Health Association* (APHA) (Association américaine de santé publique) a commencé à donner

son agrément à des écoles de santé publique vers le milieu des années quarante. En 1967, la SOPHE a publié un « Rapport sur les fonctions des éducateurs pour la santé communautaire et les obligations minimales requises pour leur formation professionnelle, avec des recommandations de mise en œuvre » (3). Ce document, destiné aux universités et aux employeurs locaux apportait des directives, des conseils sur le rôle des éducateurs pour la santé communautaire travaillant sous la direction d'un professionnel diplômé. En 1969, le comité de l'APHA sur la Formation professionnelle a publié les premiers critères et directives d'agrément des programmes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles universitaires en éducation pour la santé et a commencé à donner son agrément à plusieurs programmes d'éducation pour la santé communautaire (4).

En 1974, le Conseil pour l'éducation à la santé publique (CEPH), reprenant une partie des attributions de l'APHA, s'est chargé de l'agrément de plusieurs programmes d'éducation pour la santé. Actuellement, le CEPH accorde ou non son agrément aux programmes de *Master of Public Health* (maîtrise de Santé publique) dans des écoles de santé publique ; il intervient également sur des programmes d'éducation pour la santé du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles à l'extérieur des écoles de santé publique, programmes qui proposent le MPH\* ou d'autres diplômes équivalents.

Les programmes du niveau de la licence en éducation pour la santé communautaire peuvent faire l'objet d'une demande d'agrément depuis 1980, date à laquelle la SOPHE a mis en route une procédure d'approbation et de révision des programmes. En 1984, la SOPHE et l'AAHE ont uni leurs efforts pour présenter un processus de contrôle unifié, actuellement appliqué par la SOPHE/AAHE *Baccalaureate Program Approval Committee* (SABPAC) (Comité d'approbation du programme de licence SOPHE/AAHE). La certification des programmes de formation professionnelle en éducation pour la santé dans les établissements de formation est largement réalisée par l'AAHE, qui depuis 1988 coopère avec le *National Council for Accreditation of Teacher Education* (NCATE) (Conseil national de certification de la formation des enseignants) en contrôlant la conformité des programmes avec les directives des programmes de formation professionnelle en matière d'éducation pour la santé à l'école. Les compétences requises sont parmi les critères les plus importants pris en compte dans la révision des programmes, quel que soit le processus de contrôle utilisé, celui de l'AAHE/NCATE ou du SABPAC.

### **Certification individuelle au niveau du 1<sup>er</sup> cycle et au niveau élémentaire**

C'est le besoin de normes uniformes pour orienter les programmes de formation professionnelle et leur certification qui a été le moteur d'un effort monumental qui a duré dix ans, pour articuler un ensemble de responsabilités et de compétences pour les éducateurs pour la santé. En 1978, des représentants de la *Coalition of National Health Education Organizations* (CNHEO) (Coalition des organismes nationaux d'éducation pour la santé) se sont réunis à Bethesda dans le Maryland pour discuter de la formation d'un groupe de travail qui serait chargé de piloter le processus de mise en place d'un système de certification. Le Groupe de travail national sur la formation et la pratique professionnelle des éducateurs pour la santé a démarré grâce au soutien financier du gouvernement américain et du Centre national d'éducation pour la santé, organisme du secteur privé. Le Groupe de travail

a démarré un processus en deux phases sur une période de dix ans, processus pour définir un ensemble de savoir-faire et de compétences génériques élémentaires à acquérir au niveau du 1<sup>er</sup> cycle par les éducateurs pour la santé, dans cinq milieux de pratique de leur métier (à savoir, l'école, l'université, la communauté, les centres de soins et le lieu de travail). La première phase a consisté à définir le rôle et les responsabilités des éducateurs pour la santé ; la seconde à vérifier et affiner les spécifications du rôle professionnel (5).

En janvier 1980, un premier rapport sur la définition du rôle premier d'un éducateur pour la santé était achevé et par la suite les différentes facettes de ce rôle ont peu être vérifiées et affinées par des enquêtes auprès de praticiens, par l'exploitation de données obtenues à partir d'interviews, de discussions de groupe au niveau régional et par la contribution de représentants de programmes universitaires. En 1985, un Cadre de références pour le développement de programmes fondés sur les compétences s'adressant à des éducateurs pour la santé de niveau élémentaire (6) a été publié par le Groupe de travail national qui avait défini sept domaines de responsabilités assortis de leurs compétences et sous-compétences.

En 1986, la tenue d'une seconde conférence rassemblant toute la profession a permis que tous se mettent d'accord pour que les personnes délivrant des services d'éducation pour la santé puissent démontrer un niveau de compétences minimal en se soumettant à un « processus de certification ». Le Groupe de travail sur la formation et la pratique professionnelles des éducateurs pour la santé devint la *National Commission for Health Education Credentialing, Inc.* (NCHEC) (Commission nationale de certification de l'éducation pour la santé) en 1988. En 1989, en se fondant sur les sept domaines de responsabilités définis pour les éducateurs pour la santé de niveau élémentaire, la NCHEC a délivré leur certificat aux premiers spécialistes certifiés en éducation pour la santé (CHES). Ces premiers certificats ont été attribués à des éducateurs pour la santé dont le dossier universitaire et l'expérience professionnelle sur le terrain répondaient à des critères spécifiques. Depuis 1990, le *Professional Examination Service* (Service d'examen professionnel) a décerné le certificat de CHES à quelques neuf mille éducateurs pour la santé répondant aux critères. Tous les éducateurs certifiés doivent renouveler leur agrément chaque année et justifier d'un minimum de soixante-quinze heures de formation continue tous les cinq ans.

Les responsabilités et les compétences qui ont été définies (voir *Tableau 1*) servent dorénavant de référence pour les cours de formation professionnelle de la plupart des programmes d'éducation pour la santé, constituent les critères essentiels servant à l'examen pour l'obtention du certificat de spécialiste en éducation pour la santé et constituent la base de la certification et de l'approbation des programmes. La réussite générale de la démarche est par dessus tout le fruit d'une volonté manifeste d'impliquer l'ensemble de la profession qui a pu participer aux révisions du processus et y contribuer, de communiquer avec les intervenants clés, de créer un organisme de certification indépendant et d'articuler cette certification autour de compétences justifiables au niveau scientifique et juridique qui soient clairement en liaison avec les responsabilités en jeu lors de la pratique de la profession (7). C'est ainsi que l'éducation pour la santé a largement bénéficié de cet effort de certification dont la mise en pratique depuis presque dix ans ne cesse de transformer la formation professionnelle, la formation continue et la pratique sur le terrain (8).

### Développement des compétences de niveau supérieur

Avec l'introduction des compétences de niveau élémentaire dans les programmes de formation professionnelle, dans le processus de certification et dans la démarche d'agrément des programmes, il est devenu évident dans les années quatre-vingt-dix qu'il fallait également définir un ensemble de compétences pour les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles pour l'ensemble de la profession (9). À partir des documents déjà existants, la SOPHE a publié en 1977 des « *Guidelines for the Preparation and Practice of Professional Health Educators* » (Directives pour la formation et la pratique professionnelles des éducateurs pour la santé). Cette publication était conçue comme un guide pour l'éducateur pour la santé du niveau de la maîtrise et devait servir de base partielle pour l'accréditation des programmes d'enseignement de l'éducation pour la santé et/ou pour la certification nationale (10). Il fallut néanmoins attendre 1992 pour que la SOPHE et l'AAHE créent un « Comité conjoint pour les normes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles » en vue de définir les compé-

tences correspondant aux niveaux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles pour une pratique professionnelle supérieure.

La mission de ce Comité conjoint était de compléter les compétences du niveau élémentaire en identifiant des compétences de niveau supérieur qui seraient demandées à un praticien expérimenté, en ajoutant le cas échéant de nouvelles sous-compétences aux responsabilités et compétences du niveau élémentaire (voir *Tableau*). Dans un premier temps, le Comité a proposé de nouvelles responsabilités, compétences et sous-compétences correspondant aux niveaux du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles, en les affinant ensuite au cours des trois ans qui suivirent avec l'apport des praticiens et des universitaires, par le biais d'enquêtes et de communications lors de rencontres professionnelles, notamment pendant un Congrès national pour les établissements de formation des éducateurs pour la santé de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles. La liste définitive des compétences de niveau supérieur a ajouté quarante-cinq nouvelles compétences et sous-compétences aux sept domaines de responsabilité du niveau élémentaire, reflétant un niveau supérieur de pratique. De plus, les compétences de niveau supérieur comprenaient trois nouvelles responsabilités et quarante-huit nouvelles compétences et sous-compétences dans les domaines de la recherche, de l'administration et du développement de la profession. Ces compétences de ce niveau supérieur ont été présentées aux Conseils de l'AAHE et de la SOPHE, qui les ont approuvées indépendamment en 1996.

Les informations relatives à ces compétences ont été largement diffusées auprès de tous les organismes professionnels ainsi qu'aux diverses agences gouvernementales. En outre, ces compétences ont été reconnues par le Conseil des commissaires de la NCHEC en 1997 et par le CEPH en 1999. Enfin, en 1999, l'AAHE, la NCHEC et la SOPHE ont publié *A Competency-Based Framework for Graduate-Level Health Educators* (11) (Cadre de références fondé sur les compétences s'adressant aux éducateurs pour la santé des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles), regroupant en un seul ouvrage les compétences du niveau élémentaire et celles du niveau supérieur.

## Impact de la certification sur la profession

Le développement d'un système articulé de certification englobant à la fois certification individuelle et agrément des programmes de formation professionnelle pour l'ensemble des cycles universitaires, a eu un impact important sur la profession d'éducateur pour la santé aux États-Unis. Des études portant sur la certification individuelle ont mis en évidence des résultats nettement positifs : augmentation du professionnalisme des étudiants, réussite professionnelle, avantages au niveau des programmes de formation continue, perceptions positives de la part des employeurs et meilleure possibilité de suivre la progression des éducateurs pour la santé pour les rapports gouvernementaux (12). D'autres rapports témoignent de la valeur de la certification au niveau de la reconnaissance de la profession (13), de la possibilité de facturation indépendante (14), du renforcement de l'influence dans le domaine de la santé publique (15) et de la possibilité d'intervention dans le domaine de la santé scolaire (16).

Le mouvement de certification a eu d'autres effets sur la professionnalisation de l'éducation pour la santé. En premier lieu, l'identification d'un noyau commun de connaissances et de compétences à tous les niveaux, élémentaire et supérieur, a renforcé la formation professionnelle dans de nombreuses institutions d'enseignement supérieur. Une étude récente montrait que plus de 90 % des programmes de formation professionnelle en éducation pour la santé aux États-Unis ont adopté les compétences du niveau élémentaire comme base de leur programme d'enseignement (17). La définition des rôles, le développement du Cadre de références pour la formation professionnelle et la certification ont produit des compétences qui forment la base du développement de programmes d'enseignement enrichis et de la réforme de l'éducation pour la santé. L'élaboration de normes fondées sur les compétences attendues à chacun des niveaux – élémentaire et supérieur – a également stimulé la discussion au sein de la profession sur différents sujets : orientation vers des normes de performance, certification des praticiens de santé publique actuellement en poste, et priorités de la formation continue.

