

numéro

420

Septembre 2012

LA Santé

de l'homme

Hors-série



1942-2012

70 ans d'éducation pour la santé

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

52 pages d'analyses et de témoignages



- actualité
- expertise
- pratiques
- méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez *La Santé de l'homme* sur Internet

Depuis janvier 2010, tous les numéros publiés sont intégralement accessibles sur le site internet de l'Inpes :

www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

- La revue : présentation et contacts
- Les sommaires des numéros parus et index depuis 1999
- L'intégralité des articles publiés depuis 2000.



À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'Inpes qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'Inpes traitant cette thématique.

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Secrétaire de rédaction :

Marie-Frédérique Cormand

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**

<dired@inpes.sante.fr>

La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et

Nathalie Houzelle

<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>

Débats : **Éric Le Grand**

<ericgrand35@orange.fr>

Aide à l'action : **Florence Rostan**

<florence.rostan@inpes.sante.fr>

Études/Enquêtes : **François Beck**

<francois.beck@inpes.sante.fr>

International : **Jennifer Davies**

<jennifer.davies@inpes.sante.fr>

Éducation du patient : **Isabelle Vincent**

<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>

Cinésanté : **Michel Condé**

<michelconde@grignoux.be>

et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>

Lectures – Outils : Centre de documentation

<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (Inpes), **Jean-Christophe Azorin**

(Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Zinna Bessa** (direction générale

de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes

de la Loire), **Judith Benrekassa** (InVS), **Alain**

Douiller (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard**

(Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne),

Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxem-

bourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel**

Fouache (Codes de la Mayenne), **Annick**

Gardies (Inpes), **Philippe Guilbert** (Inpes), **Zoé**

Héritage (Réseau français des villes-santé de

l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi**

(Université Bordeaux-Segalen), **Éric Le Grand**

(conseiller), **Claire Méheust** (Inpes), **Colette**

Menard (Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de

l'Éducation nationale), **Jean-Marc Piton**

(Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**

Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abon-

nements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)

N°ISSN : 0151 1998

Dépôt légal : 3^e trimestre 2012

Tirage : 10 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

La Santé de l'homme : 1942-2012 70 ans d'éducation pour la santé

Éditorial. *La Santé de l'homme*, lieu d'échange et de débat

Thanh Le Luong 4

La Santé de l'homme : miroir d'une société en mouvement !

Éric le Grand 5

► Évolution de la promotion de la santé dans *La Santé de l'homme* : 1942-2012

Nutrition santé : entre permanence et questionnements

Michel Chauillac et Serge Herberg 9

« Une valorisation de nos activités et une tribune d'expression »

Entretien avec Antonia Dandé 12

La jeunesse au risque de l'alcool

Thierry Fillaut et Emmanuelle Le Berre 13

« Une revue de référence sur les sujets de promotion de la santé »

Entretien avec Marika Lefebvre 16

Retour sur les origines de *La Santé de l'homme*

Isabelle von Bueltzingsloewen 17

« Cette revue est au centre de mes préoccupations professionnelles »

Entretien avec Nadine Labaye-Prévoit 19

Les manières d'aborder les questions liées à la sexualité

Bruno Housseau et Yaëlle Amsellem-Mainguy 20

« Un espace de réflexion à préserver »

Entretien avec Roselyne Coppens 24

Les conseils prodigués aux parents de jeunes enfants

Bernadette Tillard 25

« Inspirer et soutenir la réflexion des acteurs francophones »

Entretien avec Marie-Claude Lamarre 28

Les questions liées à la santé mentale

Annick Fayard et Aude Caria 29

« Une source documentaire non négligeable »

Entretien avec Sabrina Fouinat 34

De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale

Marie-José Moquet 35

« Qu'elle garde son côté informatif et pratique »

Entretien avec Anne Sizaret 38

Éducation thérapeutique du patient, retour vers le futur

Brigitte Sandrin et Isabelle Vincent 39

« Un support de formation continue »

Entretien avec Flore Aumaître 43

Formation et diversité des professionnels en promotion de la santé : entre incantations et évolutions ?

Emmanuelle Hamel et Jeanine Pommier 44

Une histoire à quatre voix

Entretien avec François Baudier, Alain Douiller,
Bernadette Roussille, Yves Géry 47

Dossier coordonné par **Éric Le Grand**, sociologue, consultant en promotion de la santé, et **Marie-Frédérique Cormand**, secrétaire de rédaction au département des Éditions, Inpes.

Nous tenons à remercier pour leur accompagnement, aide et soutien tout au long de la construction de ce dossier : **Christine Ferron, Stéphane Tessier, Alain Douiller, Danielle Belpaume**, et pour leur relecture critique : **Claire Méheust, Laurence Noirot, Annick Gardies, Jean-Marc Piton**.



► Perspectives d'avenir pour la promotion de la santé

La promotion de la santé, levier de transformation de l'action publique

Antoine Gueniffey et Zinna Bessa 50

Promotion de la santé et économie politique

Philippe Guilbert 51

La santé par le bien-être et la qualité de vie

René Demeulemeester 53

La place de l'éducation à la santé à l'École

Entretien avec Nadine Neulat-Billard 54

Éthique et promotion de la santé. Lettre à *La Santé de l'homme* pour son 70^e anniversaire

Jean-Pierre Deschamps 55

Les conditions du « vivre »

Philippe Lecorps 56

La pratique en promotion de la santé en France

Éric Breton et Marion Porcherie 57

Frise chronologique : un siècle d'éducation pour la santé

Sandra Kerzanet 59

La Santé de l'homme, lieu d'échange et de débat

La Santé de l'homme accompagne l'éducation sanitaire, devenue éducation pour la santé, dans son évolution depuis 1942. Elle témoigne ainsi de son implantation durable en France. Revue historique, elle est aussi le reflet de notre société qui, en soixante-dix ans, a connu de nombreuses mutations, comme en témoignent les articles de la première partie de ce numéro.

D'abord revue associative du Centre national d'éducation sanitaire, puis du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), *La Santé de l'homme* est depuis dix ans publiée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), établissement public créé par la loi du 4 mars 2002. Un véritable tournant pour le champ et la pratique de l'éducation pour la santé, puisqu'il marque son intégration dans le système de santé en tant que priorité de la politique de santé publique et bien sûr comme service public.

Quels ont été les effets de cette transformation sur la revue ?

Tout d'abord, une accentuation très nette de certains thèmes abordés par *La Santé de l'homme* comme la diversité des milieux et des populations évoqués, l'ouverture vers des expériences internationales, mais aussi la diffusion des pratiques des acteurs en régions et la pluridisciplinarité des auteurs. Cette palette élargie participe ainsi à la fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé confiée à l'Institut.

La Santé de l'homme c'est aussi un outil reconnu de transfert des connaissances en direction de tous les

professionnels des champs éducatif, social et sanitaire. La revue a toujours occupé une place importante non seulement au niveau des comités d'éducation pour la santé, mais également auprès de l'ensemble des acteurs du milieu associatif, des services de la santé scolaire, des caisses d'assurance maladie, des mutuelles... Il suffit pour s'en rendre

compte de lire, dans ce dossier, les entretiens menés auprès de lecteurs de différents réseaux. Pour qu'elle leur soit plus facilement accessible, elle est désormais disponible en version papier et sur Internet.

Enfin, *La Santé de l'homme* reste un lieu de débat et de réflexion. La dernière partie de ce numéro illustre cet aspect en présentant les points de vue de plusieurs experts sur les perspectives en promotion de la santé. Ils abordent l'orientation des politiques publiques, la question de l'économie politique, les partenariats pour l'École, l'éthique et la promotion de la santé, le développement de la recherche et de l'évaluation...

Les analyses historiques et les mises en perspective des contributions de ce numéro spécial sont pour nous une pierre de plus à l'édifice de la prévention et de la promotion de la santé en France. Elles sont là pour participer au débat et aider à la réflexion des décideurs et des acteurs de la promotion de la santé. Comme elle a su le faire depuis soixante-dix ans, *La Santé de l'homme* continuera d'analyser les évolutions qui animent notre société et ne sont pas sans impact sur l'univers de la prévention en santé.

Thanh Le Luong
Directrice générale de l'Inpes

La Santé de l'homme : miroir d'une société en mouvement !

Éric Le Grand invite à feuilleter soixante-dix ans d'archives de *La Santé de l'homme*. Revue historique, elle a accompagné les mutations de la société française : disparition progressive du monde rural, transformation des modes de production, montée de l'individualisme, modification des rapports familiaux et des modèles éducatifs. En corollaire, l'éducation pour la santé s'inscrit dans cette dynamique, passant d'un modèle d'éducation « hygiéniste » à un modèle d'éducation pour la santé favorisant le développement de capacités individuelles et d'actions sur l'environnement.

En avril 1942, la revue *La Santé de l'homme* était créée ; son fondateur, le docteur Pierre Delore, définissait ainsi les objectifs de cette revue d'éducation pour la santé, que l'on appelait alors « éducation sanitaire » : « Parler de santé beaucoup plus que de la maladie ; montrer comment la santé se conserve, beaucoup plus que comment la maladie se guérit ; exposer les lois de la vie saine ; s'occuper d'abord de l'état normal ; parler du terrain humain plus que du microbe et substituer à la peur de celui-ci la confiance raisonnée dans la résistance d'un organisme bien équilibré ; bref, développer une mentalité de santé... tels sont nos buts. Nous donnons ici une définition très large, santé de l'intelligence, santé de la conscience morale, santé de l'âme » (1).

Entre cette date et avril 2012, pas moins de 418 numéros ont été publiés, successivement par le Centre national d'éducation sanitaire, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), puis par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Cette longévité montre – outre la qualité de la revue (voir dans ce numéro les entretiens avec différents



acteurs) – l'implantation durable de l'éducation pour la santé en France. De la petite enfance aux aînés, en passant par les migrants, les personnes en situation de précarité, la santé des mineurs (le métier), des addictions à l'*empowerment*, de l'éthique à la recherche et à la formation, de la précarité aux inégalités sociales de santé, peu de domaines et de populations n'ont pas pris place dans la revue.

Feuilleter cette publication est donc un formidable voyage dans le temps, où se mesurent les évolutions de la société française (dans ses aspects culturels, économiques, sociaux, politiques), de la santé publique (organisation du système de santé, place de la sécurité sociale) et de l'éducation pour la santé (passage d'un modèle d'éducation sanitaire à une démarche de promotion de la santé).

Cet article propose d'analyser, du point de vue du sociologue et de l'éducateur pour la santé, quelques

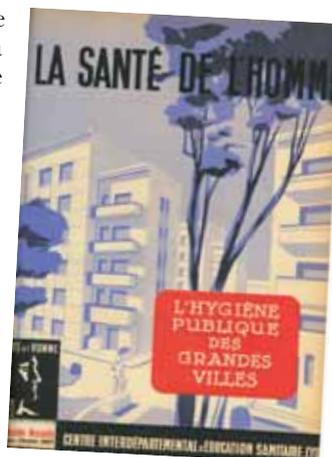
points qui sont aussi des pistes pour des travaux futurs. Il ne vise cependant pas à l'exhaustivité des thèmes, mais à une incitation à ouvrir le débat.

La transformation de la société

La première lecture de la revue concerne les mutations de la société française entre 1942 et 2012, avec notamment le passage d'une société agricole et rurale à une société urbaine et industrielle.

Entre août 1946 et avril 1950, quatre numéros sont consacrés à cette thématique : « Hygiène rurale » (n° 37, juillet-août 1946) ; « Secourisme rural » (n° 43, juin-juillet 1947) ; « L'homme et le sol » (n° 46, janvier-mars 1948) ; « Le jardin, la fleur et l'homme » (n° 59, mars-avril 1950). En parallèle, on constate l'émergence du milieu urbain avec deux dossiers traitant ce sujet : « Hygiène sociale des grandes villes » (n° 38, septembre-octobre 1946) ; « L'hygiène publique des grandes villes » (n° 40, janvier-février 1947).

Entre 1954 et 1960, les problématiques relevant de chacun de ces milieux sont abordées : en avril 1954, « Problèmes de vie rurale » et, en 1961, « Problèmes d'hygiène et de santé en milieu urbain » (nos 120 et 121, problèmes de pollution, d'eau, d'hébergement, d'hygiène). Pour autant, le milieu rural





traité sous la forme de dossier ne réapparaîtra qu'en... octobre 2006 sous le titre de « Ruralité et santé ». La prédominance du milieu urbain s'est accentuée au cours des cinquante dernières années, avec comme point d'ancrage le numéro intitulé « L'Homme dans la cité » en 1967. La France passe alors d'un monde de tradition rurale à un monde urbanisé, marqué par deux numéros : « Santé et industrie » et « La vitesse et l'homme ». Cette transition non pas épidémiologique mais culturelle et sociale marque la désertification des campagnes et, par la suite, le développement de problématiques rurales dont l'une des questions centrales reste aujourd'hui l'accessibilité à la prévention et aux soins.

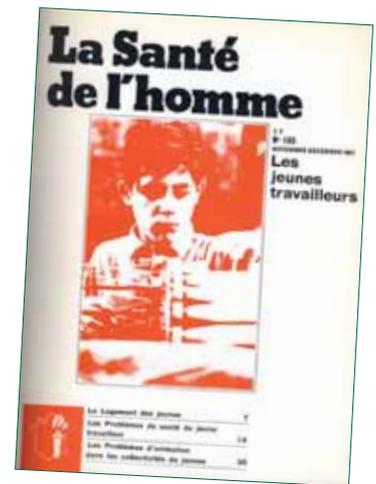
Avec la question de l'essor économique, perceptible dès 1960 et qui s'accroît dans les années 1970, on voit apparaître une classe d'âge et de catégorie sociale : la jeunesse¹. Si, sous l'effet de la démocratisation de l'enseignement et des événements de 1968, les étudiants se rendent visibles, les jeunes travailleurs – sous l'effet notamment de l'industrialisation – constituent un deuxième groupe identifié. *La Santé de l'homme* leur consacre un numéro en novembre 1967, intitulé « Les jeunes travailleurs ». Sur 7 millions de jeunes de 15 à 25 ans, 3 millions travaillent. La moitié de cette population active n'a pas 18 ans. Chaque année, 650 000 jeunes s'insèrent dans le monde du travail². Cette transition vers le monde du travail s'accompagne, selon le Dr Nicolas (2), de nombreux « traumatismes » : modification des horaires impactant le sommeil et rythmes physiques (le passage à la station debout),

traumatisme social/perde du statut d'enfant, confrontation parfois concurrentielle avec des adultes plus ou moins accueillants, indifférents ou hostiles, perte des idéaux liés à la jeunesse et perte de tout désir de promotion sociale pour les plus faiblement qualifiés.

Les auteurs constatent des fragilités dues à l'isolement et parlent alors des « déportés » du travail. Isolement social car parmi les 500 000 à 700 000 jeunes travailleurs, un sur cinq vit seul, et isolement imposé aussi pour les jeunes issus du milieu rural : « *Ces migrants devront aborder le difficile passage commun à tous les jeunes travailleurs avec la sommation des handicaps d'un plus jeune âge (arrêt précoce des études), d'une absence de préparation professionnelle (d'où des difficultés accrues à l'accommodation au travail), d'un budget médiocre du fait de l'âge et de la moindre qualification, et d'un bouleversement profond du mode de vie (perte du milieu familial, plongeon dans l'inconnu du milieu urbain)* » (2).

Ils s'interrogent aussi sur l'avenir de cette jeunesse : « *La prise de conscience du problème est impérative devant l'accroissement de la mobilité de l'emploi et le nouvel aspect sociodémographique ; augmentation du volume des jeunes classes, reconversion du monde rural. L'ignorer provoquerait un dangereux clivage entre le système économique qui naît et le moteur humain qui doit l'animer.* »

Cette prise de conscience par les politiques publiques de cette jeunesse « sous-qualifiée » restera insuffisante, malgré le rapport Schwartz : « L'insertion professionnelle et sociale des jeunes », paru en 1981, qui a donné notamment naissance aux missions locales. Cette jeunesse est évoquée de nouveau dans le numéro « Jeunes et insertion : la santé en question », de décembre 2009, dont les auteurs (médecin, conseiller en mission locale, psychologue) montrent dans leur constat d'étranges similitudes avec les propos tenus en... 1967.



La famille

D'avril 1942 jusqu'au numéro d'octobre 1967, « La famille d'aujourd'hui dans la société moderne », le modèle familial proposé se réfère à la famille « nucléaire », fondée sur le mariage ; et les rôles sociaux entre l'homme et la femme sont fortement marqués. Ainsi, la femme s'occupe tant de l'éducation des enfants (santé comprise) que des tâches domestiques, comme l'illustre les titres sans équivoque des dossiers parus en avril 1946 et avril 1949 : « L'hygiène ménagère » ; « L'enseignement ménager ». La fin des années 1960 puis celle des années 1970 marquent le déclin de ce modèle familial qui, s'il est toujours présent, cohabite avec d'autres formes familiales (familles monoparentales, familles recomposées...) (3).

En 1999, l'éditorial du philosophe Bruno Ribes, pour le numéro « Portrait de famille », titré « La famille, cette inconnue », illustre bien les questions posant les nouvelles formes de famille et de relations familiales. Le numéro met aussi en avant – pour la première fois – le terme de « parentalité ». En effet, la diversité des formes familiales pose la question de la prédominance de la réalité biologique qui fondait la famille – la parenté – et interroge le rôle que peuvent tenir les parents biologiques, sociaux, les beaux-parents... Sans entrer ici dans les débats controversés sur le terme de « parentalité », il interroge aussi sur les compétences « nécessaires » pour être parents et sur le rôle que



doivent avoir les parents (sociaux, biologiques) dans le champ de l'éducation pour la santé.

En effet, alors que le rôle d'éducation pour la santé était « traditionnellement » dédié aux femmes³, qu'en est-il aujourd'hui ? Les hommes partagent-ils aussi cet aspect au nom de l'égalitarisme ? Dernière question, que soulève aussi Bernadette Tillard dans un dossier de 2003, « Santé des enfants : la place des parents » : « *Ne sommes-nous pas – à partir d'exigences de la société en direction des enfants – en train de renforcer la culpabilité des parents les plus démunis, tandis que nous prenons simplement acte de la difficulté collective d'assurer aux adultes les moyens d'une subsistance correcte pour qu'ils puissent mener à bien leurs projets familiaux ?* » (4).

Thèmes et populations

Bien que le choix des thèmes de dossier soit lié bien souvent au contexte sanitaire et social d'une époque (« La santé des rapatriés », « Développement durable et promotion de la santé »), ou aux avancées des réflexions sur l'éducation pour la santé (« La démarche communautaire en santé, un état d'esprit »⁴, « Empowerment et santé mentale »), il apparaît que certains thèmes se retrouvent de manière continue. Nous pouvons citer : l'alcool, le tabac, l'alimentation, la sexualité, la santé mentale. Cependant, chacun d'eux a aussi évolué au cours du temps, comme le montrent les auteurs de ce numéro 420.

Une autre lecture des dossiers est de croiser une approche populationnelle et un lieu « d'exercice » de l'éducation pour la santé. Certains lieux sont faiblement représentés, comme le milieu carcéral (deux numéros⁵), les centres de loisirs (cinq numéros⁶), tandis que d'autres sont largement investis comme le milieu scolaire. Il n'existe pas un seul numéro qui n'ait évoqué, en dossier central ou dans l'une de ses rubriques, le nécessaire développement d'actions d'éducation pour la santé à l'École (de la maternelle au lycée).

Ce lien fort entre milieu scolaire et éducation pour la santé s'inscrit dès avril 1942, en mettant en avant le rôle prépondérant de l'instituteur et du médecin scolaire. Le rôle de ce dernier s'inscrit tant dans le développement de conseils d'hygiène que dans l'orienta-

tion future de l'enfant. Comme le souligne Pierre Delore dans le numéro de juillet-août 1943 : « *Dans le monde de demain, le Médecin sera d'abord un éducateur et un conseiller de santé et l'Instituteur sera son principal collaborateur* » (5).

Depuis cette déclaration, l'éducation pour la santé a légitimé sa place au sein de l'École, au travers des textes officiels, comme l'a retracé Nelly Leselbaum, enseignante-chercheur en sciences de l'éducation (6), et l'évoque dans ce numéro Nadine Neulat, chef du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité à la Direction générale de l'enseignement scolaire. Cependant, une question demeure : alors que le créateur de la revue appelait l'ensemble des lieux d'éducation et de socialisation de l'enfant et du jeune (foyer parental, centres de loisirs, associations culturelles, associations sportives, etc.) à développer l'éducation pour la santé, pourquoi celle-ci s'est-elle principalement ancrée en milieu scolaire ?

Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé ou la diversité des auteurs...

En mai 2005, le numéro 377 était consacré aux apports de différents chercheurs en sciences humaines (psychologue, anthropologue, sociologue) et en sciences de l'éducation, dans le champ de l'éducation pour la santé. Certaines questions posées par les coordonnateurs du dossier pourraient sans contexte constituer l'objet de plusieurs numéros. « *Où l'éducation pour la santé prend-elle ses sources sur le plan théorique ? De quelles disciplines s'inspire-t-elle ? Quelles sont ses racines idéologiques ? En effet, partant des préceptes religieux, puis de l'hygiène rigoriste, l'éducation pour la santé a poursuivi son chemin vers la libération des esprits, glanant de ci de là des concepts utiles et opératoires dans telle ou telle science reconnue ou dans telle opinion politique. Il s'agit donc bien d'un carrefour, d'un "bricolage" au sens de Lévi-Strauss, où les dogmes s'entremêlent pour répondre aux objectifs des acteurs* » (7).



Ce numéro illustre très bien l'évolution de l'éducation pour la santé et la diversification des auteurs. En effet, jusqu'à la fin des années 1970, la revue est encore très marquée par une approche biomédicale et les auteurs sont encore fréquemment des professionnels de santé. Cet aspect se retrouve marqué par l'intitulé de certains dossiers : « L'hygiène des pieds », « Le dos », « La dialyse », « La vue », etc. L'intérêt porté à la connaissance des déterminants sociaux agissant sur la santé, faisant écho à la charte d'Ottawa en 1986, puis la prise en compte des représentations de la santé des populations, ont amené à une diversification des auteurs. Ainsi, chaque dossier, depuis les années 1980, est construit avec l'apport de géographes, philosophes, etc.

Si cette dynamique se poursuit encore aujourd'hui, deux observations peuvent être faites. La première concerne la disparition progressive dans les numéros de l'expression d'hommes politiques. Entre les années 1940 et les années 1980, il n'était pas rare de voir s'exprimer différents ministres ou secrétaires d'État concernés par une thématique du dossier (santé, logement, jeunesse...). Au moment où la lutte contre les inégalités sociales de santé et le plaidoyer politique pour la promotion de

la santé dominant le débat public, il pourrait être opportun de réinscrire cette dynamique. La seconde observation porte, au travers de la revue, sur le peu



de distance critique envers « l'idéologie » de l'éducation pour la santé. Si, depuis sa création, *La Santé de l'homme* propose les contours méthodologiques nécessaires au développement d'actions de « qualité », le sens même de l'éducation pour la santé est rarement interrogé. Il est bien ici question d'une éthique de l'action et il est important de s'interroger sur l'idéologie actuelle de l'éducation pour la santé. En effet, sous les termes d'éducation pour la santé et de promotion d'un bien-être, ne se cache-t-il pas une certaine forme d'hygiénisme et de développement d'un contrôle social envers les populations ? Tout un courant de pensée – Didier Fassin, Luc Berlivet (8), Florence Motrot (9) et, sur la question des jeunes, Patrick Perretti-Watel (10) – montre les dangers d'une éducation pour la santé se centrant uniquement sur l'individu. C'est cette tension entre focalisation sur les comportements individuels et prise en compte des déterminants de santé qui pose la base des enjeux futurs de l'éducation pour la santé.

L'avenir de La Santé de l'homme et de l'éducation pour la santé

L'histoire de la revue *La Santé de l'homme* reflète les mutations de la société française : disparition progressive du monde rural, transformation des modes de production, montée de l'individualisme, passage des Trente Glorieuses à une société en crise, modification des rapports familiaux, des rapports parents-enfant, mutation des modèles éducatifs. En corollaire, l'éducation pour la santé s'inscrit dans cette dynamique, passant progressivement d'un modèle d'éducation « hygiéniste » à un modèle d'éducation pour la santé posant celle-ci comme une ressource et favorisant le développement de capacités individuelles et d'actions sur l'environnement.

Ainsi, comme le soulignait Bernadette Roussille pour les soixante ans de la revue en 2002 : « *Champ et pratique au confluent de plusieurs disciplines (médecine, épidémiologie, pédagogie, sociologie, psychologie, communication, etc.), l'éducation pour la santé est étroitement liée au contexte général de la société et à la politique de santé, tant au plan de sa philosophie de base et de ses concepts que de son organisation et de ses outils* » (11). De fait, l'éducation pour la santé s'imprègne de l'évolution des modèles éducatifs, qui ont eux-mêmes

évolué au regard des modifications sociétales, de l'avancée des sciences sociales, cognitives, éducatives... et de l'émergence de la notion d'individu (12). La présentation dans ce même article des périodes 1945-1972 (information et éducation sanitaire), 1972-1982 (approche pédagogique et responsabilisation de l'individu) et 1982-2002 (responsabilisation individuelle et implication collective) montre tant l'évolution de ce champ encore parfois mal compris que l'évolution de la société. La période 2002-2012 a vu en quelque sorte l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé en lui offrant une plus grande visibilité : création de l'Inpes, développement des schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps) et des pôles de compétences. Pour autant, cette prise en compte reste encore circonscrite aux politiques de santé, alors que la promotion de la santé telle que la charte d'Ottawa l'a précisée est multisectorielle, transversale, fondée tant sur l'action politique, collective, communautaire que sur l'individuel (13, 14) (voir aussi dans ce dossier les points de vue p. 50-58).

Il reste donc encore de nombreuses pages à écrire dans *La Santé de l'homme*, qui doivent refléter une plus forte prise en compte politique, sociale,

culturelle et éducative de la promotion de la santé en France et de l'application du préambule de la charte d'Ottawa : paix, abri, revenus et nourriture. Si, en 1942, Pierre Delore indiquait que « *servir la cause de la santé publique, c'est servir la cause de la France* », pour un futur proche, j'emprunterais les mots de Jonathan Mann : « *Croyons-nous que le monde puisse changer ?* » (15).

Éric Le Grand

Sociologue, consultant en promotion de la santé.

1. Pour une perspective historique de la jeunesse au travers de *La Santé de l'homme*. Lire l'article « *Quand la santé des jeunes m'était contée ! La jeunesse dans la revue La Santé de l'homme* ». Éric Le Grand, *Agora Débats/Jeunesses*, 2010, n° 54 : p. 61-73, dont certains propos sont repris dans ce texte.

2. Les chiffres sont issus du numéro.

3. Voir à cet effet les différents conseils donnés aux mères de famille dans les numéros de *La Santé de l'homme*.

4. Bien qu'un autre numéro datant de novembre-décembre 1968, le n° 159, ait traité de ce thème sous le titre « *Promotion et participation* ».

5. *Prisons et prisonniers [dossier]*. *La Santé de l'homme*, mars-avril 1953, n° 77 : p. 33-64. *Santé et milieu carcéral [dossier]*. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1995, n° 315 : p. 13-44.

6. « *Des loisirs sains* », mars 1945 ; « *Colonies de vacances* », mai 1947 et mai 1953 ; « *La sécurité collective* », juillet 1970, que l'on ne retrouvera évoquée qu'en... janvier-février 2010 sous le titre « *Éducation populaire et éducation pour la santé* ».

► Références bibliographiques

- (1) Delore P. Présentation. *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 1.
- (2) Nicolas A. Les jeunes travailleurs. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1967, n° 153 : p. 5-7.
- (3) Pour les évolutions de la famille en France, voir Singly (de) F. *Sociologie de la famille contemporaine*. Paris : Armand Colin, coll. Domaines et approches, 2010, 4^e éd. : 128 p. et Ségalen M. *Sociologie de la famille*. Paris : Armand Colin, coll. U, 2010, 7^e éd. : 367 p.
- (4) Tillard B. Qu'entend-on par parentalité ? *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2003, n° 367 : p. 10.
- (5) Delore P. Aux instituteurs d'abord. *La Santé de l'homme*, juillet-août 1943, n° 15 : p. 1.
- (6) Leselbaum N. L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels. *La santé de l'homme*, décembre 2002, n° 362 : p. 30-31.
- (7) Ferron C., Tessier S. Expliciter les fondements théoriques des actions d'éducation pour la santé : un enjeu pour leur développement. *La Santé de l'homme*, mai 2005, n° 377 : p. 15.
- (8) Berlivet L. Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de

- prévention. In : Fassin D., Memmi D. *Le gouvernement des corps*. Paris : EHESS, coll. Cas de figure, 2004 : p. 37-77.
- (9) Motrot F. Cinq fruits et légumes ! *Sciences humaines*, 2008, n° 195 : p. 46-47.
- (10) Patrick Perretti-Watel P. Morale, stigmata et prévention. La prévention des conduites à risques juvéniles. *Agora Débats/Jeunesse*, 2010, n° 56 : p. 73-85.
- (11) Roussille B. Soixante ans d'éducation pour la santé en France. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2002, n° 362 : p. 14.
- (12) Le Grand É. Émile, Pierre, Raymond, Michel... et les autres. Les apports des sociologues à l'éducation pour la santé. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2005, n° 377 : p. 28-30.
- (13) Dix ans au service de la promotion de la santé [dossier]. *La Santé de l'homme*, mars-avril 1986, n° 262 : p. 15-30.
- (14) Cherubini B. *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?* Toulouse : Erès, coll. Action santé, 2011 : 224 p.
- (15) Mann J. *Santé publique : éthique et droits de la personne*. *Santé publique*, 1998, vol. 10, n° 3 : p. 239-250.