En deuxième lieu, la mise en place d'un système de certification à chacun des niveaux, élémentaire et supérieur, a favorisé la reconnaissance de l'éducation pour la santé en tant que profession à part entière, à la fois dans le secteur public et le secteur privé. Par exemple, en 1997, l'État de l'Arkansas a créé un Conseil de l'éducation pour la santé chargé de réglementer la pratique des éducateurs pour la santé dans l'État. La loi de l'Arkansas exige que les éducateurs pour la santé employés par l'État soient titulaires du certificat CHES. De plus, la loi relative à la pratique de l'éducation pour la santé, dans ce même État, exige l'adoption par l'État de normes et de tests nationaux en matière d'éducation. Afin de faciliter l'application de la loi, l'Arkansas a mis en place un répertoire de tous les professionnels CHES de l'État. Une loi similaire est en préparation dans le New Jersey. D'autres organismes publics en Californie, ainsi que des employeurs privés, expriment leur préférence pour le CHES dans les annonces d'offres d'emploi en éducation pour la santé. Au niveau fédéral, la reconnaissance de l'éducation pour la santé comme une profession à part entière a encore fait un pas important en 1998, lorsque les départements du Commerce et du Travail américains ont effectivement reconnu l'éducation pour la santé comme activité professionnelle autonome dans la nomenclature officielle des professions. Cette reconnaissance n'aurait pas été possible si la profession n'avait pas été en mesure de codifier les différents rôles et responsabilités, ainsi que les savoirs et compétences s'y rapportant, qui sont propres à la pratique de l'éducation pour la santé (18). De plus, employeurs et professionnels bénéficient d'un cadre de références dans lequel les possibilités d'emploi et de formation continue sont définies.

En troisième lieu, il semble que la certification ait amplement contribué à une meilleure acceptation des publications professionnelles, à l'émergence d'une base et d'une littérature scientifiques, à un approfondissement des compétences scientifiques, théoriques et analytiques, et à l'édification d'une solide base philosophique, toutes ces caractéristiques répondant aux besoins émergents de la profession (19). La certification a de même facilité la collaboration interne et externe entre les dif-

férentes organisations d'éducation pour la santé en augmentant le consensus et l'adhésion à une même profession, ce qui a permis aux organisations américaines de santé d'unifier leur point de vue dans des domaines comme le développement d'un même code d'éthique (20) et le parrainage des *Annual Health Education Advocacy Summits* (Sommet annuels pour la défense de l'éducation pour la santé) (21). En outre, d'importantes organisations professionnelles aux États-Unis ont réussi à mobiliser des fonds d'organismes fédéraux et de fondations privées, désireux de contribuer à la mise en place d'initiatives de qualité pour aborder des domaines essentiels comme par exemple des programmes complets coordonnés de santé à l'école.

## Questions non résolues et prochaines étapes

Même si de gros progrès ont été réalisés pour assurer la qualité de l'éducation pour la santé aux États-Unis, il reste encore de nombreux défis à relever. Tout d'abord, étant donné qu'ils ont été développés dans le Projet initial de Définition des Rôles au début des années quatre-vingt, il est temps à présent de procéder à une révision des sept domaines de responsabilités et des compétences et sous-compétences qui s'y rapportent et qui servent de base pour la certification des éducateurs pour la santé. À cet effet, le NHEC et d'autres organisations intervenant dans le domaine de l'éducation pour la santé ont lancé un Projet d'actualisation des compétences à l'automne 1998. Les objectifs de ce projet à l'échelle de l'ensemble de la profession sont les suivants :

1. déterminer jusqu'à quel point les responsabilités, compétences et sous-compétences identifiées pour les éducateurs pour la santé de niveau élémentaire sont encore valables à l'heure actuelle, en étudiant notamment si elles correspondent effectivement toujours bien au champ de l'éducation pour la santé telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui et si elles sont applicables dans les différents environnements de la pratique ;
2. définir précisément le rôle d'éducateur pour la santé de niveau supérieur et vérifier si les responsabilités, compétences et sous-compétences qu'on lui attribue reflètent bien le champ de sa pratique dans différents environnements ;

3. réajuster les responsabilités, compétences et sous-compétences des éducateurs pour la santé de niveau élémentaire et supérieur pour qu'elles reflètent précisément le champ de leur pratique dans différents environnements.

Les résultats du projet CUP devraient permettre de renforcer les programmes d'enseignement de l'éducation pour la santé, les processus de certification et d'agrément, et la formation continue pour les éducateurs.

En deuxième lieu, un système de certification de l'ensemble de la profession complétant l'agrément des programmes existants doit être mis en place, afin de garantir la qualité de la formation et de la pratique professionnelles dans tous les établissements d'enseignement supérieur aux États-Unis. Actuellement, l'agrément des programmes et les systèmes de révision des programmes existent pour le niveau de la licence et certains programmes de formation professionnelle de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles, par l'intermédiaire de l'AAHE/NCATE, du CEPH et du SABPAC. En fait, les systèmes d'assurance qualité existant en éducation pour la santé ne sont ni coordonnés ni uniformément acceptés. De plus, étant donné la gamme des écoles offrant dans le cadre de l'université une formation professionnelle en éducation

pour la santé, il n'est pas certain que les approches de certification existantes soient adaptées à tous les types de programmes de formation professionnelle. À la lumière de ces considérations et à l'issue d'une réunion début 2000, l'AAHE et la SOPHE ont mis en place un Groupe de travail conjoint chargé d'étudier les questions de la certification des programmes de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles, à l'avenir et la forme de certification susceptible de faire l'unanimité dans la profession. Le Groupe de travail va étudier les normes, les niveaux, la philosophie, les limites et le contexte de la certification, et prévoit de publier ses recommandations en 2003 (22).

En troisième lieu, afin d'étudier l'impact de la certification sur l'amélioration de la qualité du personnel intervenant en éducation pour la santé, la SOPHE a entrepris, avec l'appui de l'Administration américaine des services et ressources sanitaires, une étude dont le but est d'examiner l'impact de la certification de l'éducation pour la santé. Il est intéressant pour les autres professions du secteur public de la santé de pouvoir mieux connaître ce que renferme cette certification en éducation pour la santé dans la mesure où les qualifications se centrent sur la population, où elle s'est développée relativement récemment et aussi parce qu'elle regroupe un ensemble de compétences transver-

sales extrêmement large. Cette étude va examiner si le processus de certification en éducation pour la santé a amélioré les compétences des éducateurs pour la santé, qu'ils soient certifiés ou non certifiés ; s'il a aidé à faire une distinction entre des éducateurs pour la santé compétents et des praticiens d'autres disciplines sans formation réelle spécifique et/ou sans compétence particulière en éducation pour la santé ; et s'il a entravé ou favorisé la participation des minorités ethniques ou raciales dans les ressources humaines en éducation pour la santé.

Enfin, la profession a récemment entamé une réflexion sur la meilleure façon d'assurer une formation continue de qualité pour répondre aux besoins du personnel employé en éducation pour la santé publique. En 1988, une Commission de consensus national composée d'éducateurs pour la santé renommés, d'institutions de santé publique, d'institutions universitaires et d'organisations professionnelles, s'est réunie pour étudier les forces qui modèlent le contexte de travail des éducateurs pour la santé publique et les compétences dont ils ont besoin pour exercer leur profession de manière efficace. Le rapport de cette Commission suggère que la formation continue puisse renforcer un ensemble de compétences et de savoir-faire si l'on veut

que l'éducation pour la santé continue à assurer le développement et l'efficacité de son personnel spécialisé. Les domaines de compétences dans lesquels des besoins importants ont été identifiés comprennent notamment : les techniques de plaidoyer pour la santé, la gestion administrative et financière, la communication, la planification et le développement de la santé communautaire, le partenariat, et la direction d'équipes, l'informatique et les nouvelles technologies, des compétences culturelles, l'évaluation et la planification stratégique (23).

### Conclusion

Après un siècle d'évolution, la profession d'éducateur pour la santé aux États-Unis est arrivée à un carrefour de défis et d'opportunités sans précédent. Les changements sociaux et politiques rapides qui se sont produits dans l'organisation, la prestation et le financement des services de santé n'ont cessé de mettre en évidence la nécessité flagrante pour la profession d'assurer une éducation pour la santé de haut niveau et une fiabilité incontestable vis-à-vis du public.

En réponse à ces enjeux, la profession s'est attachée pendant plus d'un quart de siècle, à développer et à mettre en place un système de certification qui a été largement diffusé et a réussi à être plutôt bien accepté à tous les niveaux. Les mécanismes de certification individuelle et d'agrément des programmes maintenant en place ont permis de renforcer à la fois la formation et la pratique professionnelles. Comme le dit Helen Cleary, pionnière de ce mouvement de certification, «... *un processus de certification, ce n'est pas la réponse complète aux problèmes d'un individu quel qu'il soit, mais il peut améliorer la qualité de la formation et de la pratique professionnelles. Il peut également aider une profession à s'organiser. Mais rien de tout ceci ne peut fonctionner sans l'engagement de la profession tout entière pour faire avancer les choses vers le résultat voulu* » (5).

En dépit des grands pas en avant qui ont été faits durant les deux dernières décennies pour faire avancer la profession par le biais de la certification, beaucoup de questions et de défis demeurent. Par exemple, doit-on mettre au point un processus de certification au

### Credentialing and its impact on the evolution of the profession of health education in the United States

John P. Allegrante, M. Elaine Auld, Frances D. Butterfoss, William C. Livingood

This article describes the origins and evolution of a credentialing system of individual certification and program accreditation for both undergraduate and graduate professional preparation, which has significantly strengthened the health education profession in the U.S. during the last quarter century. Certification of some 9,000 health education specialists since 1989 has been linked to enhanced student professionalism, employment success, continuing education, program benefits, positive employer perceptions, and public policy changes. As a result of developing entry-level and advanced-level competencies in health education, improvements also have been noted in curriculum development and reform in higher education, as well continuing education of the currently employed public health education workforce. Moreover, the quality assurance movement in health education has had important impact on state and Federal employment policies in hiring and tracking health educators. Despite significant progress, many credentialing issues will continue to be debated in the coming decade, including those involving questions of graduate certification, new types of program accreditation systems, linkages of individual certification with program accreditation, and continuing education requirements of certified health education specialists.