Nutrition santé : entre permanence et questionnements

À partir des articles de *La Santé de l'homme*, Michel Chauliac et Serge Hercberg montrent comment les évolutions et les débats qui ont animé le champ de la nutrition santé ont pu aboutir à la mise en place d'une véritable politique nutritionnelle.

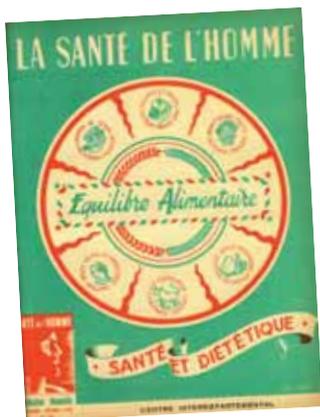
En janvier 2001, une ambitieuse politique nationale de nutrition a été lancée au travers du Programme national nutrition santé (PNNS), dont le 3^e volet quinquennal est actuellement en cours, s'inscrivant, depuis 2010, dans le Code de la santé publique. Cet aspect législatif garantit ainsi le prolongement de ce programme sur le long terme, élément positif pour la réussite d'une politique nutritionnelle de santé publique qui nécessite une continuité couplée à une cohérence des actions mises en place.

Cette politique nutritionnelle est l'aboutissement d'un débat dont *La Santé de l'homme* a servi de caisse de résonance depuis sa première édition en 1942, et que caractérisent de multiples mots clés :

Alimentation/activité physique, plurisectorialité/coordination, culture/plaisir/diversité, promotion/prévention/dépistage/prise en charge, objectifs nutritionnels/repères nutritionnels, action locale/mobilisation des acteurs/mutualisation/diffusion des bonnes pratiques, expertise/recherche/expérimentation/évaluation, inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition, surcharge/obésité/dénutrition, qualité nutritionnelle/offre alimentaire/offre d'activité physique, connaissances/attitudes/comportements collectifs et individuels, professionnels/bénévoles, agences/associations/collectivités territoriales, information/éducation/communication/médias/publicité, restauration scolaire/collective/aide alimentaire, formation initiale/continue.

La période pionnière

Dès 1949, *La Santé de l'homme* proposait un numéro largement axé sur la question de la nutrition santé (1). Les décennies suivantes ont apporté leur contribution à la réflexion générale avec des numéros thématiques en 1955, 1962, 1978, 2004 et 2009 (2).



La nutrition est ainsi un fil conducteur qui n'a jamais quitté l'actualité de *La Santé de l'homme* grâce aux travaux de scientifiques précurseurs qui ont compté dans l'émergence de la discipline et la sensibilisation à sa prise en compte dans les déterminants majeurs de la santé. Nous pensons particulièrement à Jean Trémolières et Henri Dupin¹ qui ont apporté

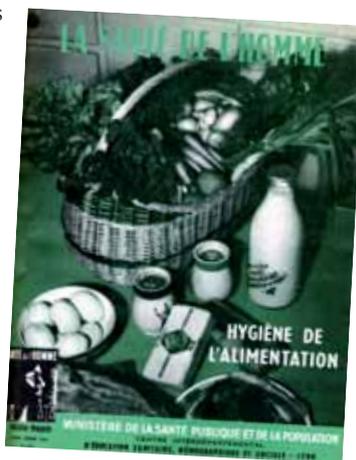
à ce thème sa dimension pluridisciplinaire, inscrivant le volet biologique dans une dimension humaine et culturelle ; à Jean Claudian² qui a su mettre en perspective, dans une vision historique et mondiale, l'état de l'alimentation dans les sociétés occidentales à un moment où les pays nouvellement indépendants d'Afrique devaient affronter la question de la malnutrition qui demeurerait occultée dans les politiques économiques mondiales. Nous pensons aussi à Yvonne Serville de l'Institut national d'hygiène, qui a tant œuvré pour proposer, dans ses

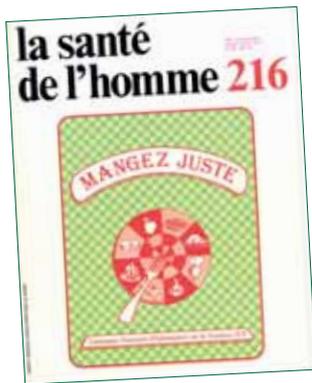
nombreux écrits, des options pratiques afin de rendre la science nutritionnelle plus concrète. C'est aussi Simone Veil, ministre de la Santé, qui, en 1979, pour appuyer une campagne nationale d'information sur la nutrition, titre son éditorial : « Pour réconcilier santé et plaisir de la table » (3). On pourrait aussi mentionner ceux qui, durant les trente dernières années, ont su tisser le lien entre la science nutritionnelle et les professionnels de la santé publique et de la promotion de la santé : M. Danzon, G. Debry, F. Baudier, M. Astier Dumas, A.-M. Dartois... et beaucoup d'autres, trop nombreux pour être cités, qui ont rapporté leurs expériences et permis la progression de la réflexion.

Classer les aliments, donner des repères

Dès 1949, après la Seconde Guerre mondiale, époque où les questions majeures étaient celles des risques de carence et des problèmes d'hygiène alimentaire, apparaît la notion de la structuration des groupes d'aliments et des recommandations de leur consommation pour un bon équilibre nutritionnel. Au vu des connaissances sur les besoins en divers nutriments : « Si l'on

veut construire une ration à partir des tables de composition des aliments [...], l'on a à faire un gros travail pour lequel une machine à calculer dans la cuisine ne serait pas inutile » (4). Six groupes sont alors mis en avant et quelques repères proposés : le poisson, la viande, la charcuterie (100 g par jour et un demi-œuf par jour)





avec les légumes secs joints à ce groupe (deux fois par semaine) ; les produits laitiers (deux verres de lait pasteurisé et une portion de fromage par jour) ; le pain et les céréales (selon l'appétit des consommateurs) ; le beurre (sur le pain et 125 g par semaine) et les graisses – huile, margarine et saindoux – (une demi-livre par semaine) ; les fruits et légumes frais « *qu'un préjugé tenace considère comme bien chers et peu nourrissants* » (deux plats par jour) ; les fruits et légumes cuits, y compris les pommes de terre (deux plats par jour). Le sucre est considéré séparément (« *l'excès de sucre et de confiserie est nocif pour les enfants* »).

Ces quelques extraits illustrent une certaine continuité avec les recommandations actuelles mais aussi la difficulté pour la nutrition du XXI^e siècle de prendre en compte la réalité de l'évolution de l'offre alimentaire. L'offre d'aliments bruts à cuisiner est désormais très largement minoritaire et la composition des alimentations s'est, quant à elle, radicalement modifiée. En 1949, il était question de 400 g de pain ; les boissons sucrées et les produits gras et sucrés étaient absents du paysage nutritionnel. Face à ce bouleversement radical, la question d'élaborer des « profils nutritionnels » pour mieux caractériser l'offre nouvelle demeure toujours un sujet de controverse entre scientifiques et industriels de l'agroalimentaire.

Plaisir et alimentation

Dès 1949, la revue mettait l'accent sur l'organisation de la cuisine, de la table et du repas afin de rendre les moments de consommation agréables et conviviaux tout en assurant une hygiène satisfaisante. En 1955, on peut lire : « *Ce bref rappel : la cuisine doit être appétissante, la hâte des repas évitée, la gaieté est de mise pendant le manger, et enfin que quelques fleurs soient présentées sur votre table, même de modestes fleurs des champs* » (5). Le sujet est aussi approfondi en 1983 : « *s'asseoir à une table pour manger est un acte riche de sens, de souvenirs, d'émotions, de symboles*

culturels. Le conseil nutritionnel devrait toujours tenir compte de cette évidence pour répondre à des besoins individuels ou collectifs particuliers » (6). Si, avant les années 2000, la dimension hédonique et conviviale reste peu évoquée, Simone Veil conclut en 1979 à propos d'un petit livre publié dans *La Santé de l'homme* : « *Ce recueil de conseils simples et de bon sens a pour but non d'assombrir de tristes régimes le moment privilégié des repas mais de réconcilier santé et plaisir de la table* » (7).

Aujourd'hui, ce sujet résonne encore comme un enjeu majeur pour les acteurs de santé publique : communiquer sur une nutrition santé qui repose sur une alimentation qui flatte les papilles et contribue à la découverte des saveurs et à la vie. Démontrer que santé et plaisir ne sont pas incompatibles. Mais le mot « plaisir » dans l'alimentation est, aujourd'hui, largement instrumentalisé. Il a été, en effet, assimilé à la saveur sucrée, au détriment de la variété des saveurs d'une gastronomie qui fait la fierté des Français et qui se révèle beaucoup plus en harmonie avec les options de la santé. Le domaine de la valorisation des goûts est un champ que les professionnels de la promotion de la santé doivent investir fortement et ne pas laisser au domaine de la communication commerciale.

École et nutrition

L'École est un trait d'union de toutes les époques traversées par *La Santé de l'homme*. Il s'agit d'un lieu d'intervention privilégié pour atteindre chaque enfant, comme citoyen et consommateur en devenir mais aussi comme prescripteur familial. La question de l'alimentation des écoliers est posée, dès 1955, dans la revue (8). La distribution du lait à l'école est un sujet positif dans les années 1950 et la responsabilité de la cantine scolaire demeure un sujet de perpétuel débat durant toutes ces décennies. Les années 1990 ont vu l'émergence d'une préoccupation quant au petit déjeuner des enfants. On sait depuis que ce sujet a été surévalué, compte tenu de la réalité des comportements de l'immense majorité

des jeunes enfants en France. En 1994, *La Santé de l'homme* dans son n° 312 mettait en avant l'initiative nationale d'une célèbre marque de produits de petits déjeuners. Dans un dossier spécifique, en 2004, lors du débat parlementaire sur les distributeurs payants à l'école, Martin Hirsch, alors directeur de l'Afssa, clamait : « *il faut lutter contre l'incitation alimentaire permanente.* »

La mise en œuvre récente d'une réglementation nationale sur la question de la qualité nutritionnelle des repas en restauration scolaire donne le cadre nécessaire. La réglementation joue alors son rôle pour garantir à tous la qualité de l'alimentation pour une santé optimale. La question gustative peut être traitée localement dans un dialogue entre gestionnaires, enfants et parents.

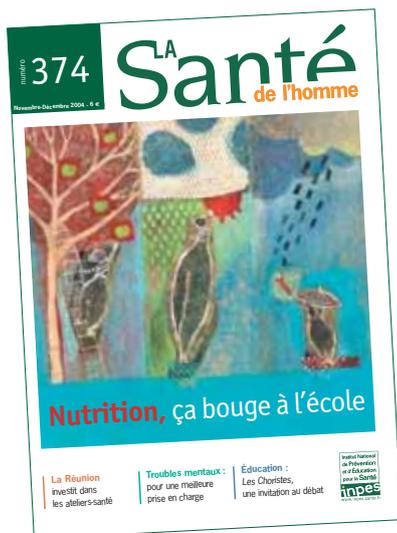
Activité physique

Il est difficile de déterminer si un lien entre activité physique et nutrition a été réellement mis en avant dans la revue avant l'émergence du PNNS en 2001. C'est à l'occasion de la mise en place de ce programme que le mot nutrition a été présenté dans une acception moderne intégrant la dimension de l'activité physique, à côté de celle de l'alimentation. Depuis, ce domaine s'est imposé et a été intégré dans les stratégies d'intervention en santé publique. Un repère nutritionnel spécifique lui est consacré dans les recommandations du PNNS pour le grand public. *La Santé de l'homme* s'est fait l'écho de la stratégie « Icaps » (9), ouvrant en nutrition le pont entre recherche, recherche expérimentale, extension, diffusion pour les interventions locales.

Suralimentation et pathologies liées à la nutrition

En 1955, J. Trémolières concluait : « *Après avoir été le secret désir de la plus grande partie de l'humanité pendant des siècles, la suralimentation est devenue l'un des grands dangers de notre civilisation* » (10). Les avancées scientifiques sur la compréhension des mécanismes et des déterminants des liens entre excès et pathologies « de civilisation » allaient dès





lors être régulièrement débattues. En 1981, le lien entre consommation de sel et hypertension artérielle est évoqué et le rôle de la génétique mis en avant : « Faudrait-il alors réduire la ration de toute la population ? », « mais alors que deviendra la gastronomie ? » (11). C'est de la confrontation entre spécialistes de l'hypertension artérielle et producteurs de sel que sont attendues les bases d'une politique de santé publique qui « permettrait de concilier intérêts économiques et santé ». *La Santé de l'homme* pourrait-elle, en 2012, publier ces phrases ? Après cette publication, plus de vingt années ont été nécessaires à

l'émergence d'une vraie prise en compte de la question par la santé publique.

En 1962, le « modèle alimentaire français » est débattu, avec l'urbanisation croissante, les transports et l'évolution des rythmes de travail. L'information et l'éducation s'orientent alors vers la prévention des excès en s'efforçant de donner aux citoyens des clés pour mieux choisir. L'obésité comme thème spécifique semble faire son apparition en 1981, dans le n° 232, où d'emblée la question est abordée sous l'angle de « la mode, (qui) amplifiée parfois de manière excessive par les médias, est à la minceur » (12). Et la question de ce qu'il est convenu d'appeler le « diktat des régimes » apparaît en 1985 (n° 258), puis revient en 1988 (n° 275) et est depuis régulièrement dénoncé.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de mentionner une courte période où la publicité commerciale a été présente dans *La Santé de l'homme*. Ainsi, en 1962, le numéro spécial alimentation était accompagné de promotions d'une marque de sodas sucrés, de bière, d'eaux, de yaourts nature et sucrés, de charcuteries, du Comité national de propagande pour la consommation de poisson, pour l'huile de palme et d'une promotion du pain signée par les scien-

tifiques et le président de la Confédération nationale de la boulangerie française.

Conclusion

On sait combien la question nutritionnelle est loin d'être résolue, tant sur le plan scientifique où la compréhension des mécanismes des relations entre la nutrition et la santé progresse de façon constante et rapide que sur le plan de la mise en œuvre des stratégies d'intervention qui n'ont à ce stade que ralenti en France la progression du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Les inégalités sociales de santé dans le domaine de la nutrition s'imposent comme un des défis majeurs pour la politique de santé publique et *La Santé de l'homme* s'en est fait l'écho durant les années 2000. Les limites de la seule information nutritionnelle pour réduire les inégalités sociales de santé sont reconnues. Le PNNS a ainsi contribué à positionner les stratégies d'intervention non plus seulement sur la simple responsabilité individuelle stimulée par une information-éducation visant au développement de comportements rationnels, mais bien sur la responsabilité collective où l'offre alimentaire, et notamment sa qualité nutritionnelle, joue un rôle crucial pour la santé. Les citoyens consommateurs, le monde associatif, les scientifiques sont alors les nécessaires aiguillons du développement d'une politique volontariste qui puisse peser sur l'offre. C'est sans doute l'évolution majeure pour le futur que nous livre ici l'analyse du passé.



► Références bibliographiques

(1) Santé et diététique. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 1949, n° 56 : p. 129-160.
 (2) Hygiène de l'alimentation. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1955, n° 87 : p.1-28 ; Les problèmes de l'alimentation. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1962, n° 124 : p. 5-26 ; Manger juste. *La Santé de l'homme*, juillet-août 1978, n° 216 : p. 14-36 ; Nutrition, ça bouge à l'école. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2004, n° 374 : p. 17-47 ; Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2009, n° 402 : p. 11-42.
 (3) Veil S. Pour réconcilier santé et plaisir de la table. *La Santé de l'homme*, mars-avril 1979, n° 220 : p. 17.
 (4) Bayle J. Données sur les bases théoriques de l'alimentation. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 1949, n° 56 : p. 134.
 (5) Delore P. Hygiène alimentaire. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1955, n° 87 : p. 1.
 (6) Thonnat N. Manger, acte riche de sens. *La*

Santé de l'homme, janvier-février 1983, n° 243 : p. 28.
 (7) Campagne nationale d'information sur la nutrition 1979, dossier n° 11. Le Guide « Que vais-je faire à manger aujourd'hui ». *La Santé de l'homme*, mars-avril 1979, n° 220 : p. 16-25.
 (8) Sutter J. Considérations éducatives sur l'alimentation des écoliers. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1955, n° 87 : p. 5-6.
 (9) Simon C., Schweitzer B., Platat C., Tribay E. En Alsace, les collégiens vivement incités à s'activer. *La Santé de l'homme*, janvier-février 2007, n° 387 : p. 37-39.
 (10) Trémollières J. Une maladie : la suralimentation. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1955, n° 87 : p. 13.
 (11) Sel et santé : rapports hypertendus. *La Santé de l'homme*, mars-avril 1981, n° 231 : p. 23.
 (12) Savy J. L'obésité juvénile. *La Santé de l'homme*, mai-juin 1981, n° 232 : p. 17.

Michel Chauillac

Médecin de santé publique, direction générale de la Santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris,

Serge Herberg

PU-PH, Unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle, Université Paris XIII Sorbonne, Paris Cité.

1. Tous deux professeurs au Conservatoire national des arts et métiers, titulaires de la chaire de biologie humaine successivement.
 2. Membre de la FAO (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture).

ENTRETIEN AVEC...

Antonia Dandé, chargée de projets à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Languedoc-Roussillon

« Une valorisation de nos activités et une tribune d'expression »

Que représente, pour vous, *La Santé de l'homme* ?

Antonia Dandé : C'est un outil de travail, une source d'inspiration. En fait, *La Santé de l'homme* revêt deux aspects : la valorisation des activités menées dans nos structures, d'une part, et une tribune d'expression, d'autre part. Pas dans un sens politique, bien sûr, mais dans un sens technique, pratique et méthodologique. Pour un chargé de projets dans le réseau des comités ou dans n'importe quelle structure du champ de la promotion de la santé, *La Santé de l'homme* est d'abord un support que nous allons utiliser quand nous menons un projet. Nous allons nous en servir pour voir ce qui se fait ailleurs, trouver des sources d'inspiration, connaître des outils, comparer nos méthodes. Et puis c'est une revue qui est à notre disposition et que nous pouvons utiliser pour valoriser nos actions, pour communiquer sur nos activités.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

Je n'ai pas une pratique particulière de la revue. Du fait de mon travail, j'ai du mal à l'utiliser comme je l'aimerais. Dans l'idéal, lorsque j'ai une action à mener, je prends du temps pour réfléchir et la construire, et je regarde la liste des sommaires de la revue. Je fais cette recherche en lien avec nos documentalistes pour trouver quels sont les numéros qui font référence au sujet que je vais traiter. Je consulte les dossiers et les articles. Leur lecture va me permettre de découvrir des données utiles, des intervenants locaux, des actions de proximité dont je peux m'inspirer. *La Santé de l'homme* permet tout cela. Il y a aussi une autre manière d'utiliser la revue : c'est l'usage des photocopies. Je fais analyser les articles et je repère des éléments qui vont me servir à construire mon dossier documentaire. J'utilise pour cela la rubrique « Pour en savoir plus » qui est excellente.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

Cela fait une dizaine d'années que je travaille dans le réseau des comités d'éducation pour la santé et donc avec la revue. Il y a quelques années, nous faisons une exposition sur la consommation d'alcool et nous épluchons la revue depuis ses débuts, en 1942, pour voir quel était le discours en termes de prévention. Il y a quelque temps, nous avons recommencé cet exercice d'analyse de la littérature de la revue sur le thème de la santé des jeunes. Pour moi, *La Santé de l'homme* est une revue de référence. Elle permet de se repérer dans les discours qui sont liés à la promotion de la santé. Dans la revue, nous suivons l'évolution, le passage de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé. Cela me plaît et je n'ai pas à en attendre davantage.

Une suggestion peut-être ?

La Santé de l'homme est la revue des comités. Aujourd'hui, la revue est ouverte. Il y a des tas de personnes qui communiquent dans ses pages, c'est très intéressant et il faut garder cet esprit. Rassembler des intervenants de terrain qui peuvent avoir une philosophie, des modalités d'intervention différentes mais qui se retrouvent autour des valeurs communes de la charte d'Ottawa est pour moi un élément positif. Quand j'ouvre la revue, je sais que les articles vont dans ce sens. En revanche, nous avons du mal à publier et nous voudrions être davantage associés. Pas dans le comité de rédaction, nous y avons déjà des représentants, mais connaître en amont les thèmes qui vont être développés dans les prochains numéros. Nous souhaiterions anticiper cela pour mieux participer.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

La jeunesse au risque de l'alcool

En soixante-dix ans, la question des jeunes et de l'alcool a considérablement évolué mais a toujours fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics : arsenal réglementaire, campagnes d'information, actions éducatives...



leurs préjugés relatifs aux bienfaits supposés des boissons alcooliques. En plein baby-boom, la protection de l'enfance contre l'alcoolisme devient une priorité relayée par *La Santé de l'homme*.

Les regards se portent d'abord sur les enfants en bas âge. Et pas seulement ceux des classes populaires. « *Troubles divers, anomalies du sommeil, du caractère, du comportement, hallucinations* » provoqués par une consommation en trop grande quantité pour leur âge de boissons fermentées, « *voire des liqueurs diverses* », s'observent également chez des bambins issus de milieux favorisés et cultivés (4). Perdre même la crainte d'une autre menace qui pèserait sur l'enfance, celle d'une « *débilité particulière du point de vue à la fois de leur santé générale et de leur équilibre mental* » des « *sujets de souche alcoolique* » (5). « *On ne le dira jamais assez ! Quand les parents "boivent"... les enfants "trinquent"* » (6).



En se donnant pour objectif de « *préparer la jeunesse à la vie saine* » (1), *La Santé de l'homme* n'a pas manqué, dès ses débuts, de sensibiliser les éducateurs au besoin de prévenir « *intelligemment* » celle-ci des méfaits de l'alcool. Soixante-dix ans plus tard, si le risque a changé de nature, la question de sa prévention chez les jeunes demeure d'une brûlante actualité quand les manières de boire de certains adolescents constituent des « *phénomènes potentiellement dangereux qui doivent interpeller notre société* » (2).

Enfance victime, jeunesse coupable ?

Au tournant des années 1940 et 1950, professionnels de santé et associations se mobilisent pour dénoncer l'alcool, ce « *danger national* » qui menace la reconstruction du pays (3). Un danger d'autant plus pressant qu'il touche les plus jeunes, victimes de l'alcoolisation excessive des adultes et de



Initiés tôt au goût de l'alcool, beaucoup d'enfants en consomment régulièrement lorsqu'ils entrent à l'école primaire. Et pour ceux des garçons qui n'auraient pas déjà pris ces habitudes lors de leur scolarité, l'apprentissage et le service militaire s'en chargeront. Car servir quotidiennement au repas vin, cidre ou bière dès le plus jeune âge est jugé normal par les adultes. À cela, rien d'étonnant : « *Les quantités à ne pas dépasser sous peine de troubles graves... ont été fixées par l'Académie de médecine* » à un quart de litre de vin ou à un demi-litre de bière par jour pour les adolescents (7).

Fort heureusement, au tableau noir de l'alcoolisme infantile et juvénile des deux premières décennies, succède l'espoir d'une inversion des tendances au cours des suivantes. La consommation alimentaire de boissons alcooliques régresse chez les enfants tandis que percent « *les jus de fruits, boissons jeunes...*

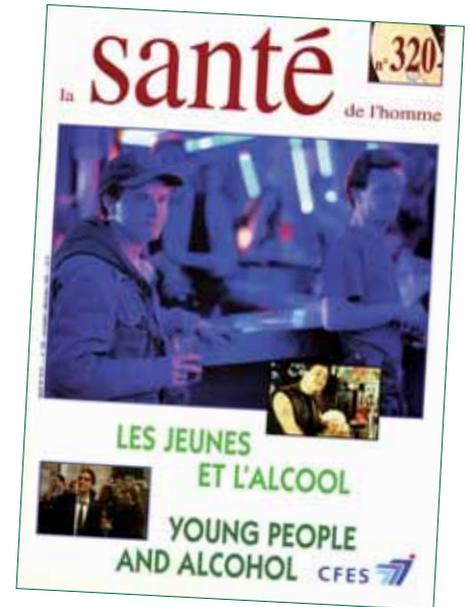


en pleine expansion ». Au sein des familles qui en consomment régulièrement, « les enfants arrivent en tête, puis les adolescents et la mère de famille » (8). Le changement est tel que le numéro spécial consacré en 1971 à l'alcoolisme ne traite plus la question de l'enfance de manière spécifique. Il est vrai qu'un glissement est à l'œuvre : la jeunesse entre sur le devant de la scène, une jeunesse

confrontée à un nouveau risque, celui de la toxicomanie (9).

Alors que la baisse de l'alcoolisation quotidienne s'accroît d'une génération à l'autre, la crainte de voir les jeunes remettre ça s'amplifie à partir des années 1980. Ce qui frappe le plus les adultes, c'est leur alcoolisation différente, une alcoolisation qui n'a plus guère à voir avec ce qu'eux, parents et grands-parents, ont pu connaître. C'est l'« abandon de la culture du vin au profit de la bière et des alcools forts » et l'essor d'une « manière nordique de boire de l'alcool... centrée sur l'enivrement » (10) ; ce sont les polyconsommations et la « très forte corrélation entre les prises d'alcool et les prises de drogues illicites » (11).

Au tournant du XXI^e siècle, tableaux de bord et enquêtes épidémiologiques, telle l'enquête Escapad, confirment ces nouvelles tendances tandis que l'angoisse des adultes s'accroît, portée par les médias qui popularisent la notion de *binge drinking*. « Ces alcoolisations massives qui sont en augmentation chez les adolescents de 17 ans, notamment en fin de semaine » (12) focalisent



l'attention bien que « sans nier leur caractère préoccupant, ces comportements apparaissent ne concerner qu'une minorité de jeunes, tandis que les données relatives à l'évolution des consommations invitent à des conclusions mitigées » (13). Signe des temps : l'alcoolisation des jeunes n'avait jamais fait l'objet de numéros thématiques de *La Santé de l'homme* ; la revue lui en consacre un premier en 1995 puis un second en 2008.

► Sources des citations

- (1) Delore P. Idées fausses et préjugés sur l'alcoolisme. *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 14.
- (2) Rigaud A. Les jeunes et l'alcool. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2008, n° 398 : p. 13-15. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-398.pdf
- (3) L'alcoolisme, un danger national ! *La Santé de l'homme*, juillet-août 1952, n° 73 : p. 128.
- (4) Serin S. Les boissons alcoolisées chez les enfants. *La Santé de l'homme*, mai-juin-juillet 1955, n° 89 : p. 77-78.
- (5) Bourret J. Alcool et eugénique. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1946, n° 34 : p. 14.
- (6) Berlioz C. Le rôle de la Sécurité sociale dans la lutte contre l'alcoolisme, fléau social. *La Santé de l'homme*, juillet-août-septembre 1959, n° 111 : p. 102-104.
- (7) Serville Y. Le problème de l'alimentation. *La Santé de l'homme*, mars-avril 1962, n° 125 : p. 9.
- (8) Hubert L. Les jus de fruits, boissons jeunes... en pleine expansion. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1965, n° 136 : p. 7-12.
- (9) Les jeunes et les toxicomanies (dossier). *La*

- Santé de l'homme*, septembre-octobre-novembre-décembre 1972, n° 181-182 : p. 55-73.
- (10) Ménard C. L'alcool d'Europe et d'ailleurs. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1995, n° 320 : p. 11.
- (11) Guibé P. Les nouveaux alcooliques. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1995, n° 320 : p. 56-57.
- (12) Jayle D. Des résultats sur la prévention du tabagisme, des inquiétudes sur l'alcool. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2006, n° 386 : p. 40. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-386.pdf
- (13) Guillemont J., Beck F. La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2008, n° 398 : p. 10-12. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-398.pdf
- (14) Debré R. Le péril alcoolique. *La Santé de l'homme*, mai-juin-juillet 1955, n° 89 : p. 65.
- (15) Mignot A. La protection des mineurs. Les lois en vigueur. *La Santé de l'homme*, juillet-août-septembre 1959, n° 111 : p. 109-110.