### La certificación de las capacitaciones: su impacto sobre la evolución de los oficios de la educación para la salud en los Estados Unidos

John P. Allegrante, M. Elaine Auld, Frances D. Butterfoss, William C. Livingood,

Este artículo evoca los orígenes y la evolución de un sistema de certificación de las calificaciones individuales y de los programas de capacitación profesional para los niveles pre y post licenciatura, que ha reforzado considerablemente la profesión de educador para la salud en los Estados Unidos durante el último cuarto de siglo. Desde 1989, nueve mil especialistas de la educación para la salud han sido certificados, lo que ha contribuido mucho en un aumento del profesionalismo de los estudiantes, en el éxito profesional, en una formación permanente de calidad, en la mejora de los programas, en la percepción positiva por parte de los empresarios y en cambios en la política pública. Se han definido competencias de nivel elemental y de nivel avanzado para la educación para la salud, engendrando mejoras en la elaboración de los programas de enseñanza y la reforma de la enseñanza superior, sin dejar de favorecer la formación continua del personal actualmente empleado en la educación para la salud pública. Además, el desarrollo de la garantía de calidad en cuanto a la educación para la salud tuvo un impacto importante en las políticas de empleo y de seguimiento de los educadores para la salud tanto a nivel estatal como a nivel federal. Sin embargo, a pesar de los indiscutibles avances realizados, quedan por resolver numerosos problemas vinculados con la certificación, que se seguirán debatiendo durante la década venidera, en particular las cuestiones de certificación en el ámbito de la licencia, los nuevos sistemas de certificación de los programas, las relaciones entre las certificaciones individuales y la acreditación de los programas y los imperativos en el campo de la formación permanente para los educadores para la salud.

niveau du 2<sup>e</sup> et du 3<sup>e</sup> cycles ; si oui, en quoi ce processus devrait-il être différent pour ceux qui ont déjà une certification du niveau élémentaire, par opposition à ceux qui ne sont pas encore certifiés ? Quelle devrait être l'articulation entre la certification individuelle et l'agrément des programmes ? Quel mécanisme de certification de programmes est le plus facilement réalisable ? Quelles devraient être les exigences de la formation permanente pour rester en phase avec les changements rapides de la société qui créent sans cesse de nouveaux défis pour les éducateurs pour la santé en activité ? Quelle est la meilleure façon d'aider ces éducateurs pour la santé à maintenir un haut niveau de connaissances dans les sciences et techniques de la profession ? La réponse à ces questions va certainement continuer à façonner la profession et le discours sur l'éducation pour la santé pour les décennies à venir.

**John P. Allegrante**, PhD

**M. Elaine Auld**, MPH

**Frances D. Butterfoss**, PhD

**William C. Livingood**, PhD

**John Allegrante** est professeur d'éducation pour la santé au *Teachers College* de la *Columbia University* et Président Directeur Général du Centre national d'éducation pour la santé à New York, New York. Ancien Président de la *Society for Public Health Education* (SOPHE), il est coprésident du Groupe de travail sur la certification en éducation pour la santé de la *SOPHE-American Association for Health Education* (AAHE) (Association américaine d'éducation pour la santé).

**M. Elaine Auld**, MPH\*, spécialiste diplômé en Éducation pour la santé (CHES), est Directeur Exécutif de la SOPHE à Washington, DC.

**Frances D. Butterfoss**, Présidente de la SOPHE, est Maître de conférence au *Center for Pediatric Research* (Centre de recherche en pédiatrie) à Norfolk, Virginie.

**William C. Livingood**, Spécialiste diplômé en éducation pour la santé (CHES), ancien Président de SOPHE, est professeur en Sciences de la santé à la *East Stroudsburg University*, East Stroudsburg, Pennsylvanie. Il est aussi chercheur principal dans une étude menée par la SOPHE sur l'impact de la certification des qualifications en éducation pour la santé. Il est également membre du Groupe de travail sur la Certification en éducation pour la santé de la SOPHE-AAHE.

\* MPH : DEA ou DESS en France.

## ► Références bibliographiques

- (1) Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*. Organisation mondiale de la santé, Ottawa: Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association, 1986.
- (2) Creswell W.H. *Professional preparation: An historical perspective*. Pages 43-60 in U.S. Department of Health and Human Services (Ed.). *National Conference for Institutions Preparing Health Educators*. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 1981.
- (3) Society for Public Health Education. Board of Directors meeting minutes, March 14, 1967.
- (4) American Public Health Association. Committee on Professional Education. *Criteria and guidelines for accrediting graduate programs in community health education*. *American Journal of Public Health* 1969 ; 59 : 534-42.
- (5) Cleary H.P. *The Credentialing of Health Educators: An Historical Account 1970-1990*. National Commission for Health Education Credentialing, Inc., New York, 1995.
- (6) National Task Force on the Preparation and Practice of Health Educators. *A Framework for the Development of Competency-Based Curricula for Entry-Level Health Educators*. New York, 1985.
- (7) Livingood W.C., Auld M.E. *The credentialing of a population-based health profession: Lessons learned from health education certification*. *Journal of Public Health Management*, in press.
- (8) Allegrante J.P. *SOPHE: At the intersection of education, policy, and science and technology*. *Health Education & Behavior* 1999 ; 26 : 457-64.
- (9) Bensley L.B., Pope A.J. *A self-study instrument for program review of graduate programs in health education*. *Journal of Health Education* 1992 ; 23 : 344-6.
- (10) Society for Public Health Education/Ad Hoc Task Force on Professional Preparation and Practice of Health Education. *Guidelines for the preparation and practice of professional health educators*. *Health Education Monographs* 1977 ; 5 : 75-89.
- (11) *A Competency-Based Framework for Graduate-Level Health Educators*. American Association for Health Education, National Commission for Health Education Credentialing, Inc., Society for Public Health Education, 1999.
- (12) Doyle E.I., Cissell W.B. *A critical analysis of the CHES credentialing issues: Bridging the gap between vision and outcomes*. *Journal of Health Education* 1998 ; 29 : 213-20.
- (13) Eriksen M.P. *Through the looking glass: The opportunity for a unified vision of SOPHE*. 39th Annual Presidential Address. Berkeley, CA: Society for Public Health Education, 1987.
- (14) Gold R.S., Gilbert G., Greenburg G.G. *Credentialing and the future of health education*. *Wellness Perspectives: Research, Theory and Practice* 1989 ; 6 : 46-55.
- (15) Ovrebø B., Williamson J. *Certification and its discontents: A history of the moratorium*. *Health Education Quarterly* 1990 ; 17 : 243-7.
- (16) Livingood W.C., Woodhouse L.D., Godin S., Eickmeier J., Cosgrove W., Hoard M. *Credentialing and competition for social jurisdiction*. *Journal of Health Education* 1993 ; 24 : 282-4.
- (17) Schwartz L., O'Rourke T.W., Eddy J.M., Auld E., Smith B. *Use and impact of the competencies for entry-level health educators on professional preparation programs*. *Journal of Health Education* 1999 ; 30 : 209-14.
- (18) Taub A. *Personal credentialing and the profession of health education*. *Journal of Health Education* 1998 ; 29 : 121-5.
- (19) *The Health Education Profession in the Twenty-First Century: A Progress Report 1995-1999*. In press.
- (20) Resnik S., Allegrante J., Goodman R. *Introducing our profession-wide code of ethics*. *Health Promotion Practice* 2000 ; 1 : 113.
- (21) Auld M.E., Dixon-Terry E. *The role of health education associations in advocacy*. *The Health Education Monograph Series* 1999 ; 17 : 10-4.
- (22) *Future Directions for Quality Assurance of Professional Preparation in Health Education, 2000*. Report of an Invitation meeting cosponsored by the Society for Public Health Education and the American Association for Health Education, January 15-16, 2000, Reston, Virginia.
- (23) Allegrante J.P., Moon R.W., Auld M.E., Gebbie K.M. *Continuing education needs of the currently employed public health education workforce*. *American Journal of Public Health*, in press.

**Tableau 1.**

## Responsabilités et compétences de niveau élémentaire et de niveau supérieur pour les éducateurs pour la santé aux États-Unis

Les éducateurs pour la santé du niveau élémentaire doivent acquérir des connaissances et aptitudes dans sept domaines de responsabilité ainsi que 23 compétences et 79 sous-compétences. Ceux du niveau supérieur doivent maîtriser toutes les compétences du niveau élémentaire plus trois domaines de responsabilité supplémentaires et 48 nouvelles compétences et sous-compétences. La liste des responsabilités et compétences pour les deux niveaux figure ci-dessous, les responsabilités et compétences spécifiques au niveau supérieur étant en italique.

### **1. Évaluer les besoins individuels et collectifs en éducation pour la santé**

Rassembler les données relatives à la santé qui concernent l'environnement socioculturel, les facteurs de croissance et de développement, les besoins et les centres d'intérêt. Distinguer les comportements qui sont facteurs de bien-être de ceux qui sont un frein. Définir les besoins en éducation pour la santé à partir des données obtenues.  
*Déterminer les facteurs qui influent sur l'apprentissage et le développement.*

### **2. Planifier des programmes efficaces d'éducation pour la santé**

Recruter des organisations communautaires, des personnes ressources et des participants potentiels pour aider et participer à la planification des programmes. Élaborer un cadre et un plan séquentiel logiques pour un programme d'éducation pour la santé. Formuler des objectifs de programme adaptés et mesurables. Concevoir le programme d'éducation de manière à ce qu'il soit cohérent avec les objectifs définis.  
*Élaborer des programmes d'éducation pour la santé en utilisant les principes du marketing social*

### **3. Mettre en œuvre des programmes d'éducation pour la santé**

Démontrer ses compétences en réalisant les programmes planifiés. Faire en sorte d'adapter les objectifs si nécessaire pour permettre l'application du programme éducatif dans les différents contextes. Choisir les méthodes et les moyens les plus appropriés pour mettre en œuvre les pro-

grammes planifiés en fonction du public concerné.

Contrôler la réalisation des programmes éducatifs et réviser les objectifs et les activités si nécessaire.

### **4. Évaluer l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé**

Élaborer des plans pour évaluer la réalisation des objectifs du programme. Mettre en œuvre les plans d'évaluation. Interpréter les résultats de l'évaluation du programme. Dégager des conclusions à partir des résultats, pour la planification future du programme.

### **5. Coordonner la prestation de services d'éducation pour la santé**

Élaborer un plan de coordination des services d'éducation pour la santé. Faciliter la coopération entre les intervenants des différents niveaux. Formuler des modes de coopération fonctionnels entre les agences et les organismes de santé. Organiser une formation permanente des professeurs, des bénévoles et autres membres du personnel intéressés.

### **6. Agir comme personne ressource en éducation pour la santé**

Utiliser efficacement un système informatisé de recueil d'information sur la santé. Établir de vraies relations de consultation avec les personnes qui demandent une assistance pour résoudre des problèmes de santé. Comprendre les demandes d'information sur la santé et y répondre. Choisir les supports éducatifs adéquats pour la diffusion.