- (16) Craplet M. Le lobbying de santé publique est une nécessité face aux producteurs d'alcool. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2010, n° 410 : p. 17-18. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-410.pdf
- (17) Didier M. Des lois pour limiter la consommation. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1990, n° 285 : p. 19.
- (18) Faurobert L. L'école contre l'alcoolisme. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 1943, n° 16 : p. 26.
- (19) Troux P. Prévention des toxicomanies à l'école primaire : un jeu d'enfant ? *La Santé de l'homme*, mars-avril 2001, n° 352 : p. 10. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-352.pdf
- (20) Guillemont J., Rigaud A., David H. Jeunes et alcool : quelle prévention ? *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2008, n° 398 : p. 9. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-398.pdf



responsables sont désignés. « *En contrepoint des moyens considérables de lobbying dont disposent les producteurs d'alcool* » (16) et à la force de leurs méthodes publicitaires, l'expertise et le lobbying de santé publique fourbissent leurs armes afin d'obtenir « *des lois pour limiter la consommation* » (17).

Si elle se fait l'écho de ces interdits, *La Santé de l'homme*, fidèle à ses principes fondateurs, accorde davantage de place à la nécessité d'informer les jeunes et leur entourage du risque alcool. Dans les années 1950 et 1960, les centres d'éducation sanitaire deviennent des relais indispensables pour la diffusion des supports de prévention. Trente ans plus tard, la fameuse campagne « Un verre, ça va... » inaugure une nouvelle ère de la communication sociale dont les jeunes deviennent une cible privilégiée : les campagnes « *Tu t'es vu quand t'as bu ?* » (1991) ou « *Boire trop* » (2008) en sont des exemples.

Plus encore, *La Santé de l'homme* n'aura de cesse de faire de l'éducation la pierre angulaire de la prévention des mésusages de l'alcool et de souligner le rôle majeur des enseignants et plus largement de la communauté scolaire pour ce faire. Il s'agissait dans les premiers temps d'instruire les enfants « *contre les préjugés courants au sujet de l'alcool* » par des leçons bien senties dont l'instituteur devait se faire l'ardent propagateur (18). Assez tôt, permettre « *aux enfants de développer leur capacité à*

agir, choisir et décider de manière autonome » (19) devient le maître-mot de l'action, la participation son fer de lance. Toujours est-il qu'en soixante-dix ans, la question des jeunes et de l'alcool a considérablement évolué. Aujourd'hui, « *L'arbre ne doit pas masquer la forêt : n'oublions pas que les principales victimes des dommages liés à l'alcool restent les buveurs réguliers excessifs d'âge moyen à avancé* » (20).



Surveiller et punir, informer et éduquer

Pour contrer le « *péril alcoolique* » (14) qui menace la jeunesse, se met en place, au milieu des années 1950, un véritable arsenal législatif et réglementaire destiné à protéger les mineurs. La vente à emporter et à consommer sur place dans les débits de boissons, et la publicité pour les boissons alcooliques dans les lieux qu'ils fréquentent, sont encadrées ; la déchéance paternelle peut être prononcée en cas de récidive d'ivresse publique, la tutelle aux allocations familiales instituée (15). Le mot d'ordre est simple : la sobriété pour les adultes, l'abstinence pour les enfants ; l'initiation et l'usage doivent être retardés. « *Je ne bois ni vin, ni cidre, ni bière...* », proclament ainsi à l'unisson un grand nombre d'affiches destinées aux enfants en âge scolaire et à leurs parents que *La Santé de l'homme* reproduit dans ses colonnes.

Cette police du boire juvénile sera ensuite complétée par touches successives. L'essor de l'insécurité routière, qui concerne particulièrement les jeunes, pousse à un renforcement des mesures portant sur les alcoolémies au volant. Le développement des phénomènes d'ivresse engendre l'extension de l'interdiction de la vente de l'alcool aux mineurs. Surtout, pour expliquer les nouvelles tendances du boire des jeunes, des

grande bascule du langage de prévention. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2005, n° 378 : p. 11-12. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-378.pdf

• Perrot M., Dandé A. De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2002, n° 362 : p. 37-38. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-362.pdf

• Tsikounas M. Communication en direction des jeunes. Histoire d'un siècle de lutte. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1995, n° 320 : p. 23-29.

Bibliographie

- Fillaut T. Les acteurs de santé publique face à un comportement d'un autre âge : le « boire jeune » en France pendant le second XX^e siècle. In : Droulers O., Guiselin E.-P. dir. *Regards croisés sur l'influence de l'âge en sciences humaines et sociales*. Paris : L'Harmattan, coll. Recherches en gestion, 2011 : p. 143-167.
- Fillaut T., Le Berre E. Enfants, jeunes et alcool. *La Santé de l'homme* (1942-2002). Alcoolologie et addictologie, 2012, tome 34, n° 1 : p. 63-71.
- Fillaut T. *Tous en piste ? Les jeunes et l'alcool : l'exemple breton (1950-2010)*. Presses de l'EHESP, coll. Contrechamp, (à paraître).
- Le Berre E., Fillaut T. Alcool : en 50 ans, la

grande bascule du langage de prévention. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2005, n° 378 : p. 11-12. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-378.pdf

• Perrot M., Dandé A. De la prévention de l'alcoolisme à la prévention des addictions. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2002, n° 362 : p. 37-38. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-362.pdf

• Tsikounas M. Communication en direction des jeunes. Histoire d'un siècle de lutte. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1995, n° 320 : p. 23-29.

ENTRETIEN AVEC...

Marika Lefebvre, responsable du pôle Prévention et promotion de la santé, Mutualité française.

« Une revue de référence sur les sujets de promotion de la santé »

Que représente, pour vous, *La Santé de l'homme* ?

Marika Lefebvre : *La Santé de l'homme* représente pour moi une revue de référence sur les sujets de prévention et de promotion de la santé. Lorsque j'ai pris mon poste de responsable du pôle de Prévention et de promotion de la santé, il était évident que cette revue soit, dès sa parution, sur mon bureau. Elle est un outil de travail indispensable à l'accompagnement de ma fonction. De plus, j'ajouterai qu'il y a une sorte de normalité à cela puisque la Mutualité française est membre, depuis de longues années, du comité de rédaction. Notre participation est moins active depuis un an et demi, du fait d'une réorganisation interne. *La Santé de l'homme* est une revue généraliste qui nous permet d'avoir un suivi de l'actualité sur les grands sujets d'éducation pour la santé. Elle nous permet de constituer non seulement un fonds documentaire, mais aussi de nous forger une bonne culture sur les thèmes abordés.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

Dès que nous la recevons, elle circule parmi l'ensemble de l'équipe. Elle va être lue et utilisée en fonction du thème central, d'une part, et, d'autre part, des actions que nous menons sur nos priorités. Puis elle sera stockée ; nous en avons de nombreux numéros. Est-ce que l'équipe retourne régulièrement dans les revues classées comme fond documentaire ? Pas systé-

matiquement. Mais je sais, en revanche, que la revue est lue attentivement par tout le monde. Si nous cherchons des éléments sur un sujet qui nous concerne, nous pourrions les trouver dans le numéro qui sera consacré à ce même sujet. Nous utilisons surtout le dossier central que nous épluchons, et moins les autres rubriques. Le dossier retient notre attention. La façon dont il est présenté nous donne envie de le lire du début à la fin.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

Ce que j'apprécie le plus dans la revue, c'est qu'un sujet est traité sous la forme d'un dossier avec un bilan de ce qui se fait sur le thème. Cela donne non seulement de la connaissance complémentaire mais aussi des repères sur notre propre démarche. Nous pouvons ainsi déterminer si ce que nous faisons est dans la tendance, est plus ou moins innovant... La lecture de la revue nous permet de remettre notre action dans un contexte plus général. À titre personnel, je pense qu'il serait important que nous soyons présents au comité de rédaction, ce qui nous permettrait de véhiculer davantage les missions et les expertises de la Mutualité française. Sinon, je ne souhaite pas d'évolutions particulières. La revue me convient en l'état.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

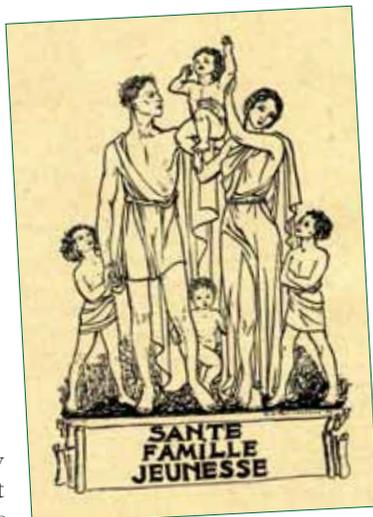
Retour sur les origines de *La Santé de l'homme*

Isabelle von Buelzingsloewen, professeur d'histoire et de sociologie de la santé, retrace les origines de la création de *La Santé de l'homme*. Elle montre que le projet d'éducation sanitaire, qui est au fondement de la revue, a été formulé dans le contexte de crise qui marque les années 1930. Elle analyse les raisons qui expliquent que ce projet, porté par des hommes tels que Pierre Delore, Jacques Parisot ou Lucien Viborel, n'a pu se concrétiser que sous le régime de Vichy sans qu'il puisse pour autant être interprété comme un instrument de propagande au service d'une dictature.

En avril 1942 paraît, à Lyon, le premier numéro de *La Santé de l'homme*. Une prouesse compte tenu de la pénurie de papier et d'encre mais aussi de la difficulté à obtenir des autorisations de paraître. Car le contexte politique est pesant. Avec l'arrivée de Pierre Laval à la présidence du conseil, le régime de Vichy opère un net tournant répressif sur fond de montée des mécontentements et des oppositions. La collaboration avec l'occupant allemand qui, quelques mois plus tard, envahit la zone non occupée, devient un principe revendiqué de gouvernement. Faut-il pour autant réduire la naissance de *La Santé de l'homme* et le projet d'éducation sanitaire dont la revue est porteuse à un instrument de propagande au service d'une dictature désireuse de contrôler étroitement les comportements individuels ? Telle sera la question centrale posée par cette contribution.

Pierre Delore : entre conviction et opportunisme

À l'origine de *La Santé de l'homme*, se trouve un homme qui, jusqu'à sa mort en 1960, a porté la revue à bout de bras mais n'a guère laissé de trace dans la mémoire collective. Docteur en

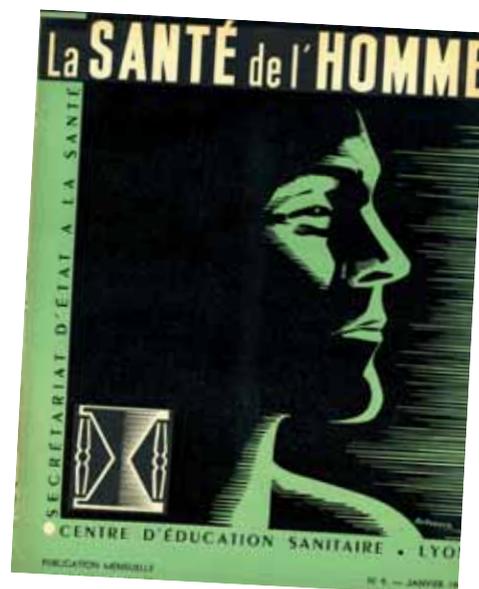


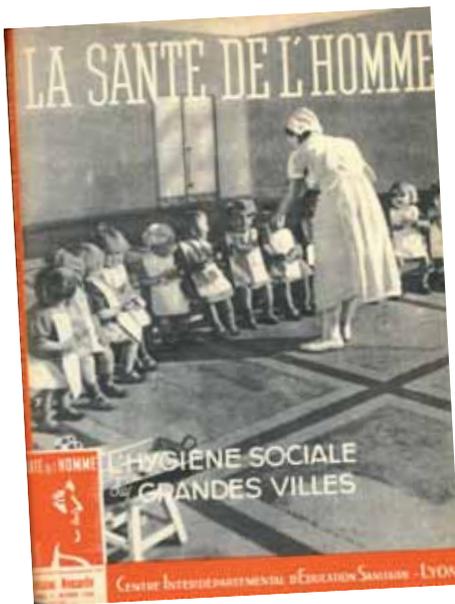
médecine depuis 1926, médecin des hôpitaux de Lyon depuis 1931, agrégé de médecine depuis 1936, Pierre Delore présente un profil académique classique. Ses convictions le rattachent pourtant au groupe minoritaire des médecins holistes – catholiques pour la plupart¹ – bien implanté à Lyon².

Résolument hostile à la médecine de spécialité, Pierre Delore, qui dirige un

service de médecine générale à l'hôpital de l'Antiquaille, insiste sur la nécessité de ne pas réduire le malade à sa pathologie mais de l'appréhender dans sa globalité (corps et âme) et dans son environnement, exigence qu'il partage avec les adeptes du courant néo-hippocratique³ et des mouvements « naturalistes » qui connaissent un essor important dans l'entre-deux-guerres (1). Surtout, il compte, avec d'autres (on citera le haut fonctionnaire Lucien Viborel, en charge de la propagande sanitaire – qui s'impose comme un instrument essentiel de la lutte contre les « fléaux sociaux », et Jacques Parisot, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la faculté de médecine de Nancy et fondateur du très dynamique Office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle en 1920), parmi les chantres de l'éducation sanitaire.

Critique face aux apports de la médecine pasteurienne, il estime que la maladie n'est « ni une fatalité ni un héritage mais, dans la plupart des cas, le résultat de l'ignorance ou de la négligence ». Pour lui, l'enjeu n'est donc pas tant de lutter contre les microbes que de diffuser les principes d'une « vie saine ». Comme nombre de catholiques, Pierre Delore accueille favorablement l'avènement du régime de Vichy dont il partage le diagnostic : la société française est malade, seul un régime autoritaire peut lui permettre de se relever et de combler son retard sanitaire. « Il ne peut y avoir de rénovation française sans un vaste mouvement en faveur de la santé. La France a besoin d'une cure d'hygiène. Il importe que l'opinion





publique s'intéresse aux questions d'hygiène et seconde ses dirigeants en ce sens », écrit-il dans son ouvrage *L'éducation de la santé*, paru en 1941.

Un contexte favorable au projet d'éducation sanitaire

De fait, la défaite militaire, l'occupation allemande et l'avènement du régime du Maréchal Pétain constituent une opportunité favorable à la concrétisation du projet d'éducation sanitaire porté, entre autres, par Pierre Delore. Comme tous les régimes autoritaires, Vichy affiche en effet de grandes ambitions dans le domaine de la santé publique. Son objectif est de faire reculer la mortalité par tous les moyens afin de compenser le recul de la natalité, symbole du déclin français. Favorisé par la suppression des chambres et des syndicats médicaux, ce volontarisme sanitaire, qui répond aussi à la nécessité de remédier aux malheurs de la guerre, se traduit notamment par la création d'organismes de recherche dédiés à la santé publique tels que l'Institut national d'hygiène, ancêtre de l'Inserm (2), ou la Fondation pour l'étude des problèmes humains, tous deux créés en 1941, mais aussi par la promulgation de lois qui, bien que discutées à plusieurs reprises par les chambres, n'avaient pu aboutir sous la III^e République. Serge Huart comme Raymond Grasset, qui se succèdent à la tête du secrétariat d'État à la Santé, choisissent de mettre l'accent sur la prévention ou, pour employer les mots de l'époque, sur l'hygiène sociale, comme en témoignent la généralisation du car-

net de santé, rendu obligatoire pour les enfants, l'intensification de la lutte contre l'alcoolisme ou encore l'institutionnalisation de la médecine du travail.

On comprend dès lors que l'éducation sanitaire, en quête de légitimité, figure parmi les priorités définies par le régime en matière de santé publique. En témoignent la création d'une section « propagande et éducation sanitaires » au sein du Comité consultatif d'hygiène de France et du Conseil permanent d'hygiène sociale, mais surtout la mise en place de onze centres régionaux d'éducation sanitaire, distincts des centres de propagande sanitaire, dont Lucien Viborel revendique la paternité dans son livre *L'éducation sanitaire, science d'action*, paru en 1944. Les trois premiers voient le jour à Lyon, Marseille et Bordeaux en septembre 1941. C'est Pierre Delore qui est tout naturellement nommé à la tête de celui de Lyon.

L'éducation sanitaire dans la continuité

Faute d'archives, on connaît mal l'activité de ces premiers centres d'éducation sanitaire. C'est donc à travers *La Santé de l'homme*, organe du centre de Lyon, et surtout à travers les contributions de son rédacteur en chef, qu'on peut identifier les éléments de convergence entre le projet d'éducation sanitaire et l'« ordre nouveau » voulu par le Maréchal Pétain. Comme les tenants de la Révolution nationale, les pionniers de l'éducation sanitaire stigmatisent les excès de la vie moderne, jugée responsable de la défaite, et prônent le retour à une vie plus sobre et plus vraie, fondée sur une harmonie entre le corps et l'âme et plus conforme aux lois de la nature et de la morale. Conformément aux idéaux nationalistes défendus par Vichy, ils réclament également le redressement de la natalité et de la santé publique au nom de la patrie. « Servir la santé publique, c'est servir la France », peut-on lire sur la 4^e de couverture de *La Santé de l'homme*.

Pour autant, il convient de ne pas exagérer la rupture que constitue Vichy dans l'histoire de l'éducation sanitaire. Conçu dans le contexte des années 1930, le projet d'éducation sanitaire se rattache avant tout au courant « non conformiste », d'inspiration personnaliste, porté par des intellectuels engagés

désireux de promouvoir des solutions « alternatives » à ce qu'ils perçoivent comme une crise de civilisation. En outre, même s'il est indéniable que les années 1940-1944 ont permis d'institutionnaliser une « médecine de la santé » jusque-là marginale, les réalisations ont été pour le moins modestes, les centres d'éducation sanitaire étant restés, faute de moyens et de temps, des structures en trompe-l'œil. À la Libération, l'éducation sanitaire a d'ailleurs paru suffisamment peu marquée idéologiquement pour ne pas être remise en question. Dans un contexte marqué par le triomphe de la médecine curative, sa visibilité demeure cependant faible et ses moyens dérisoires. C'est également la continuité qui prévaut à *La Santé de l'homme* qui, grâce à l'énergie de Pierre Delore, titulaire depuis 1943 de la Chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie médicale de la faculté de médecine de Lyon, continua de paraître sans infléchissement notable de son contenu.

Isabelle von Buelzingsloewen

Professeur d'histoire et de sociologie de la santé, Université Lumière-Lyon 2, Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes (Larhra).

1. Ce groupe, peu structuré, puise à des références et à des pratiques très diverses. Voir George Weisz, « A Moment of Synthesis: Medical Holism in France between the Wars ». In : Christopher Laurence and George Weisz (ed). Greater than the Parts. Holism in Biomedicine 1920-1950. Oxford-New York : Oxford University Press, 1998 : p. 68-93.

2. On peut citer les noms de Georges Mouriquant, René Leriche, René Biot ou encore celui d'Auguste Lumière qui n'est pas médecin.

3. Dans lequel le Dr Marcel Martiny, très investi dans le développement de l'acupuncture et de l'homéopathie, joue un rôle majeur. En 1937, la Société internationale de médecine néo-hippocratique, dont Marcel Martiny deviendra le président en 1972, organise le premier Congrès international de médecine néo-hippocratique à Paris. Un autre congrès néo-hippocratique, français celui-là, a lieu à Marseille en 1938.

► Références bibliographiques

- (1) Baubérot A. *Histoire du naturisme. Le mythe du retour à la nature*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Histoire, 2004 : 352 p.
- (2) Picard J.-F. Aux origines de l'Inserm : André Chevallier et l'Institut national d'hygiène. *Sciences sociales et santé*, 2003, vol. 21, n° 1 : p. 5-26.

ENTRETIEN AVEC...

Nadine Labaye-Prévoit, médecin, conseiller technique auprès du recteur de l'académie de Créteil

« Cette revue est au centre de mes préoccupations professionnelles »

Que représente, pour vous, *La Santé de l'homme* ?

Nadine Labaye-Prévoit : Cette revue représente pour moi un mythe, un itinéraire. Cette revue est étonnante car elle m'accompagne depuis le début de ma carrière. Je suis entrée dans le domaine de la santé scolaire en 1980. Je peux dire que j'ai été bercée par deux revues : *La Santé de l'homme*, d'une part, et, d'autre part, une revue qui s'appelait à l'époque *La santé de l'élève*. Elle a changé de nom depuis. Cela fait trente-deux ans que votre revue est au centre de mes préoccupations professionnelles. Elle a toujours été très présente : pendant ma formation, comme aide à la préparation aux concours, mais aussi dans l'exercice de ma profession. Quand j'étais médecin départemental, je faisais avec d'autres collègues une petite bibliographie que nous distribuions largement. Je faisais de la « pub » pour *La Santé de l'homme* en y insérant nombre de ses articles. *La Santé de l'homme* m'a apporté et continue de m'apporter des découvertes. Ce sentiment est constant chez moi. Je sais que la lecture du dernier numéro va me faire découvrir quelque chose de nouveau. Un concept, une information, une approche... ce peut être très différent. Je pense à un numéro consacré à l'« empowerment », par exemple. Je connaissais cette pratique, mais ce dossier m'a permis d'approfondir les données et d'aller voir ailleurs ensuite, pour continuer à me renseigner. Je relisais dernièrement un dossier consacré aux professionnels de santé de l'Éducation nationale, j'ai découvert à cette occasion l'histoire des infirmières travaillant dans ce ministère.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

Cela dépend des moments. Parfois, je l'utilise comme lecture, pour ma culture person-

nelle, parfois comme source d'information et de connaissance. En ce moment, je travaille sur les lombalgies de l'enfant pour la rédaction d'un article. Je m'appuie, pour cela, sur un dossier qui avait été rédigé dans *La Santé de l'homme* sur le sport et l'enfant. Je l'utilise donc en première lecture, et davantage quand un sujet est dans mon actualité. C'est une source d'information dans laquelle je n'hésite jamais à plonger. Vous savez, elle continue de me surprendre. Il y a quasiment quelque chose de fusionnel avec cette revue. Il y en a toujours une qui traîne, pas loin de mon bureau. Je sais que si, pour une raison diverse, je ne trouve pas la revue, je vais la chercher. Le dernier numéro consacre son dossier central à l'éducation à la sexualité. Nous en recevons un seul pour notre service et c'est ma collègue en charge de l'éducation à la sexualité qui l'a réceptionné. Eh bien, j'attends qu'elle me le donne. Certes, je pourrais aller le lire sur Internet, mais j'avoue que j'aime l'odeur du papier. J'aime le toucher. C'est comme ça.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

Je souhaite que la formule papier perdure. Et que la revue reste sur sa configuration actuelle : un dossier central, des notes de lecture, des bibliographies, Cinésanté... Tout est très bien. Peut-être faudrait-il ajouter une rubrique sur ce que j'appelle « les grandes figures de la promotion de la santé ». Ce serait bien de comprendre leur itinéraire, leurs apports, leurs pensées. *La Santé de l'homme* est une belle et bonne revue.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Les manières d'aborder les questions liées à la sexualité

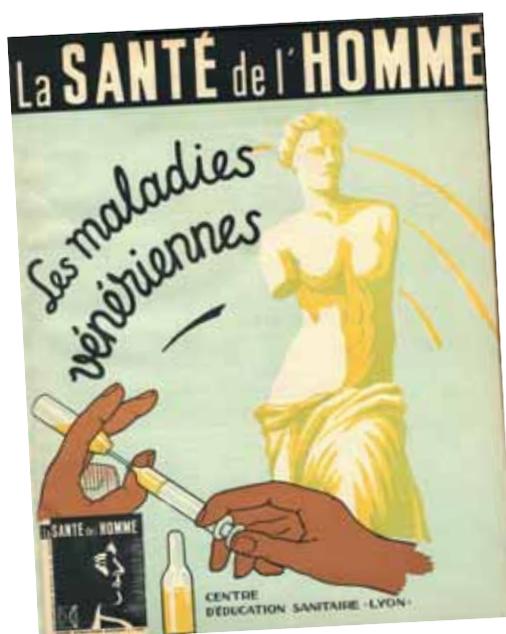
En 2002, pour les 60 ans de *La Santé de l'homme*, la sexualité avait fait l'objet d'un article écrit alors par Alain Giami : « Les enjeux de l'éducation sexuelle : entre la morale et la santé » (1). En 2012, elle est de nouveau traitée avec l'étude des dossiers parus durant six années, de 1942 à 1948, période qui voit émerger plusieurs thèmes : la prostitution, la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées, l'éducation à la sexualité, tous encore d'actualité aujourd'hui.

Explorer soixante-dix ans d'articles relatifs à la sexualité est l'occasion d'observer les priorités de santé publique qui ont traversé ces années en France : syphilis, maladies vénériennes, avortement, prostitution, contraception, résurgence d'infections sexuellement transmissibles un temps révolues, émergence et persistance de l'épidémie de sida. C'est également la possibilité d'analyser l'évolution des objectifs de santé publique, de l'organisation sanitaire pour faire face aux problèmes et questions de chaque époque, mais aussi de constater les changements de méthodes d'éducation valorisées. C'est aussi mesurer la transformation de l'image et du rôle attendu de l'homme et de la femme et de leurs rapports sociaux. Ainsi, on voit émerger les combats des hommes et des femmes : égalité des droits, harcèlement, droit au plaisir, rapports de genre, reconnaissance de toutes les sexualités...

Traiter de tous les articles sur la sexualité parus dans *La Santé de l'homme* aurait demandé un numéro complet tant ce thème a été exploré. Nous avons donc choisi de revenir sur les quatorze premiers articles publiés entre 1942 et 1948, qui recouvrent les thématiques de prévention du pôle Santé sexuelle de l'Inpes : les IST et les grossesses non désirées (*lire l'encadré p. 21*).

La sexualité et son objectif : la procréation (1920 à 1950)

Le contexte de l'après Première Guerre mondiale – période de forte pro-



motion de la natalité – et les sanctions à partir de 1920 de toute propagande anti-conceptionnelle et de l'usage des moyens de contraception, ainsi que l'influence de l'Église catholique qui n'admet pas la régulation des naissances, expliquent en partie les thématiques des premiers dossiers de *La santé de l'homme* relatifs à la sexualité.

En 1942, le premier numéro présente un article : « Songez dès avant le mariage à la santé des enfants que vous aurez » dans la rubrique intitulée « Eugénique et maternité » (2). La syphilis serait alors responsable d'une partie non négligeable de la mortalité infantile, mais aussi de cas où l'enfant naît « débile » ou encore menacé « d'indiscu-

tables anomalies et d'accidents cérébraux de toute nature à plus ou moins longue échéance ». Les études épidémiologiques n'ont pas encore la même ampleur qu'aujourd'hui mais, déjà, dépistage et traitement – pour autoriser au mariage et à la conception et éviter les tares des enfants – sont promus. Le jeune homme est enjoint d'avoir mené une vie saine et sage : « [Il] doit avoir conscience de ses responsabilités vis-à-vis de sa descendance bien avant le mariage ». La maladie vénérienne (tant la syphilis que la blennorragie) n'est pas ici abordée au travers des conséquences qu'elle peut avoir pour l'homme ou la femme contaminé, mais bien des conséquences sur la reproduction. Dans ce contexte historique et idéologique, seules les suites pour l'enfant à naître – et pour la société – sont retenues pour tenter de créer une prise de conscience devant mener à l'adoption d'un comportement de « sagesse ».

Dans le numéro de décembre 1943, sur les maladies vénériennes, les mêmes objectifs sont repris : « Ce qu'il faut, c'est faire sentir que l'homme et la femme se ravalent au niveau de l'animalité lorsqu'ils n'ont plus en vue derrière l'acte physique de la reproduction, la noblesse du but de la perpétuation de leur race, de leur famille et de leur personnalité » (3). On est alors bien loin de la définition que promeut l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aujourd'hui : « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité

de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. Beaucoup d'efforts doivent encore être consentis afin de s'assurer que les politiques et les pratiques de santé publique reconnaissent cet état de fait et en tiennent compte » (OMS).