### **7. Communiquer les besoins, les préoccupations et les ressources en santé et en éducation pour la santé**

Comprendre les concepts, les objectifs et les théories de l'éducation pour la santé. Anticiper l'impact des systèmes de valeurs de la société sur les programmes d'éducation pour la santé. Sélectionner un choix de méthodes et de techniques de communication pour informer sur la santé. Encourager la communication entre les soignants et les usagers.

### **8. Appliquer les principes et méthodes de recherche appropriés en éducation pour la santé**

*Étudier à fond la littérature*  
*Utiliser des méthodes de recherche qualitative et quantitative adaptées.*  
*Appliquer les résultats de la recherche au travail sur le terrain.*

### **9. Administrer les programmes d'éducation pour la santé**

*Trouver et gérer les ressources financières.*  
*Trouver et gérer les ressources humaines.*  
*Faire preuve de « leadership », de capacités d'organisation.*  
*Faire accepter et appuyer les programmes.*

### **10. Faire progresser la profession d'éducateur pour la santé**

*Effectuer une analyse critique des besoins actuels et futurs en éducation pour la santé.*  
*Assumer ses responsabilités pour faire avancer la profession.*  
*Appliquer les principes éthiques qui s'appliquent à la pratique de l'éducation pour la santé.*

# Ne pas former à l'éducation pour la santé ?

**« Provocateur ou Schtroumpf grincheux », Jean-Pierre Deschamps manie-t-il le paradoxe en étant tout à la fois directeur de l'École de santé publique de Nancy et inquiet à l'idée d'une professionnalisation de l'éducation pour la santé ? Il s'accorde, en fait, à reconnaître la nécessité de former aux activités multiples et complexes de cette discipline, mais craint que l'institutionnalisation d'un métier d'éducateur de santé n'éloigne un peu plus les pratiques d'une autonomisation des publics auxquelles elles s'adressent et d'une approche plus globale de promotion de la santé.**

Désolé... Dans ce numéro de *La Santé de l'homme* dédié à la formation en éducation pour la santé et alors que se profile le Plan national d'éducation pour la santé (PNES) consacrant un large chapitre au sujet, je vais sans doute apparaître comme ramant à contre-courant, ou comme un provocateur, ou comme le Schtroumpf grincheux. Car voilà, je ne suis pas du tout sûr qu'il faille une formation spécialisée en éducation à la santé...

Je ne dis pas qu'il ne faut pas former à l'éducation à la santé : ce serait inconsequent et paradoxal par rapport à mon activité d'enseignant. Je dis qu'il ne faut pas développer des formations qui déboucheraient sur un métier d'« éducateur pour la santé ».

## Un besoin d'identité et de reconnaissance

Le plaidoyer de Christine Ferron est éloquent et non réfutable. Les professionnels travaillant dans le champ de l'éducation à la santé formulent « des revendications identitaires axées sur la reconnaissance des fonctions exercées comme constitutives d'un véritable métier ». Nous sommes entièrement d'accord.

Mais, plus loin, l'argumentation perd de sa force. Le métier d'éducateur pour la santé n'existe pour pratiquement per-

sonne, donc « *seule la reconnaissance de la formation en éducation pour la santé – c'est moi qui souligne – comme une véritable spécialisation basée sur l'acquisition de savoirs, de savoir-faire clairement identifiables, conduira à faire évoluer ces représentations* ». N'est-ce pas un peu court et plutôt péremptoire ? Je n'ai pas autant de tranquille certitude.

## Un besoin de compétences

Depuis une vingtaine d'années, dans la plupart des pays, l'éducation à la santé s'est professionnalisée. Nous sommes loin de ce que nos prédécesseurs, à juste raison à l'époque, dénommaient les « *acteurs permanents de l'éducation sanitaire* » : enseignants, professionnels de santé, professionnels de l'action sociale, membres d'associations à visée éducative, considérant que leur métier ou leur investissement associatif impliquait tout naturellement des tâches d'éducation à la santé. Celle-ci apparaissait comme une militance, un engagement « pastoral » comme l'écrit Philippe Lecorps, plus que comme un métier spécifique. Ces temps sont passés. Le militantisme ne suffit plus – il peut au contraire avoir des effets non souhaitables –, il faut des méthodes, une professionnalisation – je n'ai pas dit une profession d'éducateur de santé –. En bref, oui, il faut une formation.

## Un secteur d'activités hétérogène et mal délimité

La synthèse de Fabien Tuleu le dit bien : l'éducation à la santé est un champ d'activité, au confluent de multiples courants de connaissances et de techniques. Certes ce n'est pas là un obstacle à l'identification d'un métier.

Fabriquer un violon est aussi un champ d'activité au confluent de multiples courants de connaissances et de techniques, et il existe bien un métier : on *est* luthier (et non pas forcément, Christine Ferron, « on *a* un diplôme de lutherie... »). Mais quand on parle d'un violon, tout le monde est d'accord sur la définition du produit. Si vous ouvrez un livre sur le violon, vous ne trouverez pas cinquante définitions du violon (et encore depuis la publication de l'ouvrage de Jacques Bury qui les avait comptabilisées, d'autres penseurs ont dû concocter une douzaine de définitions supplémentaires de l'éducation pour la santé). Lorsqu'il aura rassemblé son érable ondé, son ébène, son épicea, son peuplier, son laiton, son argent, le luthier obtiendra toujours un violon. Un violon d'études ou un quasi-stradivarius, mais un violon.

Quand l'éducateur de santé aura rassemblé ses sciences sociales, son épémiologie, sa communication, sa pédagogie, sa psychologie des comporte-

ments, ses préoccupations éthiques, il obtiendra... quoi ? Un programme régional d'intervention auprès des parents d'enfants en crèche ? Une mallette pédagogique sur l'environnement ? Une série de conférences sur le tabac ? Une campagne d'annonces dans la presse grand public ? Des spots télévisés, une série d'affiches ou de brochures ? Un séminaire de formation continue de professionnels de santé ? Ou encore, tout cela dans un programme global ?

Le papier de John P. Allegrante *et coll.* est à cet égard bien intéressant : il parle tantôt d'éducateurs de santé, tantôt de spécialistes de la santé collective ; en d'autres termes, de spécialistes de santé publique. Et pourtant, entre ces fonctions, la différence est plus qu'une affaire de nuance. Intéressante aussi la conception de l'éducation à la santé implicitement formulée dans ce texte : une action de changement des comportements individuels mâtinée des considérations de la Charte d'Ottawa. Si vraiment c'est à ce métier-là qu'il faut former pour que les éducateurs de santé soient socialement reconnus, alors bonsoir, messieurs les conservateurs. L'éducation à la santé et les éducateurs de santé méritent mieux que cela.

### Et le marché du travail ?

Quittons un moment le débat théorique et faisons un exercice pratique. Ouvrons les pages d'un périodique dont les offres d'emploi sont prioritairement dans le domaine de la santé et du développement social, par exemple *Télérama* dans ses pages « Talents ». Les collectivités territoriales recrutent des chefs de projets, des animateurs, des coordinateurs de programmes, un « responsable de la maison de la santé », un « directeur de la boutique de santé », un « chargé de développement santé-social », des chargés de mission pour différentes tâches... mais pas d'éducateurs de santé dans ce que Fabien Tuleu nomme si bien un inventaire à la Prévert. Pas étonnant, dira-t-on, il n'y a pas de formation spécifique, donc pas de représentation, etc.

Visitions alors l'excellent site internet de la Société française de santé publique (SFSP) à la rubrique « offres d'emploi ». Les employeurs qui s'adressent à la SFSP ne peuvent être taxés, a

*priori*, de ne pas avoir une représentation, même floue, de ce qu'est un éducateur de santé. Et qu'y voyez-vous ? En gros, le même jargon que dans *Télérama*, mais toujours pas d'offres de recrutement d'éducateurs de santé.

N'apparaît-il pas problématique de vouloir former à un métier que personne ne nomme ? Et sur quoi se baserait-on pour prévoir qu'une fois créée et mise en œuvre la formation, la nomi-

nation du métier suivrait ? Franchement, j'aurais mauvaise conscience à délivrer un diplôme d'« éducateur de santé ». J'aurais l'impression d'être malhonnête vis-à-vis de jeunes auprès de qui je ferais miroiter des perspectives à l'évidence peu consistantes. Mais encore, pourra-t-on ajouter, l'éducation à la santé figure bien dans la dénomination du CFES et de son réseau... Oui, mais le texte actuellement connu de la future loi dite de modernisation du système de

santé ne prévoit-il pas le remplacement du CFES au profit d'un institut national, chargé de la prévention, de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé ? Le métier correspondant deviendrait-il alors « préventeuréducateurpromoteurdesanté » ?

### Il faut former à la santé publique et à la promotion de la santé

En écrivant le « et », j'hésite : ne s'agit-il pas de la même chose ? La promotion de la santé n'est-elle pas une dénomination moderne et dynamique de la santé publique ? Mais cela relève d'un autre débat.

En tous cas, bien sûr, il faut former les professionnels de l'éducation à la santé. Il faut, comme l'écrit Alain Deccache, les former à l'éthique, à la théorie et aux méthodes. Mais il ne me paraît pas souhaitable de circonscrire cette formation au seul champ, mal précisé, de l'éducation à la santé.

Quel que soit son type d'activité, l'éducateur de santé aura toujours besoin de savoir réaliser un diagnostic de santé, décrypter une demande, identifier des priorités, inventorier les modalités possibles d'actions, mettre en œuvre celles qui paraissent les plus pertinentes et les évaluer. Il lui faudra toujours des compétences dans le champ de la santé, dans ceux des sciences de l'éducation, de la communication, de la gestion de projet, du management d'équipes. Il devra toujours pouvoir ancrer son activité professionnelle dans un référentiel de valeurs, dans une réflexion éthique, dans la substitution

d'une « démocratie sanitaire » à l'exercice d'un biopouvoir professionnel (pardon à Philippe Lecorps pour cet emprunt).

Éducateur de santé ? Il sera alors bien plus. Qu'importe le nom, promoteur de santé, spécialiste de santé publique ou autre : cela sonne mal, mais là n'est pas le problème. Le jeune ainsi formé aura toujours un métier, il pourra répondre aux offres d'emploi et, dans le cadre institutionnel et technique où il œuvrera, il fera, sans doute, parmi d'autres choses ou, par moments de façon exclusive, de l'éducation à la santé. Sur la base de formations de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles en psychologie, sociologie, administration économique et sociale, sciences de l'éducation, soins infirmiers, médecine, pharmacie, il aura acquis une formation professionnelle de 3<sup>e</sup> cycle en santé publique. Et le jour où, pour dérouler sa carrière, il quittera le cocon dûment labellisé « comité d'éducation pour la santé », il sera heureux d'exercer ses compétences dans le cadre d'un contrat de ville, d'un programme de développement social, d'une association de patients, d'un service départemental de santé maternelle et infantile ou de santé scolaire, d'un organisme mutualiste, d'un hôpital, etc.

Et John P. Allegrante *et coll.* ont raison. La reconnaissance de la qualité de la formation reçue permettra la certification d'une fonction professionnelle dont la dénomination aura fait l'objet d'un débat, sur la base de critères (« *guidelines* ») précisément identifiés. Et là, on pourra parler de reconnaissance sociale et d'identité professionnelle.

### Formation initiale, formation en cours d'emploi

J'ai parlé ici de la formation initiale de jeunes professionnels. Je ne pense pas qu'il en aille autrement pour les personnes, très nombreuses, qui entrent, sans formation spécifique préalable, dans le champ professionnel de l'éducation à la santé et qui, parfois, y travaillent pendant plusieurs années. Apprendre l'éducation à la santé ne saurait leur suffire. Il faut qu'avant tout ils puissent prendre du recul par rapport à l'activité dans laquelle ils sont engagés, la situer dans son concept social et sanitaire, identifier les mouvances à l'œuvre dans les comportements sociaux, les cultures, les politiques. J'oserais presque dire qu'ils ont besoin d'acquérir des compétences relatives à tout ce qu'il y a autour de l'éducation à la santé, plus encore, ou au moins autant, qu'à ce qui est dedans.

Peut-être faut-il enfin préciser que si formation à la santé publique il y a, ce ne peut être n'importe quelle santé publique. Un épidémiologiste pur jus, un gestionnaire... ne seront sans doute pas, sur cette seule base de compétences, de bons éducateurs de santé. L'important, ce sont les gens, et la façon de les aider à devenir acteurs (ou auteurs) de leur santé. Il n'existe pas d'autre référentiel acceptable pour former à l'éducation pour la santé. Bien sûr, il faut former à l'éducation de la santé. Mais non pas en faire un métier spécifique.

**Jean-Pierre Deschamps**

Professeur des Universités,

Directeur de l'École de santé publique, Faculté de Médecine de Nancy, France.

#### Is health education training a necessity?

Jean-Pierre Deschamps

Jean-Pierre Deschamps, a university professor and Director of the Nancy School of Public Health (France) is causing a bit of a scandal, because he questions the necessity of specific training in health education, leading to a profession of a health educator that is not recognised by anyone in France today, not even by those who recruit in the field of health and social development.

Rather than of training for a vague profession, which can require qualifications as diverse as psychology, sociology, economic and social administration, educational sciences or medicine, he would prefer training in public health and/or health promotion, training to help people to become better health players using their own competencies.

#### ¿No formar en educación para la salud?

Jean-Pierre Deschamps

Jean-Pierre Deschamps, profesor universitario y director de la Escuela de salud pública de Nancy (Francia), provoca un importante debate, interrogándose sobre la necesidad de una formación específica en educación para la salud, desembocando en un oficio de educador para la salud no reconocido hoy por nadie, incluso por quienes contratan en este campo de la salud y del desarrollo social. En lugar de formar a un oficio que nadie nombra – y que puede exigir calificaciones tan diversas como la psicología, la sociología, la administración económica y social, las ciencias de la educación o la medicina – sería preferible, según el autor, una formación a la salud pública y/o a la promoción de la salud. Una formación para ayudar a unos u otros – a partir de sus competencias propias – a convertirse en mejores actores de la salud.

# La professionnalisation en éducation et promotion de la santé : oui mais...

**Jacques Bury s'interroge sur les intérêts et les risques d'une professionnalisation de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Si cette dernière lui paraît recouvrir un domaine trop vaste pour en imaginer la professionnalisation cohérente, les limites plus restreintes de l'éducation pour la santé lui semblent plus appropriées à cette évolution. La difficulté et les écueils ne manquent cependant pas non plus...**

La professionnalisation peut être définie comme le processus par lequel des individus, un groupe d'individus, dans un champ donné, et un champ donné de pratiques sociales, acquièrent un statut « professionnel ». Par opposition, ceci limite alors cet ou ces individus et ce champ par rapport à des individus, groupes et pratiques qualifiés d'amateurs.

Ce processus comporte plusieurs caractéristiques qui constituent souvent des étapes dans le temps.

Pour les personnes, les principales caractéristiques relevées sont :

1. fournir un service essentiel et unique à la société (spécialisation),
2. suivre une période de formation spécifique importante,
3. avoir une pratique fondée sur des bases théoriques spécifiques,
4. développer un contrôle interne (code déontologique),
5. définir des voies d'admission standardisées à une association professionnelle,
6. obtenir une reconnaissance publique la plus officielle possible.

Le but et les attentes de la professionnalisation sont essentiellement l'amélioration des performances des intervenants ; mais comme ceci s'accompagne de la défense des intérêts « professionnels » des membres, on comprend aussi qu'il puisse y avoir conflit entre les deux registres d'attentes dans

les cas où les attentes de professionnels ne coïncident plus avec celles des clients ou des autorités commanditaires. Ceci constitue une première limite aux bénéfices attendus de la professionnalisation.

Une deuxième limite est liée aux limites des formations elles-mêmes : la performance, c'est-à-dire la façon et le degré par lequel les professionnels mettent effectivement en œuvre et démontrent en pratique les compétences acquises par les formations, dépend d'autres facteurs que de la seule compétence acquise. Ainsi est-on forcé de reconnaître que les personnes comptent autant ou plus que les diplômés ; même si les formations visent davantage les méthodes, valeurs et raisonnements/approches plus que des contenus qui changent.

Une troisième limite tient à ce que, concomitamment à l'acquisition de savoirs, il y a aussi et autant le développement d'une identité « professionnelle », d'une classe, de l'appartenance à un groupe, c'est-à-dire un processus qui rend différent des autres et instaure donc une coupure par rapport au reste de la société, aux « autres », aux clients.

## **Éducation et promotion de la santé**

Former mais à quoi et pourquoi ?

L'approche dénommée *Promotion de la santé* a été formalisée en 1986 comme la stratégie la plus appropriée pour atteindre la santé pour tous en l'an

2000. En promouvant l'idée de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa vise « le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Ainsi définie, la promotion de la santé passe par des conditions existentielles fondamentales qui sont loin d'être réunies partout et pour tout le monde. Elle requiert, par ailleurs, l'implication de l'ensemble des sphères économiques, sociales, culturelles et politiques. D'où l'intérêt mais aussi les limites de l'action de santé publique. Une des idées avancées insiste sur le caractère multidimensionnel véhiculé par la notion de promotion de la santé. Les politiques publiques, la législation et l'éducation pour la santé sont autant de réponses qui ne prennent de sens et d'efficacité qu'inscrites dans un ensemble cohérent.

De ce fait, la promotion de la santé apparaît sous des perspectives différentes, non exclusives, parmi lesquelles au moins :

- un objectif général d'une société ou d'une communauté ;
- un mouvement de militants ;
- une série voire un ensemble d'activités exercées par une variété de professionnels ;
- une série voire un ensemble de fonctions assurées par une variété de services, la plupart publics, des ministères aux agences locales, mais également

privés, des agences de publicité aux groupes industriels, pas seulement « verts » ou « bio ».

Mais il semble difficile de s'entendre sur une ou même un ensemble de disciplines théoriques, de méthodes ou d'outils, donc de compétences définissables, qu'il serait possible d'apprendre et d'enseigner.

*L'éducation pour la santé*, en revanche, peut être conçue et perçue comme plus et mieux limitée : il s'agit de la mise en œuvre de méthodes et outils connus, fondés sur un corpus théorique, celui des sciences de l'éducation, dans le cadre d'une entreprise générale « éducative » qui vise à l'appropriation des savoirs par la population, des enfants aux adultes (et au troisième âge).

L'éducation pour la santé couvre alors un champ de pratiques qui vont de l'information à l'apprentissage de compétences dans le champ de la santé et qui concernent essentiellement l'« empowerment » des personnes, tout autant comme citoyens, usagers des services de santé ou patients. En effet, l'éducation pour la santé et l'éducation des patients sont liées et partagent un même but : améliorer la santé des groupes humains, avant et après l'apparition de maladies,

par le développement chez les individus d'un capital de connaissances et de compétences, et par le développement d'une attitude responsable, qualifiée de « citoyenneté de santé » dans un cas, et de patient compétent, dans un autre.

Cependant, ces types de prévention, traditionnellement classés comme primaire ou secondaire (éducation à la santé) et tertiaire (éducation du patient) diffèrent par leur cible, leurs objectifs spécifiques, leurs stratégies. Il est donc légitime de considérer qu'ils puissent donner lieu à un enseignement commun de sensibilisation mais aussi à des formations méthodologiques spécifiques.

Dans les faits, les formations sont complémentaires à des formations initiales différentes qui relèvent principalement de deux ordres : « biomédicales » (médecins et infirmiers) ou « humaines ». Ces compétences relèvent schématiquement des champs de la santé publique et des sciences humaines : sciences de l'éducation, de la communication, psychologie, sociologie, anthropologie.

Ces deux domaines disciplinaires ne sont pas, en l'occurrence, exclusifs l'un de l'autre, mais au contraire complémentaires. Il est, par conséquent, sou-

haitable que les formations à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique du patient reflètent cette interdisciplinarité.

La formation spécialisée en éducation pour la santé s'organise aujourd'hui dans deux filières universitaires essentiellement : celle des sciences de l'éducation et celle de la santé publique.

Chacune des deux filières a sa logique : une logique d'objectifs de changement de comportements supposés améliorer la santé pour la santé publique ; une logique de méthodes et de moyens supposés améliorer la personne et notamment sa santé pour les sciences de l'éducation. Celles-ci insistent davantage sur le processus pédagogique, sur l'application des modèles de changement de comportement, sur les méthodes de communication dans la perspective du développement de la personne. La santé publique insiste davantage sur un cadre où l'éducation pour la santé apparaît comme une modalité d'intervention parmi d'autres dans un contexte plus global de promotion de la santé et d'une démarche planifiée d'amélioration de la santé.

La promotion de la santé nous renvoie au vieux débat sur l'individu et ses environnements. Dans les multiples interprétations qui en sont faites, on observe même une sorte de polarisation des approches entre :

- celle qui insiste et polarise autour du développement des aptitudes individuelles : « *la promotion de la santé vise à favoriser chez l'individu l'apprentissage de modes de vie sains* ». Dans une telle interprétation, l'accent est fortement mis sur le développement des aptitudes personnelles. D'où la notion de comportements individuels et collectifs, et de ses modifications au centre des préoccupations de la conception dominante des actions et programmes d'éducation pour la santé ;
- et celle qui met plutôt en avant la responsabilité des environnements : « *permettre aux communautés d'aménager leur environnement et de promouvoir l'inscription de la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives* ».

Poussée à l'extrême, cette conception minimise de fait toute responsabilité des individus.

Ces deux acceptions inspirent des pratiques dont on mesure de plus en plus les limites.