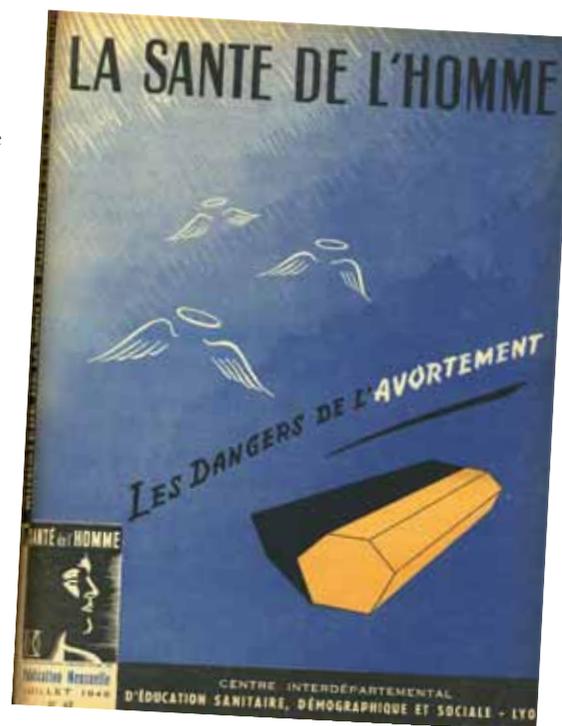
De la femme responsable de bonnes mœurs à la femme libre de disposer de son corps

Si la femme en tant que mère est valorisée, la femme qui assume une vie sexuelle est souvent pour le moins vilipendée. Soupçonnée d'être de mauvaise vie ou prostituée, elle est vue comme susceptible de faire courir tous les dangers aux (jeunes) hommes. « Il faut inspirer aux jeunes gens le respect de la femme, aux jeunes filles la crainte des conséquences du flirt et les risques physiques, moraux et sociaux de l'abandon d'elles-mêmes » (6).

Quand les modalités de transmission de la syphilis sont indiquées, les auteurs rappellent aux garçons qu'il ne faut pas se fier aux apparences : « toutes les femmes peuvent être dangereuses » (7) et pas seulement les femmes publiques, les prostituées connues. S'il est répété que les prostituées sont dangereuses, les plus jeunes femmes sont qualifiées de redoutables « méfiez vous des rôdeuses des gares, des bonnes de cabaret, des femmes sales qui vous racolent... » (7). Dans le champ de l'éducation, il est même évoqué la possibilité de « mettre le jeune homme en garde contre toutes les femmes qui se livrent à lui, cyniquement, contre de l'argent ou avec un brin de fleur bleue : lui signaler avec insistance que la prostituée surveillée

ou non ne lui apportera que le dégoût sans la sécurité... il faut inculquer au garçon qu'une femme, quelle qu'elle soit, se livrant à lui, n'a vraiment aucune raison de ne pas s'être livrée précédemment ou de se livrer simultanément à d'autres » (8).

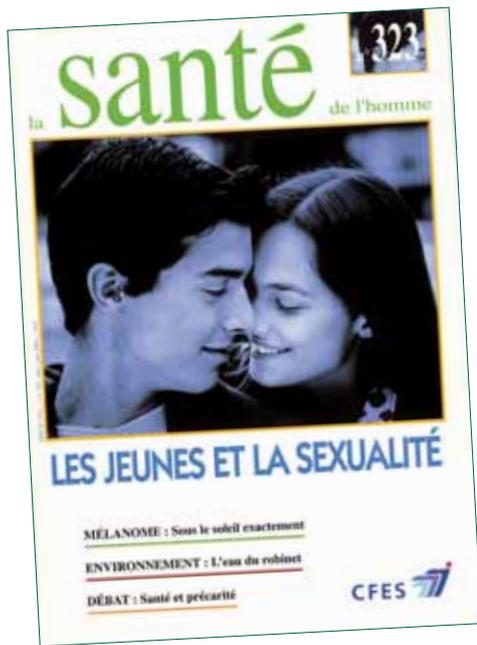
Cependant, la décennie 1940-1950 est marquée par la vitalité des mouvements féministes revendiquant le droit pour les femmes de disposer de leur corps, la possibilité pour les couples d'engendrer seulement les enfants qu'ils désirent, ou encore le droit de vote



Sont également publiés des articles contre l'interruption volontaire de grossesse qui évoquent « Les dangers de l'avortement », titre du dossier publié en 1948 (4). L'avortement est présenté comme un acte criminel véritable, un fléau social : on estime à plus d'un million le nombre d'avortements clandestins en 1948, acte interdit en France. Les auteurs parlent de « crime d'avortement ». Tous les acteurs politiques, les économistes, les magistrats et les professionnels de santé sont exhortés à lutter contre ce phénomène : « Ce mal que le pays a toléré pendant des années tendra à augmenter d'autant plus que les mœurs lui seront plus indulgentes. L'avortement est une tare : il est le signe de l'appauvrissement de l'élan vital des êtres et des sociétés qui s'y adonnent » (5).

Titres des dossiers et articles analysés

- 1942 : n° 1, « Songez dès avant le mariage à la santé des enfants que vous aurez »
- 1943 : n° 18, « Les maladies vénériennes »
 - « Contre l'ignorance »
 - « Le syphilitique qui ne se soigne pas est-il un criminel ou un imbécile ? »
 - « Avertissement aux jeunes »
 - « La syphilis héréditaire » :
 - « Du devoir d'assurer l'éducation morale de la jeunesse »
 - « Du devoir de lutter contre la blennorragie »
 - « Questions réponses sur la syphilis »
 - « Jeunes hommes, prenez garde » :
 - « Maladies vénériennes et assurance sociale »
- 1948 : n° 49, « Les dangers de l'avortement »
 - « Les avortements mortels »
 - « L'avortement criminel, fléau social »
 - « Les conséquences démographiques de l'avortement »
 - « Les dangers de l'avortement pour la santé de la femme »



accordé aux femmes. La médiatisation progressive de ces mouvements marque un tournant concernant l'image, le rôle et la sexualité de la femme. Tournant qui se poursuivra dans les années 1960 avec le Mouvement de libération des femmes et la question de la maîtrise de leur corps.

Prévention, dépistage et traitement : des méthodes qui perdurent

Pour se prémunir de la syphilis génitale, les meilleurs moyens évoqués sont la sagesse et l'abstinence « *qui ne nuit pas à la santé mais au contraire rend plus fort* » (7). Le garçon est enjoint de voir dans l'amour « *l'épanouissement de tout son être, âme et corps dans un don de soi, généreux et sans réserve, source de joie parfaite et d'enrichissement spirituel. De ce point de vue, la continence, règle normale de l'adolescence, ne lui apparaîtra non plus comme une exaspérante privation mais comme une bienfaisante préparation à une vie de plénitude* » (8, 9).

Si certains pays, comme les États-Unis, ont poursuivi cet objectif d'abstinence dans leur combat contre le VIH/sida, la France a, quant à elle, dû retenir les leçons de l'échec de cette stratégie pour se concentrer notamment sur la promotion du préservatif et sa valorisation comme élément participant à l'épanouissement de la vie sexuelle. Pour autant, certaines préconisations perdurent encore aujourd'hui.

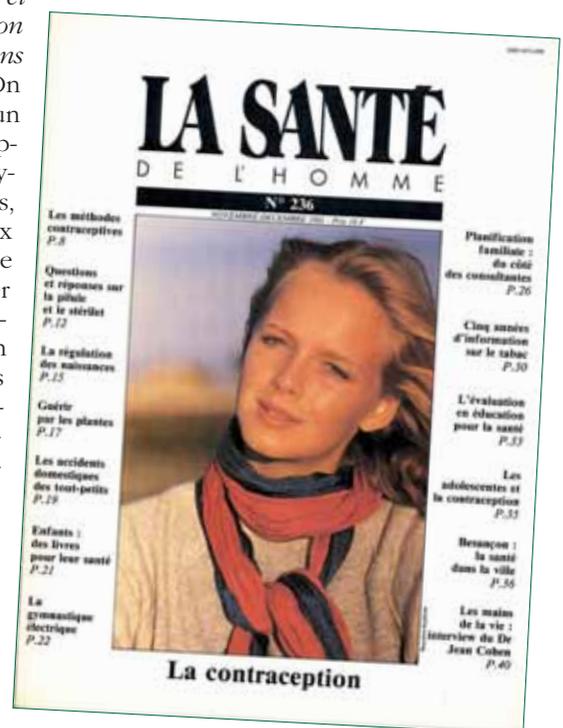
Ainsi, le numéro sur les maladies vénériennes (1943) donne quelques conseils de prévention : ne pas partager ses objets personnels (rasoir, cigarette, pipe, verre à boire, bidon, cuillère, objet de toilette intime, brosse à dents, etc.). L'incitation à se rendre chez son médecin ou au centre antivénérien pour dépistage et traitement est forte. Actuellement, ces préconisations sont encore des stratégies largement développées auprès de tous les publics ciblés par les campagnes d'information de l'Inpes et les actions éducatives menées dans le champ de la sexualité.

Les jeunes : un public visé par les injonctions éducatives

Dès les premiers numéros de *La Santé de l'homme*, la jeunesse est caractérisée avant tout par des « conduites à risque ». Les auteurs insistent sur la connaissance des dangers des maladies vénériennes par les jeunes pour les éviter et les combattre. En 1943, un ecclésiastique, le père Riquet, iconoclaste dans le champ de la prévention de la syphilis, apporte un discours nouveau. Selon lui, « *la plus efficace des préventions contre la syphilis et la blennorrhagie c'est l'éducation précoce du caractère, de la volonté et de la conscience. Pour préserver la jeunesse, il faudra cultiver ses résistances physique et morale, ce qui est le propre de l'éducation [...] qui en développant en elle des qualités positives et résistantes doit s'adresser à son cœur et à sa volonté, non moins qu'à son intelligence* » (8). On se croirait presque à lire un argumentaire pour le développement des compétences psychosociales¹ chez les jeunes, leur permettant de mieux communiquer avec l'autre pour se respecter, négocier des comportements de prévention, partager une vision positive de la sexualité... Mais si les méthodes peuvent toujours être d'actualité, les finalités ont, elles, assez sensiblement évolué : « *L'idée qu'un enseignement théorique suffit à rendre chaste est un néfaste paradoxe. C'est un fait que l'étudiant en médecine, l'infirmière, qui n'ignorent rien des choses de la sexualité et qui voient chaque jour les*

inconvenients multiples du libertinage ne sont pas pour autant préservés de s'abandonner aux mêmes excès et la passion aidant, sans toujours prendre les précautions qu'ils recommandent aux autres. Tous les éducateurs se trouvent d'accord avec le pape Pie XI pour reconnaître que "spécialement chez les jeunes gens, les fautes contre les bonnes mœurs sont moins un effet de l'ignorance intellectuelle que surtout de la faiblesse de la volonté". C'est donc avant tout à fortifier la volonté de l'enfant contre ses entraînements sensuels et passionnés que s'emploiera précocement l'éducation [...] Mais il faut surtout, là encore, qu'au lieu de lui présenter les choses sous l'aspect négatif du défendu et du dangereux, on lui fasse découvrir et aimer les splendeurs et les joies du véritable amour » (8).

Pourtant, le silence autour des questions de sexualité a longtemps été jugé comme le seul moyen permettant de sauvegarder la morale. D'où le fait que la pornographie est accusée depuis longtemps d'être le seul moyen d'éducation sexuelle. Ainsi, un article de la revue dénonce les conséquences de la pornographie sur la sexualité des jeunes en 1943 (6). Le professeur Spillmann, dans son article « Contre l'ignorance », exhorte finalement les parents à faire appel à leurs propres souvenirs pour savoir que cette ignorance est plus appa-





cation sexuelle des jeunes des années 2010, ce qui est pourtant loin de la réalité comme le montrent les données des Baromètres Santé développés par l'Inpes, ou l'enquête sur les contextes de la sexualité en France.

Comme le soulignait le père Riquet, l'entrée privilégiée de l'éducation à la sexualité n'est pas uniquement du côté de la biologie et de la prévention. Elle se situe résolument du côté des sciences humaines. Il s'agit ici de sortir des discours convenus, et particulièrement de la technicité, de la commercialisation, pour comprendre et éclairer l'importance de l'éducation à la sexualité dans la construction de l'individu et de ses relations aux autres. Depuis toujours, l'éducation à la sexualité se situe du côté du projet éducatif et social ; elle pose en

rente que réelle et que l'appétence à connaître les choses du sexe est d'autant plus grande que les enfants sentent qu'on leur cache quelque chose : « *Les journaux, les dessins, les mille exhibitions de la rue et les plaisanteries grossières de leurs camarades plus âgés ou plus précoces achèveront de les instruire. Ils apprennent le vice avant de connaître les fonctions sexuelles* » (6).

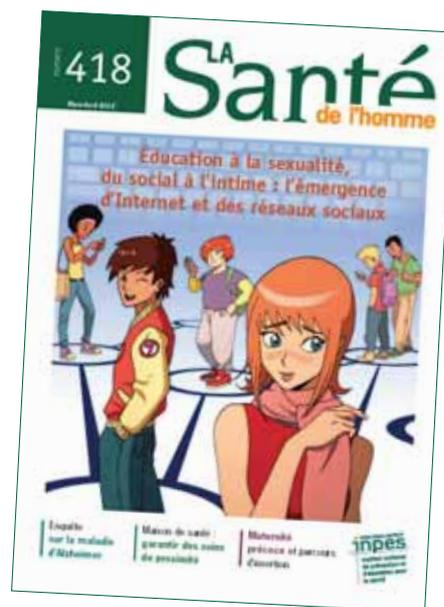
Les craintes des conséquences de la pornographie sur la sexualité des jeunes des années 1940 sont proches de celles que l'on connaît aujourd'hui. On reproche en effet aux médias – Internet et les réseaux sociaux – de devenir les premiers acteurs de l'édu-

caution : « *Quelle société voulons-nous transmettre aux jeunes ?* » (10).

Si les objectifs et les représentations des jeunes et de la jeunesse ont évolué en soixante-dix ans, les méthodes et le souci à la fois de protéger les jeunes contre les dangers d'une éducation à la sexualité informelle, sauvage et inculquée par les pairs reste, semble-t-il, largement d'actualité.

Pour conclure

Comme il y a soixante-dix ans, les infections sexuellement transmissibles, l'interruption volontaire de grossesse, les grossesses non désirées mais aussi l'éducation à la sexualité sont toujours d'actualité. Si les manières d'aborder



ces questions et les pistes pour y répondre ont très largement évolué, parmi les publics prioritaires, les jeunes restent largement la cible des politiques de santé publique. En soixante-dix ans, la morale a quelque peu cédé le pas à une certaine forme d'hygiénisme. Toutefois, cette brève comparaison entre les publications des années 1940 et celles d'aujourd'hui met en évidence l'importance de prendre en considération le contexte socio-économique et politique dans lequel vit la population, condition *sine qua non* de l'efficacité des politiques de santé publique et en particulier celles liées à la sexualité et à l'éducation à la sexualité

Bruno Housseau

Responsable du pôle Santé sexuelle, Inpes.

Yaëlle Amsellem-Mainguy

Chargée de recherche à l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, rédactrice en chef de la revue *Agora Débats/Jeunesses*, membre associée du Cerlis.

► Références bibliographiques

(1) Soixante ans d'éducation pour la santé. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2002, n° 362 : p. 13-40. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-362.pdf>
 (2) Rhenter M. Songer dès avant le mariage à la santé des enfants que vous aurez. *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 4.
 (3) Les maladies vénériennes [dossier]. *La Santé de l'homme*, décembre 1943, n° 18 : 16 p.
 (4) Les dangers de l'avortement [dossier]. *La Santé de l'homme*, juillet 1948, n° 49 : p. 69-87.
 (5) Trillat P. L'avortement criminel, fléau social. *La Santé de l'homme*, juillet 1948, n° 49 : p. 71.
 (6) Spillmann L. Contre l'ignorance. *La Santé de l'homme*, décembre 1943, n° 18 : p. 1.
 (7) Gougerot P. Avertissement aux jeunes. *La Santé de l'homme*, décembre 1943, n° 18 : p. 3.
 (8) Père Riquet. Du devoir d'assurer l'éducation morale de la jeunesse. *La Santé de l'homme*, décembre 1943, n° 18 : p. 9.
 (9) Le Grand É. Quand la santé des jeunes n'était contée ! La jeunesse dans la revue *La Santé de l'homme*. *Agora Débats/Jeunesses*, 2010, n° 54 : p. 61-73.
 (10) Communal L., Guigné C., Rozier C. *Éducation à la sexualité au collège et au lycée*. CRDP de l'académie de Grenoble.

1. « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (OMS, 1993).

ENTRETIEN AVEC...

Entretien avec Roselyne Coppens, responsable du service prévention à l'Agence de santé Océan Indien, délégation de La Réunion

« Un espace de réflexion à préserver »

Que représente, pour vous, La Santé de l'homme ?

Roselyne Coppens : *La Santé de l'homme* est incontestablement un outil à notre service qui apporte de nombreuses informations pratiques et utiles à l'exercice de nos métiers. Cette revue nous aide beaucoup dans notre réflexion. Nous ne consommons pas les sujets traités comme une simple lecture. On ne feuillette pas cette revue et on ne la met pas rapidement sur le côté comme d'autres, car les sujets qui sont proposés nous enrichissent beaucoup dans nos actions quotidiennes. La revue est le magazine spécifique à la promotion de la santé et non à la santé publique dans son ensemble. Cela a un grand intérêt pour nous puisque la promotion de la santé est un secteur largement développé au sein des agences régionales de santé. C'est très agréable d'avoir une revue de cette qualité dédiée à cette ligne directrice.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

La plupart du temps, je la télécharge *via* Internet et puis je prends le temps de la lire systématiquement. Je l'utilise beaucoup, comme mes collègues d'ailleurs, quand je fais des recherches ou quand je prépare des interventions pour des cours ou des formations. Elle me permet d'approfondir des thèmes et de voir la manière dont ils sont traités, leur actualité, les cas pratiques, les applications concrètes, les apports des professionnels. La revue m'a beaucoup aidée notamment dans l'écriture de mémoires et dans le cadre de ma propre réflexion par rapport aux thèmes de prévention et au projet régional de santé que nous avons menés ces deux dernières années.

Je sais que c'est une revue « mémoire » que je vais pouvoir utiliser dans le temps en fonction de mes actions sur le terrain. Je consulte très régulièrement sur son site les sujets qui sont traités pour en extraire ce dont j'ai besoin. Je l'ai dit précédemment : la revue est un outil de travail. Le grand intérêt, pour nous, est qu'elle comporte un dossier thématique. On peut dire,

je crois, que *La Santé de l'homme* n'est pas une revue d'actualité, dans le sens où, tous les deux mois, elle ne nous donne pas en vrac les nouveautés sur tel ou tel sujet. Nous trouvons cela, par ailleurs, dans les *newsletters*. Le fait d'avoir un périodique construit sur un dossier central avec un apport théorique et des cas pratiques basés sur des exemples de réalisation ou de programme est un plus pour nous. C'est un espace de débats, de réflexion qui, sur des sujets précis – la nutrition, les addictions, la sexualité... – doit être préservé.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

Comme je lis cette revue depuis deux ans, mon esprit critique, à son égard, ne s'est pas encore exercé. À chaque fois, elle m'enrichit davantage. La revue doit garder ce côté thématique lisible, avec un dossier bien travaillé. Je ne voudrais pas qu'elle s'éparpille en traitant à tout va des sujets divers. Il y a sans doute une rubrique sur des questions touchant à la recherche qu'il faudrait développer. Mais sans que la revue devienne un document exclusivement dédié à cette question. Et puis, je ne sais pas comment travaille le comité de rédaction ni comment les sujets sont choisis, mais nous pourrions peut-être apporter des éléments sur une thématique précise provenant des Dom. Je ne demande pas un numéro spécial sur La Réunion, comme cela a été le cas il y a trois ans¹, mais nous avons aussi des projets qui pourraient intéresser les lecteurs de la revue et ainsi participer davantage.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. NDLR : deux numéros ont été consacrés aux régions d'outre-mer : *Promouvoir la santé dans les Dom. 1/ Guadeloupe, Martinique*. La Santé de l'homme, septembre-octobre 2009, n° 403 : p. 9-47. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-bomme-403.pdf. *Promouvoir la santé dans les Dom. 2/ Guyane, Réunion*. La Santé de l'homme, novembre-décembre 2009, n° 404 : p. 7-48. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-bomme-404.pdf.

Les conseils prodigués aux parents de jeunes enfants

À travers les archives de la revue *La Santé de l'homme*, Bernadette Tillard, anthropologue et médecin de santé publique, étudie la nature des messages de prévention adressés aux parents de jeunes enfants. Si les préoccupations des pouvoirs publics en matière de santé des enfants sont constantes, en revanche, les modalités de cette prévention, les thèmes et les arguments utilisés ont évolué.



Au moment de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, de multiples recommandations sont adressées aux futurs parents et parents (1). Dans un article pour la revue *ethnographiques.org* (2), les messages de prévention de la revue *La santé de l'homme* entre 1942 et 2002 ont fait l'objet d'une analyse détaillée. Une partie de cet article est reprise ici, montrant les arguments déployés pour convaincre les professionnels et les parents.

Morale et obligations parentales

L'état de santé des procréateurs est un souci de la revue dès ses débuts, qui s'exprime de la même manière pendant les années d'Occupation et durant les années qui suivent la Libération. Ainsi, le numéro 7 de 1942 prône la chasteté comme méthode de prévention des maladies vénériennes. Syphilis, alcoolisme et tuberculose sont considérés comme des fléaux et il est fait appel au sens des responsabilités des futurs

parents et à un comportement raisonné : « N'oubliez pas que les enfants paient souvent les erreurs ou les fautes de jeunesse des parents. (...) Songez bien avant le mariage à la santé des enfants que vous aurez (...). Tout sujet qui est sous l'influence, même transitoire, de boisson alcoolisée ou d'une maladie peut, dans ces conditions, transmettre une tare au produit de la conception (...) » (3).

Cette attention portée à la période anténatale, que l'on observe dans plusieurs numéros, notamment celui consacré aux rapatriés (4), se retrouve dans les mesures prises à cette époque : loi du 16 décembre 1942 mettant en place l'examen pré-nuptial, création du certificat pré-nuptial en avril 1946, réactualisé par le décret du 17 mars 1978, commenté dans les n° 217 et 219 de la revue. Cette manière de promouvoir la naissance d'enfants en bonne santé se poursuit par la suite, dans une approche moins idéologique, en mettant en avant le suivi de la grossesse.



La prévention colporte avec son trousseau d'arguments, des messages implicites sur les droits de l'enfant et les devoirs des parents à son égard. L'eugénisme souligne que les parents doivent adopter des comportements sexuels leur assurant une progéniture exempte de handicap. En cas contraire, il est sous-entendu qu'ils sont responsables de l'imperfection de l'enfant par leur non-conformité à la recommandation. Dans les mêmes numéros de la revue, l'enfant est un être malléable auquel il convient d'apprendre ce que la fondatrice de l'École des parents et des éducateurs nomme « La propreté morale » (5). L'hygiène est, comme le dit Jean-Pierre Goubert (6), le nouveau catéchisme révolutionnaire et la lui apprendre revient à l'imprégner de préceptes de bonne conduite. « Il faut donner aux petits enfants le goût et l'amour de la propreté, parce que la propreté est belle, parce que lorsqu'on l'aime, on l'aime en toutes choses, sur son corps, sur ses vêtements,

dans sa maison, dans son esprit et dans son cœur. » Parents et éducateurs doivent « l'apprendre au petit enfant entre 3 et 6 ans, c'est-à-dire à l'âge de la formation des automatismes qui est celle des grands enregistrements. » Devoir donc des parents, associés aux autres instances éducatives dans leur responsabilité de former l'enfant tant physiquement que moralement.

Bien-être, sécurité et confort

L'évocation de la sécurité, du bien-être et du confort se situe à l'articulation entre les risques pour la vie et la santé de l'enfant (*lire l'encadré ci-dessous*) et les arguments psychologiques qui se développeront au cours des années 1980. Si l'argument de confort fait son

apparition avec la question du tabagisme, il est très présent en matière de vaccination non obligatoire car, la plupart du temps, les maladies infantiles n'engagent pas le pronostic vital de l'enfant, mais sa souffrance ou ses performances ultérieures. Par ailleurs, ces maladies rendent les parents indisponibles pour leur travail et cet argument d'évitement d'une gêne dans l'accomplissement professionnel est suggéré. Si,



dans l'allaitement, on tente de convaincre la mère en lui expliquant qu'elle retrouvera plus rapidement la ligne (7), de manière analogue, pour d'autres thèmes, la prévention explique aux parents que la solution proposée est celle qui tient le mieux compte de leurs propres préoccupations familiales et professionnelles. L'argumentation ne se développe plus seulement en direction de la santé de l'enfant, mais elle intègre

Prévention des accidents de l'enfant

Deux temps forts : 1960 et 1980



Les préoccupations de santé publique évoluent ainsi que la manière de les aborder : vaccinations, allaitement maternel, vie quotidienne de l'enfant... mais la principale est peut-être celle des accidents d'enfants.

En 1959, pour la première fois, la question des accidents d'enfants est envisagée sous la forme d'un article consacré à la santé des enfants en vacances¹, l'année suivante deux pages traitent de la prévention des accidents au domicile². Dès 1962, un important dossier³ occupe dix-neuf pages de la revue. L'introduction, rédigée par Raoul Senault et Michel Manciaux⁴, marque un tournant dans la manière d'appréhender la prévention : « La régression du péril alimentaire chez le jeune enfant, la diminution de la mortalité infectieuse sont choses patentes » et en conséquence, ces améliorations ont dévoilé un autre « fléau responsable d'une cause de mortalité inquiétante (...) : le péril accidentel ». Autre élément nouveau dans ce dossier, cette affirmation est étayée par des chiffres, ce qui coïncide avec les débuts de l'utilisation de l'épidémiologie comme argument. Ainsi, on apprend qu'entre 1951 et 1955, les accidents, toutes catégories confondues, ont été la cause de 20,6 % des décès d'« enfants », le terme couvrant la tranche d'âge de 1 à 19 ans.

Dans le domaine familial, au début des années 1960, la mère reste la cible privilégiée des recommandations : « La protection doit être maintenue pendant la plus grande partie des cinq premières années de la vie, c'est là le rôle de surveillance de la mère »⁵. L'idée de campagnes d'information médiatiques apparaît : « Presse, radio, télévision, cinéma doivent avoir leur part dans cette information du public, (...) de vastes campagnes éducatives devront faire connaître au public la réalité du péril accidentel »⁵.

En 1981, puis en 1982, soit vingt ans plus tard, un article⁶ puis un nouveau dossier⁷ sont consacrés aux accidents domestiques. Le dossier, qui porte sur les enfants de moins de 10 ans, aborde de nouveaux thèmes comme le développement psychologique et ses liens avec la santé. Le message prend une forme positive « Vivons la sécurité », même si le milieu est toujours présenté comme dangereux, parfois par la « faute » des parents. C'est ici qu'apparaissent des conseils en lien avec les facultés de l'enfant et son développement : éliminer ou écarter le risque, isoler, surveiller, augmenter la résistance au risque, former et entraîner... laissant entendre qu'une démarche éducative adéquate est possible. Enfin, le dossier de 1982 ne s'adresse plus à la mère mais aux parents : « Le CFES va lancer prochainement un programme d'actions devant permettre d'apporter à des parents, souvent conscients des risques encourus par leurs enfants, les moyens d'y remédier »⁸.

La prise en compte de la qualité des relations parents-enfants a ouvert la porte à d'autres préoccupations de la vie quotidienne de l'enfant, que les campagnes de prévention vont illustrer, relayées par *La Santé de l'homme* : allergies, animaux de compagnie, tabagisme des parents, hygiène, sommeil..., puis plus tard maltraitance et, aujourd'hui, soutien à la parentalité.

B. T.

1. L'été et les jeux des enfants. *La Santé de l'homme*, mars-avril 1959, n° 109 : p. 58.
2. La prévention des accidents à la maison. *La Santé de l'homme*, janvier-février 1960, n° 114 : p. 38-39.
3. Les accidents d'enfants [dossier]. *La Santé de l'homme*, mai-juin 1962, n° 126 : p. 3-21.
4. Passeurs de santé publique à Nancy. Michel Manciaux est reconnu en France pour ses travaux sur la maltraitance.
5. Senault R., Manciaux M. L'éducation sanitaire face au péril accidentel chez l'enfant. *La Santé de l'homme*, mai-juin 1962, n° 126 : p. 6-7.
6. Bouyala J.-M. Enfants : les accidents domestiques. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1981, n° 236 : p. 19-20.
7. Prévenir les accidents domestiques [dossier]. *La Santé de l'homme*, juillet-août 1982, n° 240 : p. 7-14.
8. Cohen-Solal J.-M. Un problème majeur : les accidents domestiques [éditorial]. *La Santé de l'homme*, juillet-août 1982, n° 240 : p. 7.



de nouvelles formes d'accomplissement des parents telles que celles que la sociologie a contribué à mettre en lumière (8).

Cette évolution du champ de la famille se produit au moment où la santé positive s'impose progressivement dans le champ de la santé publique, sous l'influence du modèle nord-américain qui arrive jusqu'en France au travers des publications québécoises. « *Les aspirations à un nouveau mode de vie, à un nouvel équilibre entre l'homme et son environnement tendent à devenir universelles. La santé réintégrée dans l'art de vivre n'est plus l'aspiration de quelques privilégiés* » (9).

La relation parents-enfants

Un autre registre d'arguments est mobilisé pour démontrer et convaincre : il s'agit des savoirs psychologiques, particulièrement ceux concernant le développement de l'enfant et l'impact des relations parents-enfants sur ce qui advient de lui. Comme le dit Silvia Parrat-Dayan, avec la nouvelle puériculture, « *le corps devient psychologique* » (10).

Ainsi, dans un premier temps, les enjeux relationnels sont mis en avant comme facteurs d'accidents, enquête à l'appui : « *Ce que ne révèlent pas les chiffres, c'est le pourquoi de l'accident. Il n'est pas, bien souvent, le fruit du seul hasard : l'ambiance du milieu familial, les relations spécifiques entre parents et enfants, sont un facteur de risques (ou de protection) déterminant. L'enfant, qui vit au centre des conflits, le ressent, les intériorise le plus souvent* » (11).

À cette explication épidémiologique du facteur de risque relationnel corres-

pond l'action de prévention proposée ensuite : « *Il faut faire connaître et reconnaître le monde des enfants et les besoins de leur développement psychomoteur. Enfin, il faut stimuler la communication parents/enfants, l'attitude de partage par rapport au risque, suggérer l'image de l'enfant-partenaire* » (12).

Cette reconnaissance de l'enfant comme acteur dans la relation est elle aussi apportée par un nouveau regard de la psychologie sur l'enfant qui s'impose dans la sphère sociale au cours des années sous l'effet de la médiatisation des travaux psychanalytiques, tels que ceux de Françoise Dolto dans les années 1980. Ces questions vont connaître un nouveau rebondissement avec le « soutien à la parentalité » impulsé par la circulaire de 1999 sur les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité et relayé par le livre dirigé par Didier Houzel paru la même année (13). La parentalité a fait l'objet de dossiers complets dans *La Santé de l'homme* en 2003, 2007 et 2009 (14), reflétant l'intérêt suscité par ce thème dans la société.

Pour conclure

Si la mère a longtemps été le principal interlocuteur, depuis les années 1980

les messages de prévention s'adressent aux parents. Les arguments déployés ont également évolué dans le temps : survie de l'enfant, naturalisme, moralisation, rappel des obligations parentales, bien-être, psychologie... Les recommandations restent nombreuses et insistantes, témoignant du souci de notre société pour la santé des enfants et du regard des institutions sanitaires et sociales sur les activités parentales au sein de la famille.

Bernadette Tillard

Professeur de sociologie, Clercé – UMR 8019, Lille 1.

► Références bibliographiques

- (1) Tillard B. *Des Familles face à la naissance*. Paris : L'Harmattan, 2002.
- (2) Tillard B. Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents. *ethnographiques.org*, 2007, n° 14. En ligne : <http://www.ethnographiques.org/2007/Tillard.html>
- (3) Delore P. Eugénique. *La Santé de l'homme*, novembre 1942, n° 7 : p. 2.
- (4) Sicard de Plauzoles M. Pour avoir des enfants sains. Conseils aux rapatriés. *La Santé de l'homme*, juillet-septembre, 1946, n° 32 : p. 136.
- (5) Verine M. La propreté morale. *La santé de l'homme*, mai 1943, n° 13 : p. 3
- (6) Goubert J.-P. L'hygiène moderne, une invention révolutionnaire. *Textes et documents pour la classe*, 1984, n° 680 : p. 6-17.
- (7) Ajuriaguerra (de) M. Les intérêts de l'allaitement. La situation dans les pays industrialisés. *La Santé de l'homme*, janvier 1999, n° 339 : p. 17.
- (8) Singly (de) F. *Le soi, le couple et la famille*. Paris : Nathan, coll. Essais & recherches, 1996 : 256 p.
- (9) Buhl F. Votre santé dépend aussi de vous [éditorial]. *La Santé de l'homme*, Spécial été 1981, n° 233 : p. 5.
- (10) Parrat-Dayan S. Conseils éducatifs adressés aux mères : ethnothéories scientifiques du XVI^e siècle à nos jours. In : Bril B., Dasen P., Sabatier C., Krewer B. (eds.). *Propos sur l'enfant et l'adolescent. Quels enfants, pour quelles cultures ?* Paris : L'Harmattan : 1999, p. 159-183.
- (11) Delapalme B. Prévenir les accidents domestiques. *La Santé de l'homme*, juillet-août 1982, n° 240 : p. 9.
- (12) Prévenir les accidents domestiques d'enfants : action grand public. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1982, n° 242 : p. 4.
- (13) Houzel D. *Les enjeux de la parentalité*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.
- (14) Santé des enfants : la place des parents [dossier]. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2003, n° 367 : p. 7-46 ; Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? [dossier]. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2007, n° 391 : p. 15-52 ; Petite enfance et promotion de la santé [dossier]. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2009, n° 400 : p. 11-35.

ENTRETIEN AVEC...

Marie-Claude Lamarre, directrice de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIEPS)

« *Inspirer et soutenir la réflexion des acteurs francophones* »

Que représente, pour vous, *La Santé de l'homme* ?

Marie-Claude Lamarre : Je suis touchée d'avoir été conviée pour répondre à vos questions à l'occasion des 70 ans de *La Santé de l'homme*. Je suis cette revue de loin ou de plus près en fonction des thématiques abordées et de celles qui m'intéressent tout particulièrement, et qui sont celles qui traitent des enjeux de la santé dans notre société française et européenne.

Pour moi, *La Santé de l'homme* « capture » bien les débats de la promotion de la santé, des enjeux de société en couvrant une thématique abordée par des acteurs divers mais qui contribuent tous à apporter des connaissances et des points de vue à différents niveaux. Les points d'entrée pour aborder la santé de manière positive y sont variés : un groupe de population, un problème de santé spécifique, un environnement ou un lieu de vie, une problématique, une approche ou une stratégie de santé. J'aime tout particulièrement son approche sociologique des enjeux de santé et de bien-être.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

C'est une revue que j'emmène à la maison et que je lis pour ma culture générale aussi bien que professionnelle, et pour y puiser des ressources validées et utiles à la rédaction d'articles ou à la préparation de présentations à différents événements dans notre domaine de la promotion de la santé. La rubrique « Pour en

savoir plus » est une manne de ressources pluridisciplinaires qui prennent un temps fou à rassembler et représente à elle seule un service phénoménal à tous les acteurs, intervenants et étudiants qui ont effectivement envie d'approfondir une thématique particulière traitée dans un dossier.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

Je trouve dommage qu'elle continue à s'appeler « La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé ». Pourquoi pas plus globalement « La revue de la promotion de la santé » ? Son intérêt pour le champ de la promotion de la santé est qu'elle arrive à articuler points de vue et résultats de recherche, développement de politiques publiques de santé en sciences sociales et de nombreux exemples de bonnes pratiques. En abordant la santé comme un projet de société, elle permet de faire mieux comprendre ce qu'est la promotion de la santé et ses actions en direction des déterminants de la santé et de la réduction des inégalités de santé. Je souhaite à *La Santé de l'homme* de poursuivre encore longtemps son engagement dans les débats de notre époque et de continuer à inspirer et soutenir la réflexion de tous les acteurs francophones de la promotion de la santé.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Les questions liées à la santé mentale

Au travers de plusieurs dossiers, *La Santé de l'homme* témoigne de l'évolution des représentations de la santé mentale, du champ de l'hygiénisme et de la morale vers celui de la santé publique. Cette analyse historique, politique et sociale à laquelle se livrent les auteurs montre le cheminement de la question de la santé mentale vers son inscription dans le contexte européen et international, d'une part, et vers sa nécessaire déclinaison territoriale, d'autre part.



Cette analyse a été réalisée à partir de six dossiers de *La Santé de l'homme* consacrés à la thématique de la santé mentale, qui témoignent de l'évolution de son traitement dans le champ de la santé publique, de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé. Ces six dossiers sont datés de 1947, 1955 (deux), 1968, 2002 et 2011. La revue a publié d'autres articles en lien avec cette thématique que l'on peut retrouver sous diverses rubriques (politiques de santé, psychosociologie, international, santé mentale), soit dans des articles relatant des politiques publiques, soit dans des articles faisant état des interventions mises en place dans ce domaine.

L'appréhension par la revue *La Santé de l'homme* de la question de la santé mentale ne se limite pas à un projet sanitaire et médical. Le premier dossier se situe en 1947 (1), alors même que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) inclura cette dimension dans une approche globale de la santé qu'elle définit comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » (2) en 1986. Progressivement, de 1947 à nos jours, l'approche de cette dimension de la santé humaine, qui s'inscrit très profondément dans un contexte sociétal plus général, voit l'émergence de l'émancipation des libertés et l'édification d'une société de « sujets ». Les troubles mentaux ne vont pro-

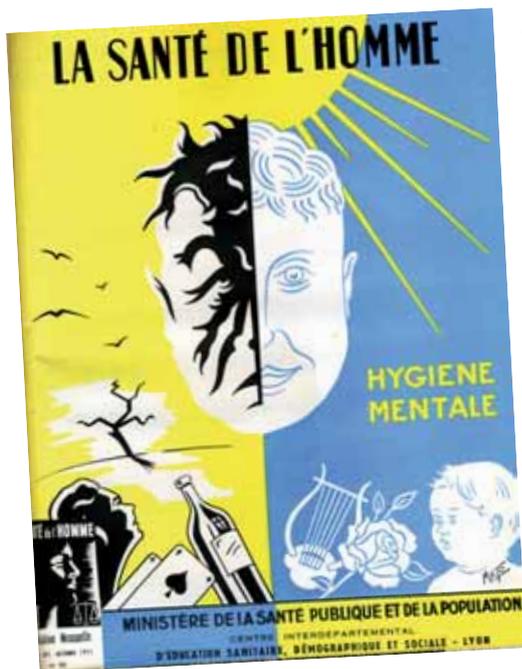
gressivement plus constituer son seul principe organisateur, au profit de la construction de « soi » pour les personnes vivant avec des troubles mentaux et pour leurs proches. Néanmoins, l'acceptation de la santé mentale en France reste plutôt dominée par la prise en charge des troubles mentaux. De ce point de vue, les soixante dernières années ont été marquées par des orientations déterminantes.

La mise en place à la Libération d'un système original de sécurité sociale, comportant une assurance maladie prenant en charge les frais occasionnés par le traitement de toutes les pathologies, y compris les pathologies mentales, est

sans doute une des particularités les plus marquantes par rapport à d'autres pays européens. Autre tournant, la mise en place dans notre pays à partir de 1960 de la politique de secteur (3). Une même équipe pluridisciplinaire dispense et coordonne, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires : prévention, soins, posture et réadaptation. Cette organisation va progressivement permettre une désinstitutionnalisation des patients en faveur d'un suivi dans la cité. Les articles de la revue vont s'efforcer de déplacer le curseur et, au-delà de la prise en charge, inscrire cette dimension comme le résultat des conditions de vie réelles des Français, mais aussi comme un déterminant majeur de leur qualité de vie. Ils vont également se faire l'écho des évolutions et vifs débats relatifs au dépistage et à la prise en charge des maladies mentales, et de la place donnée aux patients et à leur entourage.

L'hygiène mentale trouve peu à peu sa place au sein de l'hygiène publique

Les trois premiers dossiers publiés sont très majoritairement inscrits dans le mouvement hygiéniste, dominé par les médecins qui ont acquis la reconnaissance politique de leur rôle d'experts. Ils participent à l'évolution de la construction des différentes formes de déviances. Robert Castel, dans différents ouvrages dont un portant spécifiquement sur l'ordre psychiatrique (4), a analysé la déviance comme le produit d'un rapport social. Cette construction sociale justifie des interventions sociales dont l'objet varie en fonction des rapports de forces institués dans la société et en fonction de la conception dominante de ce qu'il est « bon » de promouvoir. L'histoire du mouvement hygiéniste est une des illus-



trations de la gestion des antagonismes sociaux par les pouvoirs médicalement institués. « *Les réformes hygiénistes ont impliqué l'amendement des mœurs des classes populaires, leur moralisation, le respect des règles de propreté, le choix judicieux des façons d'habiter, de s'occuper des bébés, d'observer une vie sociale décente, de ne pas fréquenter le cabaret, pour ne rien dire de la vie sexuelle. Une forte stigmatisation sociale atteint les prostituées, mais aussi les syphilitiques et même les tuberculeux, accusés d'être responsables de leur maladie du fait de leur comportement non hygiénique* » (5).

Dans cette période d'après-guerre, *La Santé de l'homme* s'inscrit donc dans un dispositif de prévention médicale, morale et sociale, porté par des ligues, des œuvres philanthropiques et des médecins hygiénistes ainsi que d'autres groupes sociaux. Les trois premiers dossiers s'intitulent sans ambiguïté « Hygiène mentale ». Le mouvement d'hygiène mentale prend place au sein de l'hygiène sociale, il se construit à partir d'une critique du mouvement asilaire, qui n'apparaît pas approprié au développement d'une prophylaxie s'adressant à l'ensemble d'une population. « *Si l'hygiène mentale est l'art d'acquiescer et de conserver la santé mentale, la prophylaxie des maladies mentales est l'un de ses objectifs. (...) Mais l'hygiène mentale est plus que cela : elle prétend assurer le plein développement des facultés intel-*

lectuelles, la formation du caractère et de la personnalité, l'adaptation scolaire professionnelle et sociale des individus. C'est donc en définitive tout le problème de la santé » (6).

Ainsi le numéro de 1947 ne décrit-il pas des « troubles mentaux » mais s'intéresse-t-il plutôt aux personnes et aux comportements qui peuvent influencer une bonne « hygiène mentale ». Citons ici : la famille, les jeunes mères, les parents, les instituteurs mais aussi l'influence de la sexualité, de l'optimisme, des exercices manuels, du travail, de la lecture, etc. Il édicte des jugements, normes et valeurs relevant du contrôle social (7), à forte dominance médicale et paternaliste. Néanmoins, *La Santé de l'homme* tente de poser

ce sujet dans une acception différente de celle des troubles mentaux, comme le rappellera Pierre Delore dans l'article introductif aux deux numéros spéciaux de 1955. La revue adopte une approche globale de la santé, considérant « *la santé mentale non pas comme un état négatif, l'absence de troubles, mais comme un état positif* » (8).

Les deux numéros de 1955 (9) se situent dans le contexte de la III^e conférence de l'Union internationale pour l'éducation sanitaire de la population (Rome, du 27 avril au 5 mai 1956). Pour la première fois, participeront aux travaux de la conférence non seulement les observateurs des grandes institutions des Nations unies, mais encore de nombreux spécialistes de l'éducation sanitaire et sociale : médecins, pharmaciens, infirmières, sociologues, éducateurs, techniciens en éducation sanitaire, etc. Elle se tient juste avant l'Assemblée mondiale de la santé prévue le 9 mai 1956 à Genève.

Peu à peu, l'organisation de la gestion de la santé mentale évolue. En 1955, l'État accorde au ministère de la Santé un budget de 60 millions pour participer aux dépenses de fonctionnement des dispensaires d'hygiène mentale¹, soit trois fois le chiffre moyen des deux années précédentes. L'année 1955 voit également la publication d'un décret alignant le mode de finan-

cement des dispensaires d'hygiène mentale sur celui des dispensaires d'hygiène sociale. À partir de janvier 1956, les dépenses d'hygiène mentale seront prises en charge à 80 % par l'État (10). La réforme est complétée par le décret du 20 mai 1955 qui leur confie le dépistage, la prophylaxie et la postcure des malades alcooliques. Enfin, cette même année, le Plan d'équipement, concrétisé par le décret-programme du 20 mai, fait une large part à l'équipement des hôpitaux psychiatriques. Il n'est donc pas étonnant que deux dossiers de la revue soient consacrés à ce sujet en 1955.

Années 1960 : éducation sanitaire des enfants et des jeunes

Le n° 156 de mai-juin 1968 (11) est consacré aux jeunes (enfants et étudiants) et met en évidence l'importance des milieux de vie, mais il vise également à « *mettre en lumière le rôle irremplaçable d'une éducation sanitaire au sens large dans la prévention des déséquilibres, comme dans le traitement des inadaptations. Celle-ci s'impose, non pas en marge de l'action médicale mais pleinement intégrée à celle-ci* » (12). Par ailleurs, ce numéro a pour particularité de reprendre, pour l'essentiel, un extrait d'une thèse de doctorat consacrée à la santé mentale des jeunes et se déprend ainsi du ton moralisateur relevé dans les dossiers précédents. Le deuxième volet de ce dossier s'intéresse – nous sommes en mai 1968 ! – à la santé mentale des étudiants. La vie étudiante est décrite comme une condition psychosociale

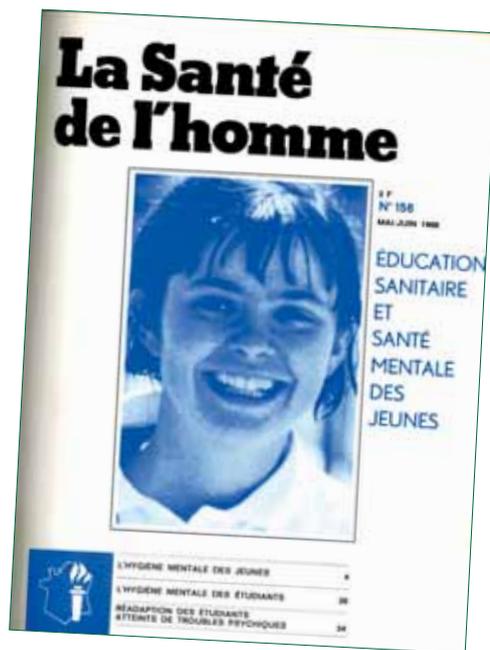


assez particulière. L'augmentation du nombre des étudiants, qui résulte des premières mesures de démocratisation de l'enseignement (il y avait, en 1954-1955, 135 000 étudiants, pour 321 000 en 1964-1965, soit 90 % de plus en dix ans), et la spécificité, pour certains, de leurs modes de vie (isolement, relégation dans des campus isolés) contrastent avec la lenteur de l'évolution des institutions.

Des dispositifs spécifiques pour l'aide psychologique des étudiants, en germe depuis 1955, ont pris leur place dans le paysage : médecine préventive universitaire, centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous), cités universitaires, service d'accueil des étudiants étrangers. Prennent place aussi, au niveau des enseignants, leurs associations professionnelles, leurs syndicats et la Mutuelle de l'éducation nationale (MGEN). La Fondation santé des étudiants de France (FSFES) dispose alors d'établissements pour la cure et la réadaptation des étudiants atteints de troubles mentaux. La Mutuelle nationale des étudiants de France (Mnef), dont les dirigeants sont eux-mêmes étudiants, participe à la gestion de ces dispositifs. Ces différents acteurs coopèrent au sein du Comité national universitaire pour la santé mentale (CNUSM), créé à l'initiative de la Ligue française d'hygiène mentale, en étroite accord avec la MGEN et la Mnef. De ce comité vont émerger les bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU), en 1955², qui vont peu à peu se substituer aux lits ouverts pour les étudiants tuberculeux.

Années 2000 : la politique de santé mentale se renforce

L'année 2001 marque, à plusieurs titres, un tournant important. Pour la première fois de son histoire, l'OMS proclame une année mondiale de la santé mentale, avec un slogan qui fera date : « Non à l'exclusion, oui aux soins ». Son rapport annuel dresse un bilan de la santé mentale dans le monde et énonce dix recommandations clés, parmi lesquelles : le respect des droits de l'homme dans le champ de la psychiatrie, la lutte contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux et la nécessité d'une alliance entre professionnels de santé (généralistes et spécialistes) et représentants des usagers et des familles (OMS, 2001).



L'année 2001 s'avère décisive pour la santé mentale en France également. Suite au rapport incisif de la Cour des comptes sur les failles de l'organisation des soins psychiatriques, de nombreux groupes de travail ministériels aboutissent à une série de recommandations suivies de la publication du premier Plan pour la santé mentale, en novembre. Ce plan se fixe pour enjeux de rénover la politique de sectorisation, en y associant non seulement l'État et les professionnels sanitaires et sociaux, mais également les élus locaux et les usagers, afin de changer de paradigme et de passer « de la psychiatrie à la santé mentale », soit d'une vision médico- et hospitalo-centrée à une organisation en réseau, pour des soins et un accompagnement de proximité dans la cité.

Le 4 mars 2002 est publiée une loi qui vise à renforcer la démocratie sanitaire en instaurant, notamment, le droit de chaque citoyen à l'information sur sa santé, la reconnaissance du rôle des associations d'usagers des services de santé, et, enfin, la transformation du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Dans ce contexte, le n° 359 de *La Santé de l'homme* (13) fait le point des évolutions pour proposer une nouvelle approche de la politique de santé mentale, notamment dans sa dimension de prévention et d'éducation à la santé. Le premier article procède à une analyse sociologique de la notion de santé men-

tale en posant clairement les enjeux de sa définition. En partant sur la base du modèle dichotomique, à dominante médicale, plaçant « la santé mentale » sur le plan des déterminants sociaux, environnementaux et individuels de la santé, et « la maladie mentale » sur celui d'une modalité de classement, de gestion et de traitement des troubles psychiques, Michel Joubert, sociologue, invite le lecteur à dépasser ce modèle et à adopter une approche multidimensionnelle de la santé mentale, permettant d'identifier les composantes de l'expérience des personnes affectées (14). Cela permettrait de réintégrer les variations sociales et culturelles dans la manière de traduire les affects, les émotions et la souffrance. Il déplore, par ailleurs, l'absence de réponse de « première ligne » évitant la stigmatisation et la médicalisation des situations.

Ce numéro prend appui sur la nécessité de changer la représentation de la santé mentale (grand public, professionnels), en posant les premières références de la lutte contre la stigmatisation et du rôle des campagnes de communication dans ce domaine. Il prône le travail en réseau territorial promu par les textes officiels et donne la parole à de nouveaux acteurs, afin de mieux saisir l'évolution des revendications des usagers confortées par la loi n° 2002-403 du 4 mars 2002 et celle des élus impliqués dans les politiques locales et confrontés à la souffrance psychosociale de leurs administrés.

De 2001 à 2005, pas moins de onze rapports officiels sur la psychiatrie et la santé mentale ont été rendus publics ! Les associations d'usagers et de proches (Fnap-psy et Unafam) ont contribué à leur élaboration, et on observe une convergence manifeste des recommandations ministérielles et des revendications associatives, signe que la lutte collective des usagers et des proches a su être entendue du politique (15). La planification et l'évaluation de la politique de santé mentale est devenue systématique.

En 2005, le deuxième Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) met l'accent sur l'information en santé mentale, la lutte contre la stigmatisation (16), l'articulation entre sanitaire, médico-social et social, et le renforcement des droits des usagers. En 2005, est également reconnu par la loi



le droit à compensation en cas de handicap psychique (comme conséquence d'une pathologie psychiatrique) et le soutien à la création des groupes d'entraide mutuelle (GEM), espaces de lutte contre l'isolement social. Environ 300 GEM seront créés entre 2005 et 2012. Dans le cadre de ce deuxième plan, l'Inpes réalise, en 2007, une campagne d'information sur la dépression, afin d'améliorer le diagnostic et la réponse thérapeutique, tout en portant remède aux nombreux cas non diagnostiqués et donc non traités. Il s'agit de la première campagne pédagogique d'envergure sur ce thème (radio, TV, Web, presse). Toutefois, notons qu'elle ne fera pas l'objet d'un dossier dans *La Santé de l'homme*.

En 2011, l'évaluation finale du plan (en retard de trois ans) est réalisée conjointement par le

Haut Conseil de la santé publique et la Cour des comptes (17). C'est à partir de plusieurs rapports (18), de l'évaluation du second plan³ et des débats parlementaires qui ont lieu lors de la révision de la loi sur les soins psychiatriques (19), qu'est rédigé le troisième Plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015). Il s'inscrit clairement dans le pacte européen (20) reconnaissant la santé mentale comme un droit de l'Homme et dans les recommandations de l'OMS (21) visant à améliorer les réponses aux troubles mentaux qui contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. « *La santé mentale doit être un domaine prioritaire des politiques de santé* » (22). Il décline la dimension territoriale de l'organisation des soins psychiatriques prônée par la loi Hôpital, patients, santé et territoires et réaffirme les principes de transversalité des pratiques pour les soins, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement et le rétablissement, l'importance de la promotion et la pré-

► Références bibliographiques

- (1) Hygiène mentale. *La Santé de l'homme*, octobre-novembre-décembre 1947, n° 45 : p. 133-156.
- (2) Préambule de la constitution de l'OMS, 1946 (p. 21 de la traduction française).
- (3) Ministère de la Santé publique et de la Population, circulaire n° 340 du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. *Bulletin Officiel Santé*, n° 1960.12 bis du 16 mars 1960.
- (4) Castel R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Les Éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1977 : 340 p.
- (5) Bourdelais P. *Les épidémies terrassées : une histoire des pays riches*. Paris : Éditions de La Martinière, 2003 : p. 241.
- (6) Dechaume J., Girard P.-F. Hygiène mentale et santé. *La Santé de l'homme*, octobre-novembre-décembre 1947, n° 45 : p. 156.
- (7) Avec la notion de contrôle social, c'est finalement toute la question de la régulation des conduites, des processus d'inculcation et d'emprise des normes qui est posée. *Politix*, 2012, vol. 25, n° 97 : p. 3.
- (8) Delore P. La santé mentale : une hygiène, une éducation. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1955, n° 90 : p. 97.
- (9) Hygiène mentale [I]. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1955, n° 90 : p. 97-128 ; Hygiène mentale [II]. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1955, n° 91 : p. 129-150.
- (10) Jean P. Vers l'organisation de la lutte contre les maladies mentales. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1955, n° 90 : p. 119-120.
- (11) Éducation sanitaire et santé mentale des jeunes [Dossier]. *La Santé de l'homme*, mai-juin 1968, n° 156 : p. 2-41.
- (12) Aujoulat L.-P. Éducation sanitaire et santé mentale des jeunes [Dossier]. *La Santé de l'homme*, mai-juin 1968, n° 156 : p. 2.
- (13) Santé mentale : des partenariats et des actions à promouvoir [Dossier]. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2002, n° 359 : p. 3-57. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-359.pdf>
- (14) Joubert M. Une approche sociologique de la santé mentale. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2002, n° 359 : p. 6-9. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-359.pdf>
- (15) Caria A. La place des usagers en santé mentale. Récentes évolutions. In : Guelfi J.-D., Rouillon F. dir. *Manuel de Psychiatrie*. Paris : Masson, 2012 : p. 752-759.
- (16) Caria A., Arfeuillère S., Vasseur Bacle S., Loubières C. Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? *La Santé de l'homme*, mai-juin 2012, n° 419 : p. 25-27.
- (17) En ligne : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefr=227&menu=09>
- (18) Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport d'Edouard Couty, janvier 2009. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf ; La prise en charge psychiatrique en France. Rapport d'Alain Milon, avril 2009. En ligne : <http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf>
- (19) Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques.html>
- (20) Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Bruxelles, 12-13 juin 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf
- (21) Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2005. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf
- (22) En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html>
- (23) *Empowerment* et santé mentale [Dossier]. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme413.pdf>



vention, le renforcement des droits des usagers, la nécessaire implication des élus (*via* les conseils locaux de santé mentale), ainsi que l'amélioration du niveau d'information des populations et la lutte contre l'exclusion et les ruptures de parcours de soins. Ce plan fixe des orientations stratégiques nationales dont l'application opérationnelle est confiée aux agences régionales de santé.

Durant cette décennie, on constate donc que la politique de santé mentale se trouve renforcée par l'influence simultanée des recommandations internationales et des revendications des associations d'usagers. C'est dans ce contexte que paraît, dix ans après la loi sur les droits des patients, le n° 413 de la revue, consacré à la notion d'*empowerment* en santé mentale (23), notion fondamentale mais méconnue. Comme les précédents numéros qui accompagnaient des évolutions sociétales vis-à-vis de la santé mentale, celui-ci ouvre de claires perspectives sur les enjeux futurs dans le champ de la promotion de la santé mentale. L'*empowerment* c'est l'accroissement du pouvoir d'agir, la capacité à piloter sa propre vie. Par l'*empowerment*, le patient va acquérir l'autonomie lui permettant de mieux maîtriser son destin⁴. Cette notion est fondamentale si l'on veut véritablement promouvoir la santé de ces usagers, leur donner les moyens d'être autonomes, de décider, de choisir. Le numéro expose les références théoriques indispensables et fait la part belle à toute une

série d'expériences françaises et étrangères, innovantes, et qui gagneraient à être développées (maison des usagers, groupes d'entraide mutuelle, ateliers prospect, conseils locaux de santé mentale, pairs-aidants, etc.).

Conclusion

Depuis soixante-dix ans, les articles de *La Santé de l'homme* sont le témoin d'une double évolution : du champ de la morale, de l'hygiénisme et du contrôle social vers celui de la santé publique, ainsi que de l'intégration de la psychiatrie dans le champ de la médecine et de la santé mentale dans celui de la santé publique.