À l'extrême l'une de l'autre, s'emparant d'une composante en particulier à défaut d'une politique d'ensemble, ces approches ont, en fait, nourri les théories et les modèles tantôt centrés sur les modifications des comportements individuels, tantôt sur les modifications des environnements.

Cette opposition (individu-environnement) n'est-elle pas en fait idéologique et non scientifique (c'est-à-dire soutenue par l'évidence) ; le pragmatisme découlant de l'approche systémique indique peut-être que l'efficacité est d'agir autant sur les niveaux des individus que de la collectivité. La théorie systémique considère l'individu en interaction avec son environnement, en fait avec d'autres individus et d'autres facteurs de l'environnement.

Mais, en fin de compte, ne s'agit-il pas toujours d'agir au niveau individuel ou de modifier des comportements individuels ? La question n'est-elle pas de savoir s'il faut le faire par une action directe sur les individus pour les amener à changer leur comportement « spontanément », ou au contraire par

une action indirecte sur l'environnement qui, lui, les amènera à changer leur comportement « spontanément ».

C'est peut-être de nouveau ici que se retrouve aussi l'intérêt de l'éducation, comme politique et méthode d'éducation des citoyens, de l'enfant à l'adulte responsable, tant comme acteur social et politique que comme producteur de santé dans son usage des services et des professionnels. C'est sans doute un des facteurs de l'importance grandissante du concept de démocratie sanitaire.

En effet, il semble de plus en plus évident que les déterminants de la santé sont systémiques et situés dans les relations sociales interactives et complexes déterminées par l'organisation sociale, en d'autres mots dans le capital social : celui-ci peut être défini comme les caractéristiques de l'organisation sociale comme les réseaux, les normes et la confiance qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel au sein d'une société donnée. Ce concept est lié à ceux de société civique et de cohésion sociale, qui valorisent la solidarité, la participation civile et l'intégrité, et où les réseaux politiques et sociaux sont organisés horizontalement et non hiérarchiquement.

Encore une fois, l'éducation générale, et pas seulement en santé, est donc un élément essentiel de la promotion de la santé. Il y a donc là un besoin immense et un terrain d'action gigantesque où des compétences définissables et professionnelles sont nécessaires.

### Conclusion : la professionnalisation, oui mais...

Oui, pour contribuer à l'amélioration de la performance des intervenants.

Mais, en se rappelant :

- que la formation est plus effective et « professionnalisante » quand elle s'appuie sur un corpus théorique défini, ici l'éducation pour la santé plus que la promotion de la santé qui est trop multidisciplinaire ;
- que la formation a des limites et la professionnalisation des inconvénients ; les avantages, par exemple, la promotion d'approches basées sur « l'évidence » étant à exploiter ;
- que la performance sera autant tributaire des conditions du contexte, pour ne pas dire du système, dont la cohérence des politiques et donc le rôle de la promotion de la santé.

**Jacques A. Bury**

Coordinateur de la planification sanitaire qualitative du canton de Genève, Suisse.

### Professionalisation in health promotion and education: yes but...

Jacques A. Bury

Jacques A. Bury, a qualitative planning coordinator for the canton of Geneva (Switzerland), weighs the pros and cons against professionalising health promotion and health education describes the limits of any training.

Although professionalisation can result in improved performance by those concerned, it can also lead to corporatist claims linked to a strong professional identity. It also demarcates competence solely based on a degree, neglecting the human and personal dimension. The author demonstrates that the training (organised around two very different university courses, education sciences and public health) causes parallel, even contradictory logics, going from the desire to making the individual accountable for his own health practices to throwing light on the influence of the global environment which reduces the significance of individual behavior. Jacques A. Bury explains his cautious « yes, but » for the professionalisation of the discipline.

### La profesionalización en educación para la salud y promoción de la salud: sí, pero...

Jacques A. Bury

Jacques A. Bury, coordinador de la planificación cualitativa del cantón de Ginebra (Suiza), sopesa el por y el contra de la profesionalización en educación para la salud y en promoción de la salud, describiendo los límites de toda formación.

Si la profesionalización debe producir una mejora de los resultados de los varios actores, puede también hacer surgir reivindicaciones corporatistas vinculadas con una identidad profesional fuerte. Delimita también la competencia al mero diploma, abandonando la dimensión humana y personal del actor. El autor muestra además que las formaciones – que se organizan alrededor de dos caminos universitarios muy diferentes, ciencias de la educación y salud pública – engendran lógicas paralelas e incluso contradictorias que van del deseo de responsabilizar al individuo en relación a las (buenas) prácticas de la salud hasta de poner en evidencia la influencia del entorno global que minimiza la importancia de las conductas individuales. Jacques A. Bury explica aquí su «sí, pero» prudente cuando se habla de profesionalización de la disciplina.

# Des constats aux recommandations

## Pour prévenir la défaite de l'éducation pour la santé

Au terme de ces contributions, que peut-on tenter de dégager comme recommandations sur la question des métiers en éducation pour la santé ?

Une première remarque, pour évoquer un triple constat récurrent du champ de l'éducation pour la santé :

- une assise théorique en cours d'élaboration en termes de concepts, de méthodes et d'évaluation, qui fragilise encore les fondements, voire le crédit, de l'éducation pour la santé et qui laisse souvent trop de place aux partis pris dogmatiques ou à l'éternel refrain de ses détracteurs : « mais vos actions sont-elles véritablement efficaces ? » ;

- si l'on doit prendre acte, au fil des témoignages de ce dossier, du caractère affirmé de l'engagement personnel des acteurs, force est de constater qu'une culture collective plus « militante » demeure à fédérer. Le centenaire de la Loi 1901 sur les associations doit peut-être nous permettre de rappeler à chacun les fondements politiques et philosophiques d'une structure associative, en terme de représentativité et d'ancrage dans la société civile. Or, combien d'associations œuvrant dans le champ de l'éducation pour la santé se réduisent en fait à des « outils » pratiques et facilement instrumentalisés aux dépens d'un projet collectif ? Comment se traduisent les contradictions criantes qui existent entre la vocation d'associations au service d'une mission de service public et leur réalité de fonctionnement inscrite dans une logique d'entreprise prestataire de « contrats » ? ;

- la persistance, enfin, d'une demande politique et sociale encore trop tournée vers « la médecine ou le soin » et pas assez orientée vers « la santé », ce qui rend difficile et parfois confidentielle l'émergence d'une véritable projet de promotion de la santé.

Une seconde remarque pour insister avec les contributeurs à ce dossier sur le caractère multidisciplinaire (sciences de l'éducation, santé publique, méthodologie, etc.) et pluridimensionnel (aspects individuels, collectifs, politiques publiques, éthique, etc.) du secteur.

Ce qui invite d'emblée à penser que tout le monde ne pourra pas toujours tout faire, mais que chacun doit savoir faire ce qu'il a à faire, là où il est... , en veillant évidemment à ce que cela s'articule avec ce que font (et savent faire) les autres, là où ils sont. Ainsi se présente parfois le risque de devoir faire quelque chose dont on ne se sent pas légitime vis-à-vis des autres. Risque que nous affrontons au moment de rédiger ces recommandations.

Ces précautions étant prises, nous proposons de décliner notre propos selon trois types de recommandations :

- des recommandations politiques (en matière de structuration et de moyens) ;
- des recommandations techniques (en matière de formation et de recherche) ;
- et des recommandations aux acteurs (en matière de mobilisation et d'organisation).

### Les recommandations d'ordre politique

Elles concernent les orientations qu'un État moderne et qu'un pays dit « développé » sont capables de définir et de soutenir, pour favoriser une prestation de qualité et d'équité d'accès à ses citoyens, en matière d'éducation pour la santé. Quels que soient les exemples parcourus dans les différents témoignages, c'est à la condition que les pouvoirs publics assument l'affirmation d'une éducation pour la santé nécessaire et favorable au développement de la citoyenneté et à la lutte contre les

inégalités, que s'ensuit logiquement la nécessité de disposer de « forces vives », organisées entre elles et compétentes, pour sa mise en œuvre.

Car jamais, du point de vue historique, n'a pu émerger une politique publique (ou para-publique) forte, structurée et reconnue comme un lieu d'investissement nécessaire, sans un intérêt et investissement préalables des pouvoirs publics : les exemples de la Belgique ou des États-Unis nous le confirment.

En France, les politiques de développement des loisirs, d'hospitalisation, de la lecture publique ou de l'instruction à l'époque plus ancienne de Jules Ferry, n'ont pu voir le jour qu'à partir d'une volonté politique inscrite dans un projet de société. C'est à cette unique condition qu'a pu se poser « sérieusement » la question des acteurs et des professionnels : la création des diplômes d'éducation populaire, les statuts des praticiens hospitaliers, des métiers de bibliothécaires ou de conservateurs, ou encore l'émergence des « hussards de la République », les instituteurs en témoignent ; autant que l'investissement « en pierre » lorsqu'on parcourt la France et qu'on prend le temps de regarder l'architecture des écoles, des hôpitaux ou des bibliothèques et des médiathèques.

À ce titre, les orientations présentées par Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé, en février 2001, dans le cadre du Plan national d'éducation pour la santé, représentent une avancée significative, nécessaire mais insuffisante : si les axes de développement prévus dans ce Plan intègrent notamment les champs de la recherche et de la formation, et satisfont les acteurs, ce

Plan demeure à approfondir sur la question des moyens, des opérateurs et de leur harmonisation pour garantir la qualité, la cohérence et la pérennité des actions d'éducation pour la santé.

Il reste à ce jour nécessaire d'évaluer quantitativement et qualitativement ce qu'on entend par le développement de l'accès pour tous à une éducation pour la santé de qualité : à partir de quels seuils d'offres de services et d'investissements minimaux sur les territoires est-il convenable de parler de développement et de qualité ? Les représentants élus du Réseau des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé se sont attachés à faire des propositions aux pouvoirs publics allant dans ce sens<sup>1</sup>.

Si l'on souhaite véritablement que ces intentions se traduisent en actes pour faire émerger une réelle politique publique en éducation pour la santé, les pouvoirs publics ne feront pas l'économie d'un investissement politique et budgétaire sérieux, solide et pérenne dans ce sens. Les pays ayant développé ce type de politique doivent nous servir d'exemples, au-delà des circulaires prévues et des projets de lois qui se perdent trop souvent dans les limbes des calendriers parlementaires et électoraux...

### Les recommandations d'ordre technique

Si le point précédent semble faire consensus, les recommandations techniques sont sans doute les plus difficiles à élaborer sans faire fidèlement état de divergences manifestes et de complémentarités.

Les différents contributeurs insistent sur la nécessaire articulation entre le champ des pratiques d'une part, de la recherche et de la formation en matière d'éducation pour la santé d'autre part. La question se corse lorsqu'il s'agit de distinguer ce qui est de l'ordre de la « qualification » des personnes, de leur « formation », de leur « professionnalisation » ou de leur légitime volonté de reconnaissance et d'« identification »...