Progressivement, certains facteurs de risques vont être reconnus équivalents pour la santé somatique et la santé psychique, et il va en être de même pour la transversalité des prévalences (toutes les classes sociales peuvent être touchées). Cette appréhension plus systémique des questions liées à la santé mentale va appeler notamment dans le champ de la santé publique la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé et se traduire également par une prise de conscience de la stigmatisation et de l'importance de la lutte contre les discriminations. Cependant, les difficultés à développer une politique de promotion et de prévention efficace et coordonnée, du fait de la prévalence de la vision sanitaire et hospitalo-centrée, persistent.

Annick Fayard

Chargée d'expertise scientifique, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Aude Caria

Psychologue, coordinatrice Psycom75.

1. Des dispensaires d'hygiène mentale ont été créés dans presque tous les départements au cours des années 1946-1954, selon des recommandations formulées par des circulaires ministérielles. Ils fonctionnent dans le cadre des services départementaux d'hygiène sociale, c'est-à-dire sous l'autorité du directeur départemental de la Santé. Les consultations sont effectuées par des médecins spécialistes – en général les psychiatres des hôpitaux psychiatriques. Le service social est assuré par des assistantes sociales qui, selon les cas, consacrent la totalité ou une partie seulement de leur activité à l'hygiène mentale. La plupart du temps, ces dispensaires sont installés dans des locaux

des dispensaires polyvalents. Les départements assuraient la charge de ces dispensaires avec des participations variables des caisses de sécurité sociale et d'une subvention de l'État en moyenne de l'ordre de 15 % des dépenses globales : les dépenses d'hygiène mentale n'étaient pas réparties entre l'État et les collectivités selon les barèmes applicables aux lois d'assistance.

2. La Fondation santé des étudiants de France ouvrit, en 1956, une petite clinique de 15 lits dans une maison contiguë à la posture pour étudiants tuberculeux. • Après trois ans d'expériences, les résultats constatés amenèrent la Fondation à convertir, de 1959 à 1961, tous les locaux de la posture qui se transformèrent en une clinique médico-psychologique de 80 lits pour étudiants et étudiantes. En 1962, un pavillon de 50 lits fut construit à peu de distance et dans la même localité tandis que, parallèlement, la Fondation ouvrait deux établissements analogues à La Tronche (Isère) avec la clinique Georges Dumas (63 lits) et au 6, rue du Conventionnel Chiappe à Paris (60 lits). • Dr Claude Veil, sous-directeur d'études à la VI^e Section de l'École pratique des hautes études (*La Santé de l'homme*, mai-juin 1968, n° 156 : p. 36).

3. Qui conclut que « la plupart des mesures prévues ont été mises en œuvre, au moins partiellement. Si des progrès significatifs ont été enregistrés en matière d'offre de soins et d'accompagnement médico-social et social, le Plan a peu fait évoluer les organisations et les pratiques. Des avancées ont eu lieu dans le renforcement des droits des malades mais avec peu d'effets concrets. Enfin, l'effet sur la recherche est resté très limité. Parmi les pistes de préconisations, le Haut Comité de santé publique propose notamment d'assurer la continuité des prises en charge et l'accès aux soins, de favoriser la prévention précoce... Il rappelle l'importance d'une politique publique explicite de psychiatrie et de santé mentale ».

4. L'OMS le définit ainsi : « fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie (...) La clé de l'*empowerment* se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements. Permettre aux usagers des services de santé mentale de décider pour eux-mêmes : c'est l'objectif de l'*empowerment*. »



ENTRETIEN AVEC...

Sabrina Fouinat, conseillère à la mission locale de Vitry-sur-Seine

« Une source documentaire non négligeable »

Que représente, pour vous, *La Santé de l'homme* ?

Sabrina Fouinat : C'est un support d'information pour les professionnels de la prévention et de la santé qui apporte des éléments permettant de faire le point sur de grandes thématiques qui touchent à la santé. La revue met à jour des connaissances. Elle donne des éléments statistiques, des repères qui sont très utiles pour nos actions. C'est pour moi une revue importante car elle représente une source documentaire non négligeable. Elle me propose des informations très diverses venant de sources différentes. Elle me permet d'avoir des analyses sur ce qui se fait, sur les grandes tendances.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

Je l'utilise de manière ponctuelle car tout dépend du thème central traité. Il est vrai que je consacre beaucoup de temps à la lecture de la revue quand celle-ci traite d'un sujet qui est dans mon actualité. Et il m'arrive, quand c'est le cas, d'aller chercher des renseignements complémentaires sur le site de l'Inpes. Je vais

alors télécharger les documents. J'aime bien les notes de lecture et les articles nous présentant des documents ou des outils nouveaux.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

La Santé de l'homme propose des documents assez complets. Elle apporte beaucoup d'informations et donne la parole à de nombreux acteurs de la prévention et de la santé. Elle est un élément central pour notre réflexion. Je pense toutefois qu'il manque des fiches plus synthétiques. Elles nous permettraient, lorsque l'on n'a pas beaucoup de temps, d'aller rapidement à l'essentiel. Peut-être faudrait-il un relai efficace sur le site pour avoir des informations plus courtes, plus rapides. Les thèmes proposés sont évidemment utiles pour ma fonction de conseillère dans une mission locale. Il serait sans doute important que la revue propose des sujets un peu plus d'actualité et plus ciblés, plus en rapport avec les publics que nous rencontrons dans nos missions locales.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale

Les questions liées à la précarité et à la pauvreté ont toujours été présentes dans les articles de *La Santé de l'homme*. Dans les premiers numéros, les problèmes de restrictions alimentaires, d'habitat et de maladies infectieuses qui touchaient les populations les plus pauvres étaient mis en avant. Malgré l'amélioration globale de la santé, la revue s'est fait ensuite l'écho des écarts qui se creusaient entre catégories sociales, résultant d'une inégale répartition des déterminants socio-environnementaux. Aujourd'hui, le débat sur les inégalités sociales de santé est ouvert au niveau international.

Le soleil se lève sur la première couverture de *La Santé de l'homme* mais l'horizon pluvieux donne naissance à un arc-en-ciel en bleu et blanc. La polychromie n'est pas encore de mise.

1942 : l'état de santé de la population française en cette période difficile et douloureuse de l'histoire est globalement peu satisfaisant. L'espérance de vie à la naissance est de 54,3 ans pour les hommes et de 59 ans pour les femmes (données sur la période 1928-1933) – situation moins bonne que celle d'autres pays comme les Pays-Bas, la Suède, l'Allemagne ou l'Angleterre. La mortalité infantile est de 77 pour 1000 (données sur la période 1930-1932), moins bien que d'autres pays dont les États-Unis, l'Angleterre, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas, la Norvège, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande (1).

Priorité à l'amélioration de l'état de santé des plus pauvres

L'habitat est dans une situation préoccupante tant dans les villes, en raison de l'urbanisation sous l'effet de l'industrialisation, que dans les campagnes. Les articles de *La Santé de l'homme* décrivent le fléau des taudis générateurs de maladies et de mort : 200 000 par an (2), que ce soit pour les ouvriers, les petits employés mais aussi les bourgeois. Les épidémies ainsi que la malnutrition sont des sujets prioritaires. La gestion de l'alimentation des écoliers est complexe, la carte de rationnement A (3) ne permet pas de couvrir les besoins alimentaires

des enfants et une recommandation de modération nécessaire dans l'entraînement physique des adolescents en période de restrictions alimentaires a été prise par la Société médicale des hôpitaux de Lyon (27 mai 1941) (4). La France, comme de nombreux pays, est soucieuse de la lutte contre les maladies et les fléaux identifiés comme source d'une mortalité élevée. Les priorités vont à la lutte contre les maladies infectieuses dont la tuberculose, l'insalubrité, la nécessité d'une eau potable, la satisfaction des besoins alimentaires dans un contexte de restrictions alimentaires.

C'est dans ce contexte qu'en complément des programmes d'émissions de radio santé, initiées depuis 1940, la revue *La Santé de l'homme* est créée, en 1942, pour aider à « éduquer la population ». Elle cible les milieux sociaux et plus particulièrement les éducateurs (maîtres en milieu scolaire, organisations de jeunesse... mais aussi la famille).

Les questions liées à l'amélioration de la santé de la population se concentrent sur celle des plus pauvres, les économiquement faibles, les moins éduqués, en cohérence avec les études sur la santé dont les analyses de mortalité différentielle se concentrent sur les extrêmes de l'échelle sociale (écarts entre les riches et les pauvres), sur les écarts entre les

régions et sur les liens avec les comportements individuels (5).

De nombreux articles et dossiers ont été consacrés à ces populations et à la lutte contre les facteurs de risque majeurs identifiés (tabac, alcool, manque d'activité physique, mauvaise alimentation, etc.). L'approche biomédicale et la domination du curatif, en lien avec la solvabilité

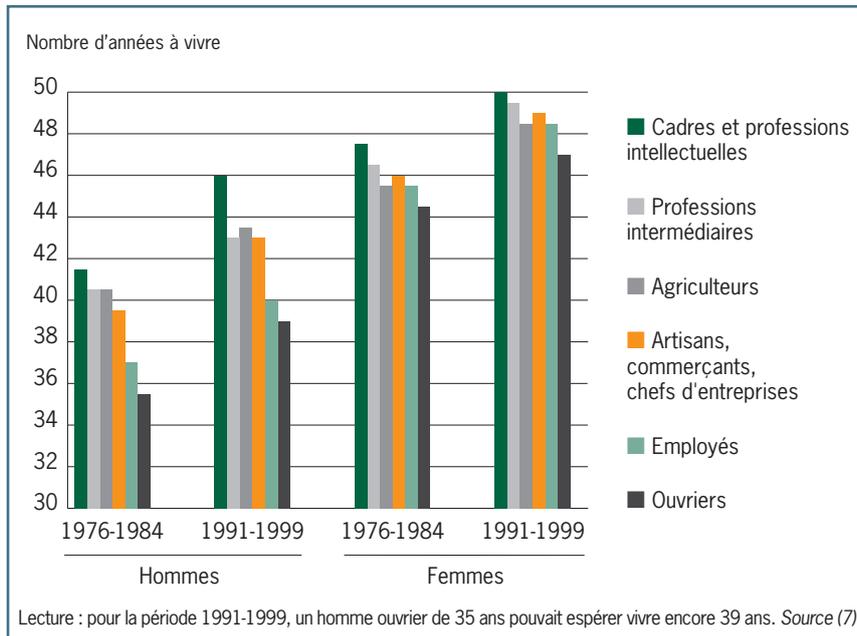
collective de l'accès aux soins pour chacun selon son état de santé, étaient apparus, avec l'éducation de la population, comme une réponse permettant aux écarts de disparaître. La crise économique a renforcé l'idée que la solution se trouvait dans l'accès aux soins pour les plus démunis.

Pourtant, les écarts se creusent

Pourtant, alors que la santé globalement s'améliore progressivement pour tous (l'espérance de vie maximum a connu un rythme d'accroissement de 7 % entre 1960-1965, et 20 % entre 1995-2003) (6), les écarts se creusent. Il ne s'agit plus seulement d'une opposition entre les plus riches et les plus pauvres, mais de la mise en évidence par les travaux de socio-épidémiologie d'un gradient social des inégalités (*Figure 1*). Les questions liées à la précarité, la pauvreté ou l'exclusion, toujours d'actualité, ont tendance à occulter une autre question



Figure 1. Espérance de vie à 35 ans des hommes et des femmes en France, par catégorie socioprofessionnelle (1976-1984 et 1991-1999).



tout aussi dérangeante, celle des écarts entre les différentes catégories sociales et pas seulement les extrêmes.

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Les travaux de recherche en épidémiologie sociale et en géographie de la santé apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux qui bousculent l'approche biomédicale de la santé qui

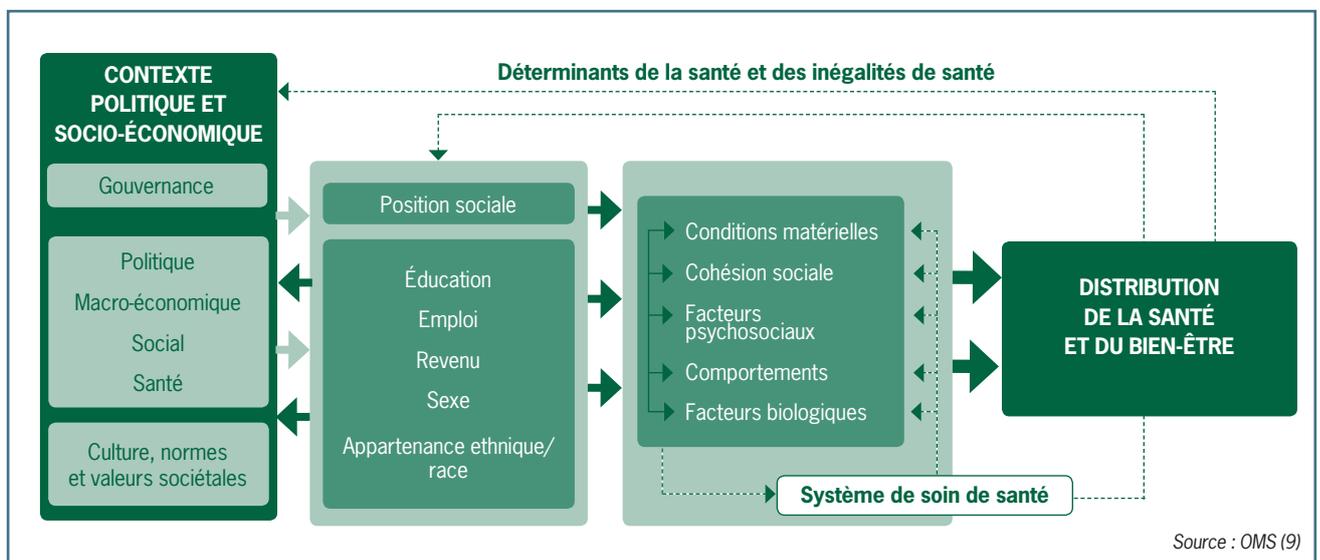
prédomine encore en France. Ils documentent, de façon convergente, la connaissance des inégalités sociales de santé et celle des liens avec les déterminants sociaux. Des modèles explicatifs ont été développés, le plus connu est celui en forme d'arc-en-ciel élaboré par Dahlgren et Whitehead (8), ou celui plus récent de la Commission européenne des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (9). Ce dernier met en lumière les déterminants structurels qui influencent les déterminants intermédiaires de la santé et les comportements de santé (Figure 2).

Nécessité de prendre en compte les conditions de vie

Les différents déterminants que l'on rassemble désormais dans une approche socio-environnementale de la santé ont donné lieu à de nombreux articles dans l'histoire de *La Santé de l'homme* (et plus particulièrement ceux concernant l'éducation, le logement, les conditions de travail, les facteurs psychosociaux...). En 1942, la revue se veut « un journal d'hygiène, de médecine préventive et sociale », résolument axé sur la prévention et non sur les soins au service d'une « santé qui ne se réduit pas à la simple absence de maladie » (11). Pour les dix-huit sections (lire l'encadré p. 37), des contributeurs qui ne se limitent pas aux professionnels de santé sont mobilisés. On y trouve des professeurs d'éducation physique, d'enseignement ménager, des architectes, urbanistes, assistantes sociales, etc. C'est une diversité d'approches et de rédacteurs.

À côté de l'approche sur des facteurs de risque, on trouve de nombreux articles sur l'environnement et les conditions de vie. Pierre Delore décrit l'importance de « la médecine de la santé », celle qui s'adresse à l'homme bien portant dont il écrit « ses possibilités insoupçonnées dépasseront de beaucoup celles de l'hygiène et de la médecine préventive actuelles » (12). Il s'insurge contre la non-prise en compte des autres besoins de santé : « Les équipements pour le sport sont à peu près nuls, et les équipements médico-chirurgicaux insuffisants alors que les pharmaciens font fortune » (13). En 1944,

Figure 2. Modèle des déterminants sociaux de la santé.



un dossier est consacré au « savoir habiter » avec un plaidoyer pour le droit au logement dans un article intitulé « *Sous le signe de la justice sociale ; savoir habiter, pouvoir habiter* » (14). P. Delore y écrit : « *Le taudis est une des plus grandes misères de la vie, un des plus grands scandales de l'époque, une des plus grandes injustices sociales...* » (15).

Pour une politique nationale de réduction des inégalités sociales de santé

La question des inégalités sociales de santé, avec un accroissement des écarts au sein de la société, englobe la question de la santé des extrêmes (entre les plus riches et les plus pauvres) mais ne limite pas à ces groupes sociaux. Ces inégalités résultent d'une inégale répartition des déterminants socio-environnementaux de la santé et constituent une injustice sociale.

« *Si [par nos interventions] nous ciblons seulement les 10 % les plus pauvres, nous passons à côté de l'essence du problème que sont les inégalités sociales de santé* » Michael Marmot (16).

Les sections constitutives de la revue *La Santé de l'homme*

Ces sections (rubriques) ont été constituées de techniques éducatives correspondant aux différents secteurs de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale.

- | | |
|---|---|
| 1. L'Homme normal et la santé | 10. Alcoolisme |
| 2. Eugénique et maternité | 11. Tuberculose |
| 3. Puériculture | 12. Maladies vénériennes |
| 4. Hygiène scolaire | 13. Cancer |
| 5. Hygiène des groupements scolaires | 14. Maladies infectieuses |
| 6. Hygiène corporelle, éducation physique et sports | 15. Hygiène mentale |
| 7. Hygiène ménagère et alimentaire | 16. Spécialités : œil, gorge, oreilles, dents |
| 8. Habitation et urbanisme | 17. Travail et santé – Prévention et sécurité |
| 9. Hygiène rurale et vétérinaire | 18. Économie humaine, Service social |

Le débat sur leur réduction est ouvert tant au niveau européen qu'au niveau national (17, 18). En France, il n'existe à ce jour aucun programme intersectoriel pour une politique nationale de lutte ou de réduction des inégalités sociales de santé. Si le système de santé peut veiller à ne pas les aggraver, voire mettre en œuvre des actions de rattrapage, il ne faudrait pas que l'objectif assigné aux soins et à la prévention conduise à l'occultation du débat social pour l'élaboration de politiques publiques fondées sur la justice

sociale. Dès 1942, divers contributeurs dans *La Santé de l'homme* appelaient à un travail intersectoriel dans lequel architecte, médecin, économiste, législateur... travailleraient au service du développement humain et de la santé de l'homme. Soixante-dix ans après, ce plaidoyer est toujours d'actualité...

Dr Marie-José Moquet

Chef du département Qualité et Labellisation,
direction de l'Animation des territoires
et des réseaux, Inpes.

► Références bibliographiques

- (1) Quelques éléments de démographie française. *La Santé de l'homme*, novembre 1942, n° 7 : p. 4.
- (2) *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 13.
- (3) Randoïn L. Comment doit-on s'efforcer de résoudre le problème de l'alimentation en temps de restrictions ? *La Santé de l'homme*, décembre 1942, n° 8 : p. 5.
- (4) La modération nécessaire dans l'entraînement physique des adolescents en période de restrictions alimentaires. *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 10.
- (5) *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1965, n° 135 ; septembre-octobre 1992, n° 301 ; janvier-février 1997, n° 327.
- (6) Vallin J., Meslé F. Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? Population et sociétés, décembre 2010, n° 473 : 4 p. En ligne : www.ined.fr/fichier/t_publication/1521/publi_pdf1_pes473.pdf
- (7) Lang T., Leclerc A. Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. M. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 64. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/>

[catalogue/pdf/1333.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf)

- (8) Dahlgren G., Whitehead M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Medicine Health Policy and Planning*, 2008 ; 23 : p. 318-327. (Source d'origine : Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute for Future Studies, 1991).
- (9) *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008. Résumé analytique du rapport final : 34 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf
- (10) Guichard A., Potvin L. Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. M. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 45. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- (11) Delore P. Présentation. *La Santé de l'homme*, avril 1942, n° 1 : p. 1.

- (12) Delore P. L'homme normal et la santé. *La Santé de l'homme*, juin 1942, n° 3 : p. 1.
- (13) Winter P. Urbanisme et médecine. *La Santé de l'homme*, novembre 1942, n° 7 : p. 9.
- (14) Sous le signe de la justice sociale : savoir habiter, pouvoir habiter. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1944, n° 24 : p. 109.
- (15) Delore P. Le taudis et ses méfaits. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1944, n° 24 : p. 126.
- (16) Professor Sir Michael Marmot. *Closing the Gap in a generation: Global Health Equity and the Commission on Social Determinants of Health*. Conférence, Montréal, 5 février 2009. En ligne : http://www.centrelearoback.org/assets/html/clr_player_marmot_video.html
- (17) Comment réduire les inégalités sociales de santé ? *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, n° 397 : p. 16-47. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>
- (18) Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention [dossier]. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2011, n° 414 : p. 7-43. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

ENTRETIEN AVEC...

Anne Sizaret, documentaliste à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Franche-Comté

« Qu'elle garde son côté informatif et pratique »

Que représente, pour vous, *La Santé de l'homme* ?

Anne Sizaret : Notre centre de documentation est abonné à la revue depuis des années. C'est pour nous une source d'informations très précieuse. *La Santé de l'homme*, outre le fait qu'elle est un important outil de travail, possède, selon moi, une particularité : elle est l'une des rares revues à la fois scientifique, avec des guillemets, et professionnelle dans laquelle nous pouvons trouver des récits d'expérience. En tant que documentaliste, c'est fondamental.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

Je l'utilise comme un réservoir de documentation. Je puise dedans en fonction des thèmes qui sont proposés, notamment dans le dossier central. Je cherche des articles pratiques, mettant l'accent sur des expériences ou sur des interventions qui peuvent être reproduites. Dans le dossier « Alimentation et précarité », par exemple, il y avait des exemples d'activités culinaires, des éléments très pra-

tico-pratiques. J'aime trouver des éléments comme ceux-là. Quand je reçois la revue, je me précipite sur la rubrique Lectures, pour voir la liste des ouvrages qui ont été sélectionnés par les documentalistes de l'Inpes. C'est un moyen, pour moi, de faire de la veille documentaire. Ensuite, je lis le dossier et sa partie « Pour en savoir plus ». C'est aussi un moyen d'avoir, très rapidement, une revue de la littérature.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

Je voudrais simplement qu'elle reste comme elle est. Qu'elle garde son côté informatif et pratique. Je trouve que l'équilibre est bon et qu'il ne faudrait pas qu'elle devienne une revue à dominante scientifique comme la *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, par exemple. Il est très important qu'elle reste celle du terrain et qu'elle reste le témoignage des acteurs.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Éducation thérapeutique du patient, retour vers le futur

Retour dans le passé. 1955 : l'éducation du patient au sanatorium de Beaurouvre. Le docteur J.-J. Hazemann relate son expérience dans un article de *La Santé de l'homme*. Son projet est l'illustration de ce que les autorités de santé proposent d'inscrire aujourd'hui dans les programmes qu'elles promeuvent... et va même au-delà.

Si l'on en juge par le nombre de rapports, recommandations, textes législatifs et réglementaires dont elle a fait l'objet ces dix dernières années, l'éducation thérapeutique est un sujet d'actualité. Est-elle, pour autant, une pratique d'apparition récente ?

Il est habituel d'expliquer l'intérêt qu'elle suscite chez les professionnels de santé, les associations de patients, les institutions de santé publique et les hommes politiques par la transition épidémiologique : augmentation des maladies chroniques et dégénératives succédant à la diminution des épidémies de maladies infectieuses. Toutefois, dans les années 1950 et 1960, certains dossiers et articles de *La Santé de l'homme* étaient déjà consacrés à l'éducation sanitaire intégrée aux soins curatifs, notamment à propos de la tuberculose. Après en avoir cité quelques exemples, nous présenterons un document relatif à l'éducation des patients soignés en sanatorium.

Les contours de l'éducation thérapeutique

En 1953, le professeur Pierre Delore décrit le rôle éducatif de plusieurs professionnels de santé : « *Tout médecin praticien doit se considérer d'abord comme conseiller et éducateur de santé [...], devant un cas pathologique doit tenir compte des facteurs ou des fautes d'hygiène qui ont pu intervenir dans la genèse de la maladie et qui sont susceptibles de compromettre la guérison stable. Il doit en tirer la conclusion éducative. [...] Les infirmières [...] ont des occasions nombreuses et faciles d'éducation sanitaire. Une mention particulière doit être faite pour les infirmières visiteuses à domicile, pour les puéricultrices et aussi pour les diététiciennes. L'hygiène alimentaire est un des pre-*

miers articles de l'hygiène générale : apprendre à se nourrir correctement à tous les âges est une condition majeure de la santé. [...] Les pharmaciens peuvent participer à l'éducation sanitaire notamment :

– en répétant à leurs clients que les médicaments ne remplacent jamais les mesures d'hygiène et de prévention ;
– en les mettant en garde contre les intoxications par méprise ;
– en mettant une partie de leur vitrine à la disposition des éducateurs sanitaires pour y placer des tracts, des affiches, des documents éducatifs » (1).

En 1962, selon le professeur E. Aujaleu, l'éducation sanitaire favorise l'adhésion au traitement et les changements d'habitudes de vie chez les personnes malades chroniques : « *L'éducation sanitaire incite les malades à accepter les thérapeutiques qui leur sont nécessaires et celles-là seulement. [...] L'éducation sanitaire peut fournir les éléments indispensables à l'établissement d'un genre de vie convenable, tant au cours des maladies chroniques qu'au moment de la réadaptation professionnelle et sociale des malades et infirmes » (2).*

En 1964, la nécessité d'un partenariat soignant/soigné est clairement évoquée : « *Le rôle du médecin chef de service, ainsi que celui de ses assistants et de tout le personnel soignant est primordial. Tous doivent s'attacher, comme l'a écrit P. Delore, à prendre le malade ou le blessé comme collaborateur, à l'associer à l'action thérapeutique, à le faire participer directement, consciemment et constam-*

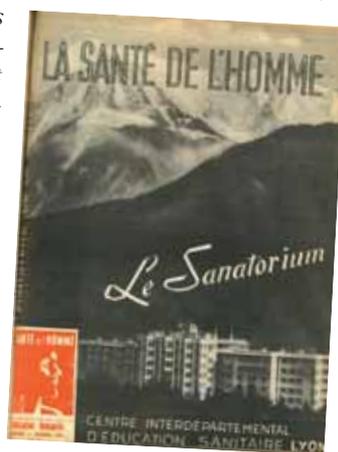
ment, à son propre traitement ; à faire appel à sa compréhension, à son jugement, à sa volonté, à sa responsabilité, dans toute la mesure où ces sentiments peuvent coopérer à la thérapeutique » (3).

En 1966, le professeur G. Petit-Maire

insiste sur le rôle éducatif du médecin généraliste, complément indispensable des campagnes de communication grand public. « *L'omnipraticien doit rester le conseiller autant dans le domaine de la prévention que dans celui des soins et, éventuellement, de la réadaptation. Plus encore que conseiller, il doit être un véritable éducateur. [...] Pour être efficaces, information et propagande*

doivent être précédées, accompagnées et suivies d'une action éducative, laissant place au jugement et à l'esprit critique, s'exerçant par l'intervention de tous ceux qui, du fait de leur situation sociale et professionnelle, peuvent orienter ou modifier le comportement de ceux qu'ils touchent. » (4)

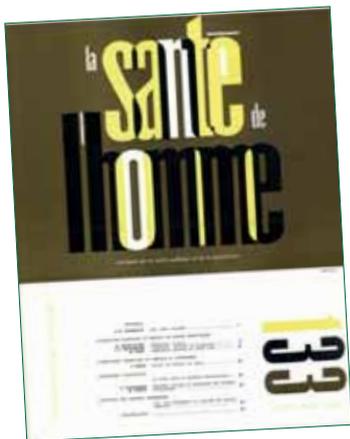
L'article que nous allons présenter maintenant a été publié en 1964 et relate une expérience débutée en 1955 (5). À cette époque, la Haute Autorité de santé et les agences régionales de santé n'existaient pas et personne ne parlait de « programme d'éducation thérapeutique du patient ». Néanmoins, l'établissement dont il est question dans ce document aurait constitué un lieu de stage idéal pour découvrir une éducation thérapeutique intégrée aux pratiques soignantes, indissociable des soins médicaux et



respectant les principes de promotion de la santé énoncés dans la charte d'Otawa... trente ans plus tard !