Sur la formation, Jacques Bury évoque « la difficulté de s'entendre sur un ensemble de disciplines théoriques, de méthodes ou d'outils, donc de compétences, qu'il serait possible d'ap-

*prendre et d'enseigner » en reconnaissant plus loin la « légitimité de penser un enseignement commun de sensibilisation » ; Jean-Pierre Deschamps « aurait mauvaise conscience de délivrer un diplôme d'éducateur pour la santé » ; Christine Ferron insiste de son côté sur « la reconnaissance de la formation en éducation pour la santé comme une véritable spécialisation basée sur l'acquisition de savoirs, de savoir-faire clairement identifiables ».*

Loin de nous l'idée de « trancher », surtout quand chacun de ces auteurs rappelle la complémentarité des enseignements ou des formations sur différents registres de compétences, sans oublier les acquis pratiques « non validés » ou reconnus comme tels.

Il en résulte que le développement de filières de formation en éducation pour la santé comme « une fin en soi » ne pourra donc pas constituer, par voie

de conséquence, un facteur de développement de la professionnalisation du secteur ; il est nécessaire que se mettent en place des processus de validation des acquis, ainsi qu'un investissement dans le champ de la recherche en éducation pour la santé comme corpus transdisciplinaire.

Une manière de remettre au goût du jour une réflexion provocatrice du philosophe Lamarosse :

*« ... La solidité du savoir n'est pas dans les têtes ou dans les théories, ou dans la rigueur, mais dans ce doux mélange qu'on voudrait tant nous faire oublier : un mélange d'institutions, d'outils, de traces écrites, de conflits, de chances, de lieux, de groupes, de mythes, d'enthousiasmes et de traditions (...).*

*La conséquence est facile à tirer : il n'y a pas de savoir à diffuser. Il faut, en revanche, redistribuer les lieux, les matières et les réseaux par lesquels on sait. »*

Dans le domaine de la recherche et de la formation, osons penser que *les articulations* des différents champs et disciplines théoriques et pratiques – orientés sur des axes stratégiques d'éducation et de promotion de la santé – importent plus que la question de savoir lequel de ces champs ou laquelle de ces disciplines doit être « contenant » de la formation ou de la recherche en éducation pour la santé.

On peut être alors frappé de ne voir que peu évoqué, comme espace d'articulation possible, ce qui existe déjà à l'université sous la forme de départements ou d'UFR (Unités de formation et de recherche) transdisciplinaires.

Sur l'ensemble de ces questions d'ordre technique, il semblerait bien qu'on n'en soit qu'au début et qu'il s'agisse de continuer le débat... Mais aussi sans doute, de continuer une forme de combat, à commencer – comme toujours – par celui des premiers concernés. Car enfin, que nous a enseigné l'histoire des révolutions ? Car il s'agit bien d'une révolution de l'éducation pour la santé ! Qu'elles sont toujours attisées par les penseurs (les Lumières avant-hier, les philosophes hier et les intellectuels aujourd'hui), mais qu'elles sont souvent concrétisées – parfois à leurs dépens – par ceux qu'elles concernent au quotidien ; souvent, d'ailleurs, au seul profit final du confort, de la reconnaissance et de la postérité des penseurs du début...

## Les recommandations aux acteurs

### Se mobiliser

Les deux points précédents ne prennent de sens qu'à travers la mobilisation des acteurs de l'éducation pour la santé et de leur capacité à s'organiser.

En effet, face aux changements ou aux orientations qui ne sont pour l'heure qu'annoncés, il est notamment de la responsabilité des acteurs actuels de l'éducation pour la santé d'être attentifs au devenir concret de ces orientations et ce, pour deux raisons :

- la première consiste à ce que ces orientations se traduisent en actes concrets et évaluables ;
- la seconde consiste à leur permettre de peser et d'être force de propositions dans la mise en œuvre de ce cadre et de son contenu.

*« L'éducation pour la santé s'appuie sur la participation des premiers concernés ».* Sans doute est-ce le moment où jamais d'« agir » ce principe.

La responsabilité des acteurs est donc double, à la fois dans la contribution qu'ils peuvent avoir à ces différentes orientations, en matière d'apports de leur expérience et d'expertise, et dans leur capacité à se mobiliser pour que les choses ne « retombent » pas.

Qui, en effet, mieux que les acteurs de proximité et les représentants associatifs de la société civile, pourra exercer une forme de vigilance quant à la qualité et au contenu des mesures qui seront proposées ? Par exemple, l'expérience qui a été acquise par les acteurs de terrain sur leurs connaissances et leurs pratiques avec les populations défavorisées les mettent en situation responsable (au sens latin « répondre de ») de veiller à ce que les mesures adoptées s'appuient sur leurs recommandations, pour qu'elles permettent un accès à la prévention et l'éducation pour la santé à ceux qui en sont le plus éloignés ; il s'agit que les décisions traduisent concrètement des actions qu'ils seront capables de promouvoir, au risque sinon de devoir les « subir » à travers des circulaires ou des décisions dénaturées de sens et de contenus.

Au moment où il existe une opportunité de changement et d'organisation des choses qui les concernent, les acteurs de l'éducation pour la santé ont à exercer une part de leur responsabilité pour que cessent : l'empilement de dispositifs thématiques ; la dysharmonie des programmes entre les différentes institutions ; le déséquilibre des fonds attribués malgré la définition de priorités, en dépit d'instances de concertation qui ne se réunissent pas ; la course aux financements et leurs interruptions annuelles qui roulent depuis des années, comme la pierre de Sisyphe : toujours la même chose, mais jamais complètement pareil... On connaît cela depuis trop longtemps...

La contractualisation avec les financeurs doit s'inscrire dans un espace à réinventer entre l'instrumentalisation et la survie des structures.

Seule la mobilisation citoyenne et responsable des acteurs doit pouvoir permettre que les orientations annoncées prennent corps et sens avec une garantie de qualité.

### S'organiser

S'il est aisé de dresser ainsi sur le papier des axes de mobilisation, force est de reconnaître que les espaces d'organisation fédérée entre tous les acteurs demeurent à inventer.

## From finding to recommendations Preventing the defeat of health education

Fabien Tuleu, Philippe Lecorps

The coordinators of this dossier make three types of recommendations, above and beyond the teachings contributed by the cross references of Jacques A. Bury and Jean-Pierre Deschamps.

Political recommendations where the public authorities have responsibilities, technical recommendations where (if a unique conclusion can be drawn from training fields where various schools of thought confront each other) a strong demand for structuring is found. Lastly, recommendations to the actors so that they mobilise and organise, for unity in the battle which has only just begun.

## De la observación a las recomendaciones Para prevenir el fracaso de la educación para la salud

Fabien Tuleu, Philippe Lecorps

Más allá de las enseñanzas proporcionadas por las miradas cruzadas de Jacques A. Bury y Jean-Pierre Deschamps, los coordinadores de este expediente, emiten tres tipos de recomendaciones.

Recomendaciones políticas en donde los poderes públicos tienen responsabilidades que tomar, recomendaciones técnicas en donde – aunque no puede sacarse una conclusión única sobre el campo de la formación en donde se enfrentan varias escuelas – una alta demanda de articulación aparece cada día. Recomendaciones también a los actores para que se movilicen y organicen con objeto de pesar de modo unido en una batalla que tan sólo está comenzando.

Les différents organismes œuvrant dans le champ de l'éducation pour la santé sont actuellement bien identifiés et ce dossier de *La Santé de l'homme* montre que les préoccupations des acteurs sont assez transversales au-delà de leurs appartenances ou de leurs origines.

Toutefois, il n'existe pas à ce jour en France d'espace collectif ou fédéral de concertation, de réflexion et de mobilisation qui favoriserait une convergence des propositions à défendre et une plate-forme unifiée de représentation de l'éducation, pour la santé. Au sein des différentes organisations persistent des difficultés, souvent liées à leur financement ou leur positionnement institutionnel, voire l'épuisement des acteurs qui induit un fort turn-over. La cohésion des différentes structures entre elles s'en trouve soit fragilisée, soit érigée parfois en une forme de concurrence tacite tout en affichant fort un discours sur la nécessité du partenariat.

Pourtant, l'émergence d'une telle plate-forme permettrait sans doute une avancée considérable pour peser dans le débat public.

L'expérience de la prévention du sida en France, en appui sur le tissu associatif, nous a montré qu'il était parfois possible d'instaurer un rapport de force (au sens positif du terme) permettant une avancée significative de la nature de l'action préventive publique.

On peut s'étonner qu'au sein des multiples instances telles que les Conférences régionales de santé ou encore le Comité national de prévention, les recommandations – déjà anciennes – de la Conférence nationale de santé sur la formation et la structuration de l'éducation et la promotion de la santé soient si peu reprises et mises en œuvre. Il appartient alors peut-être aux acteurs d'en prendre acte et de développer des formes d'organisation où le sentiment d'agir et de contribuer l'emportera sur une forme de passivité à subir les orientations définies par d'autres.

Il y a quelques années, à la suite de l'affaire du sang contaminé, Aquilino Morelle, haut fonctionnaire et actuellement conseiller technique du Premier ministre, a publié un remarquable ouvrage intitulé *La défaite de la santé publique*, qui analyse et décrit les rai-

sons historiques, institutionnelles et économiques de cet épisode sans précédent dans la santé publique. Des enseignements sont à en tirer.

Car c'est sans doute à la capacité de mobilisation et à l'engagement des pouvoirs publics et d'organisation des acteurs les premiers concernés, qu'on devra la possibilité de ne pas évoquer aussi un jour « la défaite de l'éducation pour la santé ».

**Fabien Tuleu**

Responsable du Service Appui au développement de l'éducation pour la santé, Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, France.

**Philippe Lecorps**

Psychologue, enseignant à l'École nationale de la santé publique (ENSP), Département Politiques et Institutions, Président du Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne, Rennes, France.

1. Palicot A.M., Bonnin F. et le Conseil national du réseau. *L'éducation pour la santé : un service pour le public, un enjeu pour la modernisation du système de santé*. 2000. A paraître dans la revue Santé Publique.

## Pour en savoir plus

### Sites Internet

**Infoveille**

<http://www.infoveille.com>

L'Internet de la formation : outil d'aide à l'innovation formation par la capitalisation des connaissances accessibles via Internet, 300 sites décrits et référencés

**Centre Inffo**

Centre pour le développement de l'information sur la formation permanente  
<http://www.centre-inffo.fr>  
Formation professionnelle continue

**CEREQ**

Centre d'études et de recherches sur l'emploi et la qualification  
<http://www.cereq.fr>

**Cedefop**

Centre européen pour le développement de la formation professionnelle

<http://www.cedefop.gr>

À noter : politique de formation professionnelle continue par pays

<http://trainingvillage.gr>

Site développé par le Cedefop

À noter : glossaire

**INRP**

Institut national de la recherche pédagogique  
<http://www.inrp.fr/Access/Biennale/5biennale/contrib>

Rubrique groupes thématiques : Professionnalisation des enseignants et des éducateurs

**Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**

<http://travail.gouv.fr>

Politique de professionnalisation, notamment en ce qui concerne le dispositif des emplois-jeunes

### Bibliographie

**Définitions, méthodes et outils de la professionnalisation**

Batal C. *La gestion des ressources humaines dans le secteur public : l'analyse des métiers, des emplois et des compétences*, tome 1. Paris : Éd. d'Organisation, coll. Service public de la mission au métier, 2000 : 255 p.

Flück C., Le Brun Choquet C. *Développer les emplois et les compétences : une démarche, des outils*. Paris : Insep consulting, coll. Pratiques en question, 1992 : 239 p.

Le Boterf G. *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Ed. d'Organisation, 1997 : 295 p.





Ruano-Borbalan J.-C. *Savoir former. Bilans et perspectives des recherches sur l'acquisition et la transmission des savoirs*. Paris : Demos, Sciences humaines, 1996 : 143 p.

*La référentialité, référentialisation et référentiels. Théories et pratiques : réflexions*. Vers L'éducation nouvelle n° 474, avril 1996 : 34 p.

### Professionnalisation dans le champ de l'éducation pour la santé

Barthélémy L. *Le nouveau métier de chargé de projet dans les comités d'éducation pour la santé : analyse à partir des pratiques*, mémoire proposé dans le cadre du DESS Promotion de la santé et développement social, année 1996-1997, Nancy : 66 p.

Barthélémy L., Cloart L., Ferron C., Goudet B., Lapostolle-Dangréaux C., Le Grand E., Perrot M. *Formations en éducation pour la santé. Repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2000 : 53 p.

Ferron C. *Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1999 : 61 p.

Monnier T. *Note synthétique sur l'avancement du « Groupe Statuts »*. Lille : Cres Nord-Pas-de-Calais, décembre 1999 : 11 p.

National Commission for Health Education Credentialing. Coalition of National Health organizations. *The health education profession in the twenty-first century : setting the stage*. Conference proceedings June 16-17 1995 Atlanta Georgia. Journal of Health Education 1996 ; vol. 27, n° 6 : 357-64.

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

Centre de documentation du Comité français d'éducation pour la santé, Vanves, France.

## Liste des formations universitaires incluant des enseignements en éducation pour la santé (mise à jour d'octobre 1998)

|   |   |
|---|---|
| DIU Pratiques en santé communautaire<br>Université Joseph-Fourier de Grenoble                           | Maîtrise de Sciences et techniques de santé publique<br>Université de Bordeaux II   |
| DU Éducation pour la santé<br>Université de Nantes  | Maîtrise de Sciences sanitaires et sociales<br>Université Paul-Sabatier de Toulouse III   |
| DU Santé et éducation<br>Université Henri-Poincaré de Nancy I   | DESS Promotion de la santé et développement social<br>École de Santé Publique de Nancy  |
| DU de Santé publique, mention Santé publique et communautaire<br>Université Henri-Poincaré de Nancy I   | DESS Promotion et développement de l'éducation à la santé<br>Université de Provence   |
| DU de Santé publique, mention Santé et développement<br>Université Henri-Poincaré de Nancy I            | DESS Formations en santé<br>Université de Paris XIII  |
| DU de Santé publique, mention Politiques européennes de santé<br>Université Henri-Poincaré de Nancy I   | DESS Santé Publique<br>Universités Paris V, VI, VII, XI   |
| DU Méthodologie en santé communautaire<br>Université de Rennes I  | DESS Éducation et santé<br>Universités de Lille II et Lille III   |
| DU Santé communautaire<br>Université de Bordeaux II   | DEA Méthodes d'analyse des systèmes de santé<br>Université de Rennes I  |
| DU Formateur en promotion de la santé<br>Université Louis-Pasteur de Strasbourg                         | DEA Santé publique et pays en développement<br>Université de Paris VI   |
| Licence de Sciences sanitaires et sociales<br>École de santé publique de Nancy                          | DES Santé publique et médecine sociale<br>École de Santé Publique de Nancy  |
| Licence de Sciences sanitaires et sociales<br>Université Paul-Sabatier de Toulouse III                  | DES Santé publique et médecine sociale<br>Université de Rennes I  |
| Licence de Sciences sanitaires et sociales<br>Université de Pau   | Évaluation des actions d'éducation pour la santé<br>École Nationale de la Santé Publique de Rennes  |
| Licence de Sciences sanitaires et sociales, filière paramédicale<br>Université de Bordeaux II           | Promouvoir la santé<br>École Nationale de la Santé Publique de Rennes   |
| Maîtrise de Sciences sanitaires et sociales<br>Université de Pau  | Des conférences régionales de santé à l'élaboration des actions : les programmes régionaux de santé<br>École Nationale de la Santé Publique de Rennes |
| Maîtrise de Sciences sanitaires et sociales, mention Santé publique<br>Faculté de Médecine de Paris-Sud |   |
| Maîtrise de Sciences sanitaires et sociales, mention Santé publique<br>École de Santé Publique de Nancy |   |

Extrait de : Ferron C. *Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1999 : 61 p.

Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?  
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?  
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

**Professionnel de santé, enseignant,  
 travailleur du secteur médico-social,  
 éducateur ou étudiant**

vous vous posez ces questions,  
 vous souhaitez une information  
 et une aide régulières...

# LA Santé de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.



**Tarifs 2001 – Veuillez m'abonner au tarif :**

|  |                           |  |
|--|---------------------------|--|
| <b>France métropolitaine</b>   | <b>1 an (6 numéros)</b>   | <b>165 FF</b> <input type="checkbox"/> |
|  | <b>2 ans (12 numéros)</b> | <b>295 FF</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Étudiants</b>   | <b>1 an (6 numéros)</b>   | <b>110 FF</b> <input type="checkbox"/> |
| <small>(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)</small> |                           |  |
| <b>Autres pays et outre-mer</b>  | <b>1 an (6 numéros)</b>   | <b>220 FF</b> <input type="checkbox"/> |

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire  chèque postal  à l'ordre du CFES  
 Veuillez me faire parvenir une facture

Nom ..... Prénom .....

Organisme ..... Fonction .....

Adresse .....

Date et signature :

**Je souhaite recevoir les numéros suivants :**  
 (prix au numéro : 39 FF).

- Question de poids, N° 340.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- Éducation du patient... formation des soignants, N° 341.
- Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?, N° 348.
- Quelle prévention du suicide ? N° 342.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Famille et santé, N° 343.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344.
- La démarche communautaire en santé, un état d'esprit, N° 351.
- L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345.
- Éducation à la santé à l'École, N° 346.
- Jeunes et santé : comment communiquer ? N° 352.



# Une nouvelle aventure de Max et Lili



## MAX NE VEUT PAS SE LAVÉ

Hum... Depuis quand tu ne t'es pas lavé les dents ?

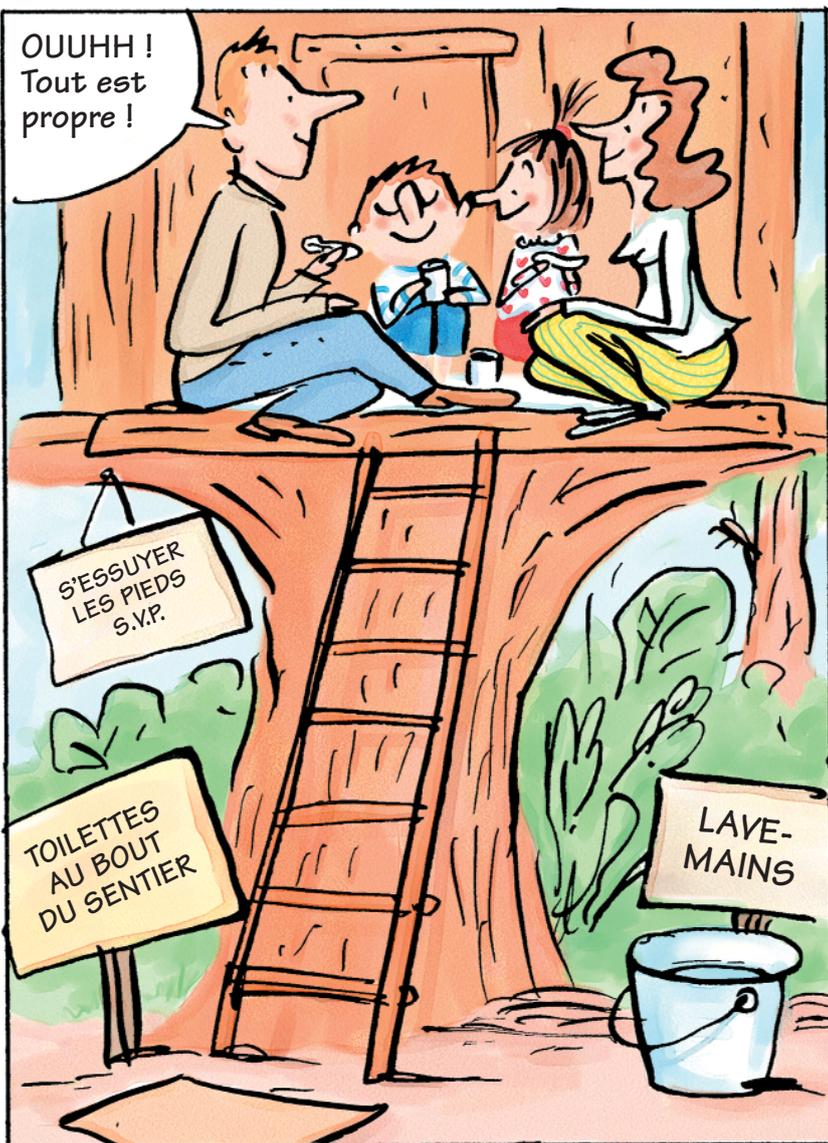
Pfff... ça doit être le bonbon que je viens de manger !

Ce soir, bain obligatoire, c'est bien compris ! ?

Oui, oui, mais j'ai un travail énorme et il faut que je répare ma bicyclette...

Heureusement que tu es là, Pluche. Tout le monde est contre moi, ma famille, mes copains...

OUIHH ! Tout est propre !



Tu sais, maman, avant, les gens ne se lavaient pas, même les rois et les princes...

Oui, et dans les villes, on jetait les poubelles et les eaux sales dans les rues... Mais les gens vivaient beaucoup moins longtemps que nous...



Allez, debout, on va laver tout ça. Ça s'appelle l'hygiène ! Sous les bras, le cou, les pieds, le zizi...

Le zizi ?

Tu sais, c'est très mauvais de trop se laver. On devient très fragile, sans défense, sans anticorps !

C'est sans doute vrai. Mais ça dépend de ce qu'on appelle « trop se laver » !

Toi, en tout cas, tu ne risques pas de détruire tes anticorps !