1955 : l'éducation du patient au sanatorium de Beaurouvre

En 1955, la Sécurité sociale confiait au docteur Jean-Jacques Hazemann la création et la direction d'un sanatorium en Eure-et-Loir, dans le château de Beaurouvre. L'objectif assigné était de « *guérir un pourcentage de malades le plus voisin possible de 100 % dans les délais les plus rapides, aux moindres séquelles* ». À cette époque, les traitements antibiotiques existaient mais « *les médecins pbtiologues étaient amenés à constater qu'une proportion importante de leurs malades se refusaient à accepter les impératifs d'un traitement et d'une discipline de cure dont ils ne comprenaient pas l'impérieuse nécessité* ». Certains d'entre eux, directeurs de sanatorium, s'efforcèrent « *de faire régner dans leurs établissements une discipline stricte* » pour « *obtenir de leurs malades une obéissance inconditionnelle* ». L'utilisation de la contrainte pour améliorer l'observance se révéla tout à fait contre-productive : « *30 à 50 % des pensionnaires, selon les sanatoriums, sortirent contre avis médical. Les malades refusèrent même le plus souvent d'entrer dans ces établissements.* »



Le docteur Hazemann, ancien résistant et militant communiste, déjà fort expérimenté en matière de traitement de la tuberculose, décida de s'y prendre autrement. Outre le traitement médical et le repos, les facteurs de réussite d'un séjour de plusieurs mois en sanatorium étaient, selon lui, « *l'éducation sanitaire permanente systématisée* » et « *la préparation d'un avenir meilleur* » par une promotion de la personne malade « *sur*

tous les plans : physique, fonctionnel, psychique, culturel, moral, professionnel, social ».

La démarche qu'il décrit témoigne d'une éducation thérapeutique présente tout au long du séjour, indissociable des soins et répondant aux **référentiels de qualité établis beaucoup plus tard par l'Organisation mondiale de la santé (1998) et repris par la Haute Autorité de santé et l'Inpes, en 2007 (6) (ci-dessous en couleur orange)**.

Une démarche de qualité

• Une approche globale et personnalisée, incluant les proches des patients

Le jour-même de son arrivée au sanatorium, le patient est reçu par le médecin-directeur de l'établissement qui « *s'avance vers lui, souriant, pour lui souhaiter la bienvenue à lui et à sa famille.* » Après la mise en confiance, l'entretien débute par des questions ouvertes portant sur les conditions de vie du patient et de ses proches : « *Comment vont les enfants ? Dans quelles conditions vivez-vous ? Comment êtes-vous logés ? Quelles sont les ressources au foyer ? [...] Selon son tempérament, son niveau intellectuel, chaque malade, parle, se livre, raconte sa vie, ses problèmes, dit ce qu'il sait, ce qu'il ignore.* » Le médecin explore ce que le patient a compris de sa maladie et de son traitement puis lui explique « *aussi simplement que possible, ce qu'est la tuberculose.* » Il décrit le projet et le fonctionnement de l'établissement, les personnes qui composent l'équipe, la démarche et les activités proposées aux patients. « *L'accueil de l'entrant par le médecin-directeur, ce colloque intime dont une grande partie a été réservée à l'éducation sanitaire, a souvent duré une demi-heure, trois quarts d'heure, parfois une heure. Cet entretien ne représente qu'un premier contact, l'amorce d'un dialogue qui va se perpétuer pendant tout le séjour du malade au sanatorium. Ce dialogue, toutefois, ne va plus par la suite se poursuivre avec le médecin seul, mais avec toute l'équipe médico-psycho-sociale et culturelle.* » Le patient sera ainsi reçu à plusieurs reprises par chaque membre de l'équipe. Des bilans de synthèse auront lieu régulièrement, permettant de confronter les points de vue et de coordonner les interventions des uns et des autres.

« *La famille est un élément de la motivation du malade, le médecin et son équipe ne sauraient s'en désintéresser. Si le médecin-directeur a pu déjà parler*

avec la mère ou avec la femme lors de l'arrivée du pensionnaire et débiter ainsi l'éducation sanitaire de la famille, il faut que celle-ci se poursuive ou se réalise pendant toute la durée du séjour du malade au sanatorium. Un dimanche par mois, le médecin-directeur et ses adjoints, avec l'assistante sociale, sont à la disposition des familles pour s'entretenir avec elles des problèmes de leurs malades ou de leurs problèmes propres. [...] Lors des grandes fêtes du sanatorium qui ont lieu quatre fois par an et réunissent malades, familles, amis et médecins, l'un des médecins de l'établissement prend généralement la parole pour expliquer très brièvement les résultats qu'on peut attendre d'un traitement correct de la tuberculose, pour rappeler les dangers de l'alcool, pour préconiser la prophylaxie par le BCG. »

• Une variété d'activités pédagogiques

« *L'éducation en colloques particuliers n'est pas la seule que reçoit le malade au sanatorium. Il appartient à une collectivité de malades et, comme tel, il reçoit aussi une éducation collective.* » Une « *radiophonie intérieure* » permet de diffuser aux personnes malades des informations et des conseils : chaque professionnel a son propre jour d'émission et les anciens malades sont invités à enregistrer leur témoignage quand ils reviennent au sanatorium, en tant que visiteurs, ou bien leurs lettres sont lues et commentées à l'antenne.

Des assemblées générales des pensionnaires ont souvent lieu « *avant ou après la projection d'un film d'éducation sanitaire. Elles permettent d'indispensables échanges de vue et ont l'avantage de donner aux médecins le contact direct avec la collectivité-malades. Dans le feu de la discussion, certains malades, parce qu'ils se sentent soutenus par la foule, posent des questions qu'ils n'oseraient jamais poser s'ils étaient seuls, face à face, avec leur médecin. [...] Certaines réunions ont lieu avec des groupes plus restreints de malades, intéressés par les problèmes de planning familial, etc.* »

• Une adaptation permanente aux besoins subjectifs et objectifs du patient

« *La connaissance globale de l'homme et de l'ensemble des problèmes qu'il pose permet, dès le premier bilan de synthèse, d'établir un programme prévisionnel et de dégager des solutions susceptibles de convenir au malade. [...] Après la réunion de synthèse, il appartient à chaque technicien, dans son domaine, d'avoir*

de nouveaux entretiens avec le malade pour lui faire accepter, parmi les solutions dégagées, celle qui lui conviendra le mieux, celle qui sera la plus appropriée, celle qu'il pourra faire sienne. » « Le dernier bilan de synthèse fait le point des résultats acquis dans tous les domaines : organique – fonctionnel – psychologique – intellectuel – social – moral – et l'orientation professionnelle définitive est alors fixée. Parce que cette orientation a été progressive, permanente, elle correspond véritablement au désir du malade, à ses possibilités et à celles de la Société. »

Une équipe de qualité

• Une grande diversité de professionnels

L'équipe du sanatorium de Beauverre est « médico-psycho-sociale et culturelle » : médecins, infirmières, assistante sociale, psychologues, enseignants, moniteurs divers... tous sont partie prenante de l'éducation et de la promotion des personnes malades.

• ... qui se forment

La formation du personnel est permanente, favorisant son implication dans la démarche éducative. « Faite au jour le jour par des entretiens directs avec chacun, faite par des projections de films, par de petites réunions, elle permet à tout le personnel d'avoir des idées communes sur les grands problèmes d'éducation sanitaire et sur tous les petits problèmes propres au sanatorium. »

• ... qui coordonnent leurs interventions

« Pour obtenir une vue globale, une vue synthétique de l'ensemble des problèmes posés par l'homme malade, il est nécessaire que tous les techniciens se réunissent et confrontent en un "bilan de synthèse" l'ensemble de leurs investigations, de leurs expériences, de leurs conclusions. Chacun, ayant alors une connaissance globale des problèmes de l'homme, voit ses propres constatations, sa propre connaissance éclairées d'un jour nouveau. [...] Le premier bilan de synthèse a lieu avant la fin du premier mois de séjour ». De tels bilans sont ensuite régulièrement répétés.

• ... et qui associent des patients à la conception et à la mise en œuvre des activités

« Le travail fait avec les délégués élus de l'Amicale des pensionnaires et des fédérations de malades permet de disposer, à l'intérieur de la collectivité, de véritables leaders d'éducation sanitaire. »

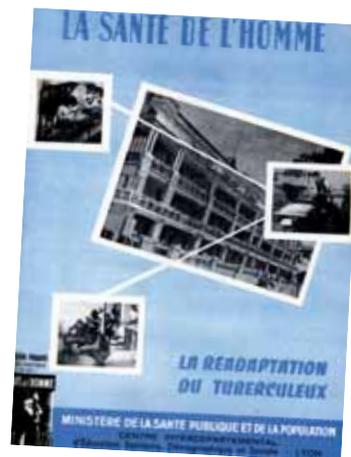
Des réunions ont lieu chaque semaine, dans le bureau du directeur, associant les représentants des malades et l'équipe médico-psycho-sociale et culturelle. C'est dans ce cadre que se décident et s'organisent des actions de prévention (alcool, tabac), des activités culturelles et de loisir, l'achat de livres et de disques. La Commission de la nourriture des malades se réunit aussi régulièrement : les représentants des patients « font part à l'économiste des désirs et des critiques des pensionnaires au sujet de la nourriture. L'économiste leur présente les menus qu'il a préparés pour la semaine à venir et discute ces menus avec eux. »

Une organisation de qualité

• Une éducation intégrée à tous les moments du séjour

L'accueil du malade à son arrivée au sanatorium fait l'objet d'une grande attention. L'équipe a le souci de rassurer le patient, d'établir une relation de confiance avec lui et ses proches, condition première à la mise en œuvre d'une démarche éducative. « Lorsque le malade arrive au sanatorium, bien plus que de ses effets personnels, ses valises sont lourdes de ses échecs passés, de ses soucis présents, de l'angoisse de l'avenir. La nouvelle épreuve que représente pour lui le séjour en sanatorium, loin de sa famille, aggrave tous ses problèmes, sape son moral, ne fait qu'accroître son fardeau. Dans un tel état d'esprit, un homme est imperméable à toute œuvre d'éducation, en particulier à toute œuvre d'éducation sanitaire. Il n'est pas "disponible". Il n'a pas envie d'engager le "dialogue" [...]. C'est l'infirmière-chef elle-même qui accueille l'entrant comme on reçoit un hôte attendu, [...] qui veille à ce que les formalités d'admission soient simples. Elle répond à toutes les questions qui lui sont posées par le malade et sa famille. » Une fois bien installé dans sa chambre, « l'entrant est présenté à deux de ses camarades désignés par l'Amicale des pensionnaires. Ce sont eux qui vont le piloter à travers la maison, c'est par eux qu'il va prendre contact avec la vie du sanatorium et son ambiance. Présenté aux êtres et aux choses, le malade se rend compte que tout est prévu pour son confort, son bien-être. Il s'en trouve rassuré, détendu. [...] Il sent qu'il est considéré non comme un numéro, mais comme un homme. »

L'éducation, à Beauverre, ne se limite pas à des moments privilégiés ; elle est intégrée à toutes les activités, chaque professionnel sachant saisir les



opportunités qui se présentent. « Les visites quotidiennes dans les chambres des malades et les dortoirs des pensionnaires sont autant d'occasions de faire l'éducation sanitaire des malades au jour le jour en partant de faits précis. » « Il nous arrive fréquemment d'avoir la surprise agréable de voir une femme de service, par ses remarques très simples, faire l'éducation sanitaire d'un entrant jetant un mégot à terre ou ne respectant pas une règle élémentaire d'hygiène. »

En discutant des menus avec les représentants de l'Amicale, l'économiste a « la possibilité de connaître les goûts des pensionnaires, mais aussi de faire l'éducation de quelques malades qui, au sein de la collectivité, se feront ensuite, peu à peu, les défenseurs d'un menu équilibré, dont ils arrivent parfaitement à comprendre l'intérêt. »

• L'articulation avec les autres acteurs du soin

Les médecins du sanatorium travaillent régulièrement avec leurs confrères des services hospitaliers d'où viennent les patients. C'est ainsi que lors de son premier entretien avec le médecin-directeur, le jour de son arrivée, « le malade reconnaît sur le bureau son dossier médical, tout son dossier médical de l'hôpital. Il est donc déjà connu, le médecin qui est en face de lui "sait" déjà. Parce que le malade sait que le médecin connaît son cas, il est déjà prêt à écouter, il veut savoir lui aussi... »

Dans les jours qui suivent, chaque membre de l'équipe s'entretient longuement avec le malade : il « fait avec lui le point des problèmes qui le concernent. Le passé du malade est étudié en détail, son présent exploré, inventorié. Des contacts sont pris avec les techniciens qui dans le passé se sont déjà occupés de l'homme avant sa maladie, depuis sa maladie.

Toutes les observations, les remarques accumulées par eux, leurs projets eux-mêmes sont étudiés en détail. »

• Une évaluation du dispositif

Après neuf ans de fonctionnement, J.-J. Hazemann présente des résultats très positifs, tout en regrettant que son évaluation soit plus quantitative que qualitative. 87 % des 2 000 malades « sont sortis du sanatorium avec avis médical favorable, considérés comme stabilisés. » Ce pourcentage est l'un des plus élevés des statistiques publiées à cette époque. Près d'un tiers a bénéficié d'une promotion professionnelle, 350 ont intégré un centre de formation à la sortie et obtenu un certificat d'aptitude professionnelle. Plus de 1 500 malades ont écrit à l'équipe après leur sortie, la plupart « pour dire qu'ils ont suivi les conseils qui leur avaient été donnés pendant leur séjour : ils ont continué leur traitement antibiotique le temps qui avait été prévu, ils se sont fait suivre régulièrement par le spécialiste qui les avait adressés au sanatorium. » Moins de 2 % des malades ayant fait une rééducation professionnelle pendant leur séjour connaissent une rechute de la maladie. « Ces résultats éminemment favorables, nous estimons certes qu'ils sont à mettre au bénéfice des traitements antibiotiques, mais nous pensons que si nos malades ont accepté leur traitement, en ont fait bon usage, c'est en grande partie grâce à l'éducation sanitaire et à l'éducation générale qu'ils ont reçues pendant tout leur séjour au sanatorium. »

2012 : vers une éducation thérapeutique intégrée aux soins

Les sanatoriums n'existent plus, la durée de séjour y était de plusieurs mois et certains termes utilisés dans cet article semblent désuets. Pourtant, le vécu, l'expérience de la maladie et le poids enduré par chaque patient à qui l'on diagnostique une maladie chronique sont intemporels. Le sens donné à sa vie et le sentiment d'auto-efficacité sont alors mis à rude épreuve (7).

Plutôt qu'une nouvelle discipline ou un programme supplémentaire, parfois jugé complexe par les professionnels et les financeurs, l'éducation du patient apparaît comme une « simple » réorientation des services de santé et des professionnels vers une meilleure prise en compte de « chaque » personne malade. Le patient bénéficie d'un « programme de promotion à la mesure de l'homme, tout

en le menant à la guérison au plus vite, aux moindres séquelles. » Ce projet respecte de façon surprenante et magistrale les critères de qualité (6) de l'éducation thérapeutique du patient ainsi que l'ensemble des critères du cahier des charges des programmes, en vue d'une demande d'autorisation obligatoire, auprès de l'agence régionale de santé (8).

La pratique relatée dans cet article paraît, au regard des besoins des patients, instructive. Elle illustre ce que pourrait être une éducation thérapeutique véritablement incorporée aux soins, au-delà d'une approche par programme et par pathologie se traduisant trop souvent par une alternance de séances individuelles et collectives, dont on commence, trois ans après la loi Hôpital, patients, santé et territoires, à percevoir l'intérêt mais aussi certaines limites.

- Il s'agit d'une politique d'établissement qui implique tous ceux qui le fréquentent : les professionnels dans toute leur diversité, les malades et leurs représentants, les familles et les visiteurs. Les principes de partenariat entre tous les professionnels et les acteurs sont affichés et concrétisés.
- L'éducation ne fait pas l'objet d'un programme venant compléter les soins : elle est au cœur de l'activité. De ce fait, tous les patients en bénéficient sans devoir adhérer à un programme particulier, de la même façon qu'ils bénéficient de l'an-

tibiothérapie, des soins infirmiers, du repos, de la nourriture et de l'air sains.

- Le malade, sa maladie et sa santé sont appréhendés de façon globale, sans dissocier les composantes et les répercussions physiques, psychologiques, familiales, sociales, professionnelles et culturelles.
- L'accueil et la vie quotidienne au sanatorium, l'aménagement des locaux, l'organisation des activités et les interventions de tous les professionnels sont pensés en fonction de leur valeur éducative et de leur valeur thérapeutique. Il s'agit de créer un environnement, un cadre de soins éducatif en lui-même.
- L'attention portée à chaque malade, à tous les moments de son séjour, témoigne d'un profond respect et d'une absence de jugement vis-à-vis de lui, de sa famille et de son mode de vie : la démarche est centrée sur « chaque » patient
- L'acquisition de compétences et l'accompagnement sont bel et bien indissociés en tant que deux composantes de l'éducation et de la pratique soignante.

Brigitte Sandrin

Médecin de santé publique, directrice de l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (Afdet),

Isabelle Vincent

Médecin, psychosociologue, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Inpes.

► Références bibliographiques

- (1) Delore P. Rôle et possibilités du personnel de santé dans l'éducation sanitaire de la population. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 1953, n° 81 : p. 166-171.
- (2) Aujaleu E. La place de l'éducation sanitaire de la population dans la médecine préventive et la médecine curative. *La Santé de l'homme*, décembre 1962, n° 128 : p. 13.
- (3) Petit-Maire G. L'éducation sanitaire et sociale en milieu hospitalier. *La Santé de l'homme*, juillet-août 1964, n° 133 : p. 3-6.
- (4) Petit-Maire G. L'omnipraticien, la médecine sociale et l'éducation sanitaire. *La Santé de l'homme*, mai-juin 1966, n° 144 : p. 1-5.
- (5) Hazemann J.-J. L'éducation sanitaire au sanatorium. *La Santé de l'homme*, juillet-août 1964, n° 133 : p. 7-14. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/education-sanatorium.pdf>
- (6) Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des

maladies chroniques. Guide méthodologique. HAS-Inpes, juin 2007 : p. 48.

(7) Bonino S. *Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie*. Bruxelles : De Boeck, 2008 : 142 p. (édition originale 2006).

(8) La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite Hôpital, patients, santé et territoires, prévoit dans son article 84 que « les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la Santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. » Cf. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.

ENTRETIEN AVEC...

Flore Aumaître, déléguée générale de la Société française de santé publique

« Un support de formation continue »

Que représente la revue *La Santé de l'homme* pour vous ?

Flore Aumaître : Pour moi, *La Santé de l'homme* est d'abord la revue des professionnels de terrain. C'est une revue qui va permettre de se faire une idée globale sur un sujet et qui va donner des éléments utiles sur la manière de le traiter. Je parcours systématiquement le dossier central et je lis très attentivement les notes de lecture. Je trouve que les ouvrages cités sont en général bien choisis et le traitement des notes est très clair, très synthétique. Il donne une bonne idée du titre présenté. J'apprécie particulièrement le traitement transversal et global des sujets du dossier : la vision de plusieurs disciplines et le point de vue de divers types de professionnels le mettant en œuvre sont proposés à chaque fois. Cela donne vraiment une bonne image de la situation et des actions sur un thème précis.

Comment, concrètement, l'utilisez-vous ?

J'utilise la revue d'abord comme un support de formation continue. Autant autour de sujets que je ne connais pas que sur ceux que je maîtrise. J'utilise surtout *La Santé de l'homme* pour savoir ce qui se fait en termes de pratiques. Chaque thème traité sous forme de dossier central nous propose des actions assez variées avec des éléments plus ou moins novateurs sur différents exemples. C'est toujours intéressant.

C'est ma façon de lire la revue quand elle arrive. Lorsque j'effectue des recherches, j'ai le sentiment d'utiliser beaucoup *La Santé de l'homme* et à travers de nombreuses rubriques, notamment celle intitulée « Pour en savoir plus ». Les analyses bibliographiques sont vraiment excellentes. Dans mes fonctions actuelles, je ne mets plus en place d'actions. Quand c'était le cas, la revue me servait également de source de contacts. Quand je découvrais une action intéressante pour mon contexte, j'essayais de prendre contact avec les personnes citées dans la revue ou les signataires des articles. C'était très dynamique et positif.

Qu'en attendez-vous aujourd'hui et quelles évolutions souhaiteriez-vous voir apparaître ?

Sincèrement, la revue ne suscite pas, pour moi, de réactions critiques. Car c'est une des quelques revues que j'attends et que je lis quand elle arrive. Je trouve l'évolution récente très intéressante. Les dossiers ont été renforcés et cela me convient bien. J'aime bien que *La Santé de l'homme* propose des sujets qui ne sont pas, ou peu, traités par d'autres périodiques. Je pense à certains dossiers comme « Le religieux et la santé » ou « L'éducation populaire ». La démarche est réellement originale et nous ne trouvons pas ce genre ailleurs. J'aurais tendance à dire : « Continuez ».

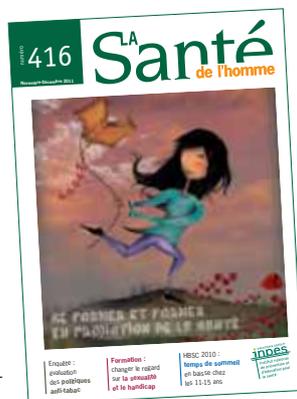
Propos recueillis par Denis Dangaix

Formation et diversité des professionnels en promotion de la santé : entre incantations et évolutions ?

La grande diversité des métiers et les besoins en formation sont deux axes traités par Jeannine Pommier et Emmanuelle Hamel dans cet article qui s'appuie sur plusieurs dossiers de *La Santé de l'homme*. L'évolution de la thématique de la formation les amène à poser la question en débat de la professionnalisation.

Assistants sociales, éducateurs sanitaires, auxiliaires sanitaires, institutrices, travailleuses familiales, puéricultrices, pédiatres hospitaliers, médecins, enseignants, éducateurs et « élites locales », omnipraticiens, pharmaciens, instituteurs ruraux, pharmaciens ruraux, médecins scolaires, éducateurs et directeurs d'établissements, intendants, médecins d'entreprise, ambulanciers, moniteurs ou animateurs de centre de vacances, aides et soins à domicile, dentistes, assistantes maternelles, sages-femmes, éducateurs spécialisés, psycho-rééducateurs, diététiciens, orthophonistes, éducateurs de jeunes enfants, infirmières d'établissement scolaire, infirmières en entreprise, médecins généralistes, journalistes médicaux, cuisiniers, juges pour enfants, médecins du travail, psychiatres, généralistes, animateurs de santé, proviseurs, étudiants-relais...

Derrière les apparences d'un inventaire à la Prévert auquel ne manquerait qu'un raton laveur, l'énumération ci-dessus correspond à tous les métiers figurant, par ordre chronologique, en couverture des numéros de *La Santé de l'homme* publiés entre 1942 et 2012. Elle illustre parfaitement la diversité des professionnels concernés par l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Si, de 1942 à 1982, aucun dossier n'a été spécifiquement consacré aux intervenants ou aux métiers en éducation sanitaire, les articles ponctuels



relatifs aux professionnels se réfèrent toujours à une thématique ou à un milieu particulier. Par exemple, en 1965, le numéro 138 sur la prévention de la mortalité infantile consacre des articles à l'institutrice, à la travailleuse familiale, à l'assistante sociale en milieu urbain et en milieu rural, à la puéricultrice et au pédiatre hospitalier.

La palette des métiers

C'est à partir de janvier 1983 que s'inaugure une démarche systématique présentant une rubrique dédiée à un métier à chaque numéro, à l'époque mensuel, et ce jusqu'en août 1985, en commençant par les métiers de la petite enfance qui, au passage, sont tous conjugués au féminin (assistantes maternelles, sages-femmes, puéricultrices, etc.). On notera aussi que dans les index analytiques de la revue, tous ces métiers sont classés dans une catégorie intitulée « professions de santé », y compris donc l'instituteur, l'assistante sociale ou les éducateurs... (1). Ensuite, la mention de métiers en couverture est plus aléatoire avec cependant une forte fréquence, entre 2000 et 2011, des titres consacrés aux médecins et en particulier aux généralistes. Le dossier central de mars-avril 2005 est d'ailleurs centré sur les « médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? » (2).

L'absence en couverture de certains métiers peut interroger puisque n'y apparaissent pas les urbanistes, les

architectes, les gestionnaires d'établissements de santé ou de collectivités ou les fonctions d'élus (cités une seule fois comme « les élites locales ») qui, de premier abord, semblent plus « périphériques »... mais qui, dans une perspective de promotion de la santé, trouveraient toute leur place à la une compte tenu des impacts potentiels de leurs actions sur les déterminants de la santé des populations. Fort heureusement, leur rôle est clairement perceptible à la lecture des numéros où les signatures, comme celle de Le Corbusier en 1944 (3), reflètent la diversité des origines professionnelles des auteurs. Au fil des articles, dans la description des actions d'éducation et de promotion de la santé et des partenariats mobilisés comme, par exemple, dans le numéro sur « Les villes, au cœur de la santé des habitants » (4), se retrouve de manière sous-jacente le cadre des déterminants de la santé. On constate ainsi que l'action en vue de maintenir ou d'améliorer la santé déborde largement le champ des professionnels et des services de santé et s'appuie, notamment dans une perspective de prise en compte des inégalités sociales de santé, sur une large palette de professionnels.

Les besoins en matière de formation

En France, on estime actuellement que près de 2,5 millions de professionnels en activité dans environ cinquante métiers du secteur médical ou paramédical, de l'action ou de l'intervention sociale, de l'éducation peuvent contribuer à des actions d'éducation pour la santé ou à la promotion de la santé en

tant qu'acteurs de première ligne. Le défi en termes de formation est proportionnel avec près de 250 000 étudiants potentiellement concernés chaque année. Pour autant, bien que le sujet ait été abordé à plusieurs reprises dans des articles, en particulier sur la formation des enseignants (5-7), seulement cinq numéros de *La Santé de l'homme* ont été spécifiquement consacrés à la formation, à la professionnalisation ou aux compétences (8-12). Les titres de ces numéros permettent aussi d'appréhender l'évolution des dénominations du champ : éducation sanitaire en 1963, éducation pour la santé en 2001, promotion de la santé en 2011.

Dans ces numéros, des besoins de formation de différents niveaux sont identifiés. Dès 1963, on distingue déjà

le besoin d'une formation dite « de base » en « éducation sanitaire » à acquérir par les personnels « exerçant une activité éducative intégrée dans leurs activités professionnelles journalières » (enseignants, médecins, paramédicaux, médico-sociaux, etc.) et d'une formation approfondie pour les spécialistes notamment *via* l'École nationale de la santé publique où un petit noyau d'enseignants a développé pendant des années des formations en éducation pour la santé. En 2001, trois catégories d'intervenants sont distinguées : l'opérateur non spécialisé, l'opérateur spécialisé et l'opérateur expert auquel correspond une formation de 3^e cycle spécialisée. 2011 marque un tournant en affichant clairement un intérêt pour la formation en « promotion de la santé » (12), sortant ainsi du giron tracé

pendant soixante ans autour de la formation en éducation à la santé. La création en 2010 de la première chaire française spécifiquement dédiée à la promotion de la santé à l'EHESP, financée par l'Inpes¹, représente un symbole fort de la volonté de développer la recherche et la formation de haut niveau dans ce domaine.

Évolution des formations sur le territoire

Au-delà des différents niveaux de formation, la revue témoigne de l'évolution des formations sur le territoire. À partir de 1961, le Centre national d'éducation sanitaire joue un rôle important en matière de formation initiale et continue en proposant des journées d'études pour les professions paramédicales et sociales. Publié en mai-juin 2001, le numéro 353

► Références bibliographiques

(1) Index analytiques : « Trois années de *La Santé de l'homme* 1982-1983-1984 », « Deux années de *La Santé de l'homme* 1985-1986 ».
 (2) Karrer M., Vincent I. (coord.). Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? [dossier]. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2005, n° 376 : p. 8-45. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-376.pdf>
 (3) Le Corbusier. Une civilisation du travail. Habiter, travailler, cultiver le corps et l'esprit. *La Santé de l'homme*, août-septembre-octobre 1944, n° 24 : p. 111-112.
 (4) César C., Rostan F., Héritage Z. (coord). Les villes, au cœur de la santé des habitants [dossier]. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2010, n° 409 : p. 11-49. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-409.pdf>
 (5) Berthet E. La formation des enseignants à l'éducation sanitaire. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 1966, n° 146 : p. 15-18.
 (6) Pizon F. Jourdan D. Quelle formation en éducation à la santé pour les enseignants ? *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2005, n° 380 : p. 25-26. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-380.pdf>
 (7) Kerneur C. Formation des enseignants : développer l'éducation pour la santé. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2006, n° 384 : p. 29-31. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-384.pdf>
 (8) Aubry L.-H. Formation des éducateurs sanitaires. *La Santé de l'homme*, janvier-février-mars 1963, n° 129 : p. 1-7.
 (9) Éducation pour la santé : vers quels métiers ?

La Santé de l'homme, mai-juin 2001, n° 353 (numéro spécial) : 64 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-353.pdf>
 (10) Éducation pour la santé à l'école : quelles compétences pour les professionnels ? [dossier] *La Santé de l'homme*, mai-juin 2010, n° 407 : p. 17-36. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>
 (11) Les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale [dossier]. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2011, n° 415 : p. 11-43. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-415.pdf>
 (12) Hamel E., Pommier J. (coord.). Se former et former en promotion de la santé [dossier]. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2011, n° 416 : p. 7-42. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-416.pdf>
 (13) Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. Saint-Denis : Inpes, Évolutions, mars 2008, n° 10 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1091.pdf>
 (14) Rogers C., Berger D. Éducation et promotion de la santé : une formation à distance pour les professionnels du milieu scolaire. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2011, n° 416 : p. 34-36. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-416.pdf>
 (15) Gerhart C. Pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé : une fonction documentaire. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2010, n° 410 : p. 30. En ligne :

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-410.pdf>

(16) Regat S., de Lima E.A. Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient : une base de données sur les formations universitaires. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2011, n° 416 : p. 12-14. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-416.pdf>

(17) Billot D., Collin J.-F., Guillemin F., Brianchon S. Le premier master de santé publique enseigné à distance intègre une spécialité de promotion de la santé. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2011, n° 416 : p. 32-33. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-416.pdf>

(18) Chatot-Henry D. Un diplôme universitaire de promotion de la santé pour la Martinique. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2009, n° 403 : p. 35. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-403.pdf>

(19) Foucaud J., Blanchard C., Debenedetti S., Battel-Kirk B., Barry M. Éducation et promotion de la santé : bientôt des référentiels aux niveaux français et européen. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2011, n° 416 : p. 20-23. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-416.pdf>

Plus d'information sur le projet CompHP financé par l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (2009 -2012). En ligne : <http://www.iuhpe.org/?mode=&n=&page=614&lang=fr>

(20) En ligne : <http://www.meirieu.com/TEXTESDECIRCONSTANCE/baguettemagique.htm>

fait logiquement référence au volet formation du Plan national d'éducation pour la santé (Pneps) paru en février de la même année (9).

Bien que certains chantiers restent encore aujourd'hui en cours, des évolutions significatives sur la formation peuvent être relevées à travers différents articles plus récents au regard de cinq des six points du Pneps :

- **Intégration d'un module de formation de base en éducation pour la santé associant théorie et pratique, à la formation initiale de tous les professionnels concernés.**

L'enquête réalisée en 2004 par l'Inpes (13) sur la place de l'éducation pour la santé dans les formations médicales et paramédicales montrait, au-delà des possibilités inscrites dans les cadres officiels, une hétérogénéité de fait des volumes horaires, des contenus et des pratiques pédagogiques. La réingénierie des diplômes paramédicaux engagée par le ministère de la Santé en 2007 a donné plus de lisibilité à ces activités. Ainsi, la cinquième compétence « cœur de métier » des infirmiers consiste à « *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* » avec, par exemple, une compétence détaillée 5.4 « *concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées* ». Deux unités d'enseignement contribuent à leur acquisition². Il serait pertinent de collecter à nouveau des données pour voir les effets de ces réformes. Pour les futurs enseignants de l'Éducation nationale, les actions déployées par les partenaires (Dgesc, Inpes, IUFM d'Auvergne, UNiRès) ont permis de conforter la place de l'éducation pour la santé en milieu scolaire³ bien au-delà de l'ancrage auprès des « professeurs de sciences naturelles et ceux d'éducation physique » déjà mentionnés parmi les acteurs de l'éducation sanitaire en 1963. D'ores et déjà, la mise en place d'une formation ouverte à distance en éducation pour la santé concerne plus de 1 000 étudiants qui se destinent aux métiers de l'enseignement (14).

- **Élaboration d'un cahier des charges des formations de premier et deuxième niveaux en éducation pour la santé.**

La rédaction de ces cahiers des charges de formation, préconisée par le Pneps, n'a pas véritablement trouvé de traduction concrète, sans doute faute d'assise juridique suffisante pour permettre une

articulation avec les cadres réglementaires de la formation universitaire et les dispositifs de formation tout au long de la vie. Cependant, des travaux de rédaction d'un référentiel de compétences en éducation pour la santé ont été engagés en 2009 dans le cadre du Comité national consultatif pour l'élaboration des programmes de formation et pourront contribuer à structurer les formations.

- **Mise en place dans chaque région d'au moins une formation de premier niveau.**

Une offre de formation de premier niveau est désormais assurée dans la plupart des régions *via* les pôles régionaux de compétences (15).

- **Mise en place dans chaque région d'au moins une formation universitaire sanctionnée par un diplôme de 2^e ou 3^e cycle, accessible en formation continue.**

L'objectif est atteint pour 11 des 26 régions, avec 17 masters proposés (16). De plus, la formation ouverte à distance se développe et permet une plus large accessibilité sur le territoire (17).

- **Éducation thérapeutique.**

Les évolutions dans le domaine de l'éducation thérapeutique depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 renforcent le besoin de formation dans ce domaine et l'offre de formation, notamment par le biais de diplômes d'Université, s'est accrue (16, 18). L'enjeu désormais est de trouver des leviers dans le cadre de la mise en place du développement professionnel continu (ex FMC) pour en faire une des orientations nationales prioritaires.

Professionnalisation et développement de compétences

Le numéro de 2001 intitulé « Éducation pour la santé : vers quels métiers ? » (9) a mis aussi l'accent sur la professionnalisation. Qu'en est-il aujourd'hui de ce débat qui a mis en tension les partisans de la création d'un métier avec une approche plus dubitative, attentive aux risques d'une hyperspécialisation aux antipodes d'une approche transversale et collaborative de l'éducation pour la santé ?

La volonté d'agir sur les déterminants qui s'affirment dans les politiques régionales et l'émergence de nouvelles fonctions autour de la coordination (territo-

riale, intersectorielle), du plaidoyer pour intégrer la dimension santé dans toutes les politiques, du pilotage de projets... légitiment la professionnalisation de certains acteurs en nombre sans doute croissant mais relativement limité. Les enjeux sont alors d'assurer le développement des compétences par des formations spécialisées pluri-professionnelles, d'ouvrir des espaces de mutualisation des pratiques, de soutenir la construction d'une identité professionnelle qui pourrait s'appuyer sur des mécanismes d'accréditation individuelle et de formations. Ces dynamiques, déjà en place aux États-Unis depuis 1992, sont désormais à l'œuvre au niveau européen, en particulier dans le cadre du projet CompHP qui a mobilisé plus de treize pays pour l'élaboration d'un référentiel de compétences en promotion de la santé et d'un manuel d'accréditation (19). Encore faut-il que le tissu des structures professionnelles soit à même d'offrir des conditions d'exercice correspondant aux compétences pour lesquelles les personnes ont été formées et de façon pérenne.

Formons le vœu que la dynamique impulsée trouve bientôt sa pleine traduction dans la réalité mais n'oublions pas, comme le rappelle Philippe Meirieu (20), que si les souhaits « *sont infiniment utiles pour dégager l'horizon, ils ne nous exonèrent en rien de l'effort quotidien pour se coltiner la complexité des choses... sans baguette magique.* » Mais avec enthousiasme.

Emmanuelle Hamel

Chef du département Formation et ressources, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Jeanine Pommier

Enseignant-chercheur, département Sciences humaines et sociales et comportements de santé, EHESP, membre du Centre de recherches sur l'action politique en Europe (Crape), UMR 6051.

1. La chaire Inpes/EHESP a une triple mission d'enseignement, de transfert de connaissances et de recherche. En ligne : <http://www.ebeps.fr/recherche/les-chaire/chaire-inpes-promotion-de-la-sante-a-ebeps/> Lire aussi dans ce dossier l'article d'Éric Breton et Marion Porcherie p. 57.

2. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

3. En particulier, l'outil Profédus (Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé) offre un ensemble de ressources au service de la formation des étudiants en formation initiale (masters) comme des enseignants en activité. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils-profedus.asp>

Une histoire à quatre voix

Entretien avec les rédacteurs en chef de *La Santé de l'homme*

Quatre rédacteurs en chef de la revue *La Santé de l'homme* s'expriment sur la façon dont ils ont conduit les destinées de la publication au regard de leur expérience, de leur vécu et de leur vision de l'avenir de la revue.

Trois rédacteurs et une rédactrice en chef se sont donc pliés à ce difficile exercice et apportent leur réflexion de 1995 à 2012, soit dix-sept années de choix d'articles, de commandes et de « bons à tirer ». Dix-sept années, cela semble peu quand la revue en compte soixante-dix, mais ce ne sont pas moins de cent deux numéros. Et plus d'une centaine de rubriques, de dossiers centraux ou de notes de lectures...

On trouve une respiration commune à la lecture de ces quatre entretiens. Une sorte de lien qui donne à comprendre des évolutions, des moments de l'histoire, du CFES à l'Inpes. Mais il y a aussi, et surtout, des mots qui qualifient l'attachement du rédacteur en chef à « sa » revue. Pour chacun, *La Santé de l'homme* est une « référence ». On parle ici de « fierté du titre », là de « plaisir, émotion » et encore de « l'ambition de la qualité », d'une revue qui « incarne un métier ». Fierté mais aussi respect quand les lecteurs sont des « experts contributeurs ». Respect de la rigueur, de la vérification des sources, respect, enfin, pour l'information. Un vaste chantier écrit sur dix-sept années et qui ne s'arrêtera pas là.

Les histoires ne sont évidemment pas les mêmes. *La Santé de l'homme* aura toutefois marqué chacun des contributeurs. Une histoire à quatre voix... de rédacteurs en chef.

Questions posées aux quatre rédacteurs en chef de *La Santé de l'homme* :

- ❶ Qu'est-ce que veut dire pour vous être rédacteur en chef de *La Santé de l'homme* ?
- ❷ Qu'avez-vous voulu apporter ? Pouvez-vous nous dire un mot sur le contexte de votre travail ?
- ❸ Au moment où vous y étiez, quels étaient les enjeux de cette revue par rapport à la promotion de la santé ?
- ❹ Comment les thèmes traités étaient-ils choisis ? Comment ont-ils évolué ? Quels sont ceux qui vous paraîtraient pertinents aujourd'hui ?
- ❺ Quelle est l'articulation de la revue avec les acteurs de terrain ?
- ❻ Quelles différences percevez-vous entre la revue telle que vous l'avez connue et celle que vous lisez aujourd'hui ? Et quelles perspectives verriez-vous ?

Propos retranscrits avec le concours de **Denis Dangaix**

François Baudier, rédacteur en chef de janvier 1995 à janvier 1998

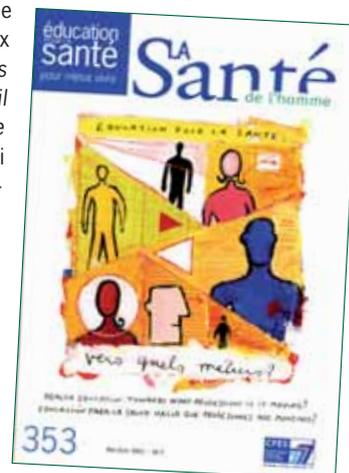
❶ Pour moi, rédacteur en chef, c'était un nouveau métier ! J'étais très fier de mon titre. Heureusement, j'ai eu tout de suite quelqu'un à côté de moi qui m'a appris mon métier, c'est la secrétaire de rédaction de la revue. Je voudrais lui rendre hommage pour ses immenses qualités humaines et professionnelles. Elle a été d'une aide précieuse pour quelques rédacteurs en chef novices. Elle a aussi accompagné de nombreux auteurs d'articles avec toujours une grande compétence et beaucoup de gentillesse. Cette revue lui doit beaucoup.

❷ J'ai une formation initiale de chercheur. Le fait d'écrire, de rendre compte, d'ouvrir la discussion et la réflexion à travers des articles publiés, ce sont des démarches qui me sont toujours apparues d'emblée comme très impor-

tantes. Lorsque j'ai décidé de m'impliquer dans la santé publique, en tant que directeur d'un comité d'éducation pour la santé, j'ai rapidement rédigé des articles pour *La Santé de l'homme*. Le premier que j'ai publié en 1983 s'intitulait « Bien manger à l'usine », c'était le premier d'une longue série. Lorsque j'ai pris la direction de cette revue, j'étais en terrain connu.

❸ Si la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé sont malheureusement encore aujourd'hui des domaines peu reconnus et trop souvent orphelins, *La Santé de l'homme* a toujours occupé une place très importante, non seulement au niveau des comités d'éducation pour la santé, mais auprès de l'ensemble des acteurs de ce champ. Je pense au milieu associatif, aux services de la santé scolaire, aux

caisses d'assurance maladie, aux mutuelles... (lire les témoignages au fil des pages de ce numéro). Lorsque j'ai pris cette responsabilité de rédacteur en chef, le tirage était de 10 000 exemplaires. C'est tout à fait considérable pour une revue de ce type. L'enjeu pour moi a donc été de maintenir cette « popularité ».



5 L'une de mes missions était de faire des comités d'éducation pour la santé les porteurs d'une offre de services de proximité en éducation pour la santé. Ce maillage s'est réalisé progressivement avec la professionnalisation de ce réseau et donc un bouillonnement d'initiatives, d'innovations et de réalisations multiples. Nous avons essayé de rendre compte de tout cela avec l'équipe du comité de rédaction. Au fil des années, il s'est enrichi des nombreux animateurs des comités. Nous ne manquions pas d'initiatives innovantes. Notre problème était d'amener les acteurs de

terrain à prendre le temps d'écrire ! Je crois que c'est encore vrai aujourd'hui malgré les efforts que nous avons fait au niveau de l'aide à l'écriture.

6 D'abord, je trouve que la revue actuelle est de très grande qualité : les sujets sont toujours pertinents, les auteurs très bien choisis avec une diversité des points de vue et des expériences. Si je devais formuler deux pistes d'amélioration, elles porteraient sur des points mineurs. La maquette a peu changé depuis l'époque où j'étais rédacteur en chef, avec une large place faite aux illustrations. Il

me semble qu'il existe aujourd'hui un décalage entre la teneur et le ton des articles qui, je le répète, sont de haut niveau, et les dessins. Et puis, il y a la question de la place des dossiers dans la revue. J'ai toujours été personnellement pour un juste équilibre entre le dossier et les rubriques, rendez-vous que les lecteurs aiment retrouver. Au total, *La Santé de l'homme* est une revue indispensable pour soutenir le développement de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Je lui souhaite donc encore de nombreuses années d'existence !

Alain Douiller, rédacteur en chef de mars 1998 à juin 2002



1 Cela a été un grand plaisir et beaucoup d'émotion pour moi d'être rédacteur en chef de cette revue. En particulier parce que j'ai pris la suite de François Baudier qui est une figure emblématique de notre champ. En arrivant à l'Ades du Rhône en 1990, j'avais une vitrine der-

rière mon bureau où figuraient, en reliure de cuir, tous les premiers numéros de *La Santé de l'homme* depuis 1942. La revue est, en effet, née à Lyon et son fondateur, le docteur Pierre Delore, avait occupé des fonctions proches des miennes un demi-siècle avant moi (*lire l'article d'I. von Bueltzingsloven p. 17*). En lien avec le caractère à la fois historique et ému de ces vieux livres, j'ai senti que la fonction de rédacteur en chef était d'assumer tout à la fois une histoire, un héritage et une identité en mouvement. Ce qui frappe aussi à la lecture des numéros des premières années de cette revue, c'est l'extrême foisonnement des thèmes, des préoccupations et la vision très large de la santé qu'elle contient (pas si lointaine de la

charte d'Ottawa en 1986...). *La Santé de l'homme* incarne pour moi un métier, celui d'éducateur pour la santé, dont l'identité et la reconnaissance restent encore largement à construire

2 3 5 La revue était inscrite en 1998 dans un contexte très institutionnel mais bénéficiait d'une liberté d'expression et d'un grand professionnalisme technique (maquette et mise en pages, secrétariat de rédaction, diffusion...). J'ai tenté d'y apporter deux convictions.

En renforçant d'abord le lien avec l'univers dans lequel je travaillais moi-même : celui de l'action de terrain en éducation pour la santé. Paradoxalement, très peu de ces professionnels de terrain y décrivaient leurs activités, leurs réflexions, leurs réussites ou leurs difficultés. C'est ce fossé que j'ai essayé de combler, sans y parvenir totalement et en essayant de mobiliser d'autres moyens par la suite (formations à l'écriture, rédaction d'un guide collectif avec la Société française de santé publique : *Écrire en santé publique*, ...).

La deuxième conviction que j'ai essayé de faire vivre, c'est que l'éducation pour la santé est une discipline dynamique, encore en construction, où le questionnement, la recherche ont plus leur place que les certitudes. Une revue qui lui est consacrée doit pouvoir être un creuset de

réflexion, même si l'éducation pour la santé s'appuie sur des méthodes rigoureuses, sur des valeurs et des convictions fortes. Nous avons notamment essayé de faire vivre cette conviction au sein des comités de rédaction rassemblant des personnalités diverses, riches, contradictoires parfois. De nos débats, de nos discussions parfois vives, sont nés des dossiers et des orientations souvent originaux.

6 Un journal est le reflet d'un contexte et d'une période. En devenant la revue d'une institution publique, *La Santé de l'homme* a sans doute perdu en liberté d'expression et de ton. Mais elle conserve une originalité réelle. C'est peut-être pour cela que son existence semble périodiquement remise en question. Et je dois vous avouer que sa mise en ligne, sa gratuité totale et la réduction du nombre des exemplaires imprimés m'inquiètent quelque peu. *La Santé de l'homme* est une revue historique, elle a évolué et accompagné depuis soixante-dix ans le développement et la transformation de notre métier d'éducateur pour la santé. Elle constitue aussi un outil de travail pour de nombreux professionnels et reste la seule revue française spécialisée en éducation pour la santé. Je continue donc à en défendre l'intérêt et l'existence.

Bernadette Roussille, rédactrice en chef d'avril à décembre 2002

1 La fonction de rédactrice en chef fut très différente de celle de directeur de publication que j'ai occupée pendant sept ans, lorsque j'étais déléguée générale du CFES. Comme directeur, je me sentais responsable de la revue : son esprit, son architecture, ses thématiques, sa ligne éditoriale, ses illustrations mais aussi ses évolutions stratégiques : élargir et consolider le lectorat, diffuser

au mieux, équilibrer le budget... Nous avons revu, en 1999, la structure et les rubriques de la revue, après une vaste enquête de lectorat. Je me suis aussi personnellement investie, avec le rédacteur en chef de l'époque et les membres du comité de rédaction, dans le choix du dossier principal de chaque numéro et j'ai rédigé des éditoriaux (par exemple, en 1998, sur l'usage des drogues).

Rédacteur en chef, je l'ai été, d'abord officieusement entre avril-mai 2002, puis officiellement à partir de juillet 2002 et jusqu'en décembre 2002, pendant la période de transition entre le CFES et l'Inpes. J'ai rédigé des éditoriaux, participé au choix du thème du dossier, suivi l'organisation du travail de rédaction, relu les contributions des auteurs. J'avais de l'ambition sur la qualité du

contenu et sur les illustrations de chaque numéro. Mais les orientations générales étaient devenues l'apanage du nouveau directeur général de l'Inpes.

2 Le contexte de travail était particulier : période de transition entre une association, tête de réseau des comités régionaux et départementaux, et un établissement public dont le champ d'intervention était élargi et dont le réseau dépasserait désormais celui des comités. J'aurais aimé en profiter pour que, dans cette courte période où l'Inpes prenait ses marques, la revue se consacre à des questions de fond : définition, objectifs et méthodes de la promotion de la santé – qui est un concept difficile à faire comprendre dans notre pays, notamment par différence avec l'éducation à la santé –, la démarche participative, ou encore l'histoire de l'éducation à la santé dans notre pays. Ce dernier sujet a été accepté et j'ai pris la responsabilité du dossier « Soixante ans d'éducation pour la santé » pour le numéro de novembre-décembre 2002.

3 Au moment où j'étais en fonction, il s'agissait d'ancrer l'institution définitivement dans le champ de la promotion de la santé, sur lequel la revue avait d'ailleurs déjà bien progressé, notamment

depuis le numéro de septembre-octobre 1996 : « Peut-on promouvoir la santé ? ». Ceci afin de répondre aux nouvelles missions d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé imparties à l'Inpes par la Loi du 4 mars 2002.

4 Les critères qui présidaient au choix du thème du dossier étaient son importance et son intérêt opérationnel pour les professionnels et les intervenants de terrain, son actualité. Nous étions très soucieux d'articuler nos campagnes nationales avec les acteurs de terrain, convaincus que toute action de communication médiatique doit être relayée au niveau des écoles, des quartiers, des entreprises... Il fallait aussi veiller à diversifier les thèmes et à les faire tourner de manière à constituer et à actualiser, pour les professionnels, une sorte de banque de données opérationnelles dans laquelle ils puiseraient du contenu (état des connaissances), des exemples d'actions et de pratiques, des idées de programme, des méthodes.

5 La revue est structurellement au service des acteurs de terrain. Ils étaient représentés au

Comité de rédaction et très actifs dans la tenue des rubriques (Cinésanté, Aide à l'action). Périodiquement, il faut enquêter sur leur avis et colliger leurs suggestions quant à la ligne éditoriale de la revue.

6 Aujourd'hui, il me semble que les dossiers traitent plus souvent de problèmes de fond ou de questions théoriques, sans abandonner les thèmes classiques, ni les approches de type populationnel. Le mode de traitement des sujets continue à être très complet : expertise sur le fond, exemples de programmes, pratiques, réflexion sur les méthodes, sans omettre les questions d'actualité et les comptes rendus de lecture. Tout en gardant une approche pratique et pédagogique, il faut continuer à rapporter soigneusement les pratiques de terrain et des rubriques de type « débats », faisant dialoguer deux points de vue différents à l'instar de *Philosophie magazine*, qui sont très intéressantes.



Yves Géry, rédacteur en chef depuis janvier 2003

2 3 Mon premier objectif, au début des années 2000, a été de diffuser le plus largement possible *La Santé de l'homme*. Nous étions alors entre le « tout papier » et le développement considérable d'Internet. Toutes les revues se posaient la question de l'accessibilité. La revue était alors payante et de facto sa diffusion restreinte. Or, notre première mission est de toucher le public professionnel le plus large possible, pour des raisons d'équité d'accès à l'information. L'abonnement payant était un écueil à lever. Internet nous offrait l'opportunité d'élargir notre public et nous avons progressivement mis en ligne du contenu de *La Santé de l'homme*. Enfin, en 2010, une fois toutes les conditions techniques réunies, nous avons mis en ligne l'intégralité de la revue sur le site Internet de l'Inpes, tout en continuant à la diffuser en format papier à tous les lieux collectifs de type comités d'éducation pour la santé, sociétés savantes, établissements scolaires, centre de documentation des établissements de soins, de formation comme les Ifsi, collectivités territoriales, etc.

5 L'articulation de *La Santé de l'homme* avec les acteurs de terrain est fondamentale et fait sa particularité : contrairement aux revues scientifiques à comité de lecture, notre revue permet aux acteurs de terrain de publier, de faire part de leur expérience et de leurs pratiques. C'est un vecteur

de transfert des connaissances : nos lecteurs sont des professionnels de la santé, de l'éducation et du social qui ont à traiter, dans leur pratique quotidienne, des questions relevant de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Or, ces lecteurs sont aussi, pour une partie d'entre eux, nos « experts contributeurs » et publient dans nos colonnes.

Autre lien avec les actions de terrain : le comité de rédaction. Les acteurs de terrain qui y sont majoritaires nous rappellent sans cesse à nos obligations d'être ancrés dans le réel. La revue a pour mission d'apporter aux professionnels des connaissances théoriques mais aussi pratiques, qui peuvent leur être utiles dans leur pratique professionnelle quotidienne. C'est une des missions de l'Inpes : « exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, (...) assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ».

6 L'information en santé est un véritable défi : il est en effet très difficile de s'y retrouver dans le foisonnement d'informations disponibles. Parfois, les sources ne sont pas correctement mentionnées, ou elles sont fondues, compactées. Notre ambition est de continuer à améliorer le contenu de la revue, de veiller à la rigueur et de prendre en compte la diversité des différents

points de vue. *La Santé de l'homme* est une publication bimestrielle d'une agence sanitaire placée sous la tutelle du ministère de la Santé : la source est parfaitement identifiée et le lecteur sait d'où vient l'information. Et puis nous avons un atout de taille : dans chaque numéro, environ trente pages sont consacrées à un seul et même sujet : vie affective et sexuelle, stigmatisation, santé bucco-dentaire, formation, santé à l'école, inégalités sociales de santé, santé mentale, handicaps, pour ne citer que les numéros les plus récents. Dans un monde saturé d'informations éparses, notre préoccupation constante est de fournir aux professionnels un corpus de connaissances, un état des pratiques, y compris innovantes, qui ne leur sont pas forcément accessibles autrement. Au vu de l'évolution permanente des connaissances et des pratiques, c'est un travail sans fin ! Pour l'avenir, nous porterons encore davantage nos efforts sur les inégalités sociales de santé et le handicap pour mieux outiller les professionnels, confrontés quotidiennement à la question des inégalités, et porter à leur connaissance les initiatives dans le champ du handicap et de la promotion de la santé.



Perspectives d'avenir pour la promotion de la santé

Après avoir évoqué, dans la première partie de ce numéro, l'évolution de l'éducation pour la santé au prisme des articles de *La Santé de l'homme*, nous avons demandé à plusieurs experts de nous livrer leur réflexion. Quel futur se dessine et comment inscrire la promotion de la santé dans les politiques publiques ?

La promotion de la santé, levier de transformation de l'action publique



La promotion de la santé, inspirée par des idéaux humanistes, à la fois vise l'autonomie des personnes vis-à-vis de leur santé, et requiert vitalité démocratique, en considération des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

En ce sens, sa mise en œuvre s'inscrit dans une perspec-

tive longue puisqu'elle revient, au fond, à interroger les valeurs sous-tendant l'action publique, qui revendique une finalité d'épanouissement individuel et social, à travers la reconnaissance des singularités et l'expression des solidarités à l'égard des plus fragiles.

La confrontation à l'épidémie de sida a été emblématique de ces aspirations, conduisant, par une spéciale implication des patients, à de nécessaires décloisonnements : entre soignant et soigné et entre secteurs sanitaire et social. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients a confirmé l'évolution.

Cependant, les contraintes économiques actuelles rendent particulièrement important d'être collectivement vigilants face au risque réel d'un accroissement des disparités d'état de santé. Elles imposent de garantir l'effectivité du principe d'égalité en droit d'accès au système de santé, y compris par l'équité d'action vers les plus vulnérables, et des mécanismes de cohésion sociale et territoriale.

La promotion de la santé prend, en conséquence, une actualité d'autant plus vive. Sans exclure l'intérêt de son possible caractère « subversif », elle doit contribuer à la transformation de l'action publique, pour une prise en compte de la santé en

globalité : globalité de la personne, globalité des politiques publiques. Ses méthodes doivent aussi, dans le contexte, garantir la lisibilité de leurs processus, résultats et effets.

Elle doit donc répondre de mieux en mieux aux principes d'une action intégrée : un simple retour sur les intitulés et sommaires des numéros de la revue *La Santé de l'homme* traduit d'ailleurs bien les évolutions en ce sens. Plus fondamentalement, et par rapport à l'origine de *La Santé de l'homme*, on mesurera l'appel croissant à la responsabilité individuelle et collective, allant de pair avec la liberté ; valeurs de démocratie pour une hygiène sans hygiénisme, une morale sans moralisme...

En faisant – il y a maintenant dix ans – succéder l'Inpes au CFES, les pouvoirs publics ont voulu consolider l'opérateur social de la politique de santé, en lui conférant l'autonomie de l'établissement public. Des outils d'orientation et de suivi sont bien sûr requis en contrepartie, comme, par exemple, le contrat d'objectifs et de performance 2012-2014 signé entre la direction générale de la Santé et l'Institut.

Sur la base de la loi dite HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009, de nouvelles conditions d'expression de la mission de l'Inpes sont désormais posées, notamment pour l'expertise et l'outillage des acteurs de différents niveaux. Les dispositifs de gouvernance de la politique de santé mis en place assurent l'articulation nécessaire avec l'ensemble des autres politiques publiques concernées, celles de l'État, mais aussi celles conduites par les collectivités territoriales. Ils concernent notamment la relation avec la politique éducative, eu égard à l'intérêt crucial du développement des compétences personnelles et relationnelles des enfants, en contrepoint de l'action des familles et des professionnels de

santé, compétences tellement déterminantes pour l'adoption de modes de vie favorables à la santé.

De nouvelles perspectives sont donc ouvertes pour le développement de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, propres à répondre à ces principes de globalité et de lisibilité :

- globalité au sein des agences régionales de santé (ARS) vu le champ élargi des projets régionaux de santé, propice au changement de paradigme visant à se placer du point de vue de l'utilisateur et de son parcours pour assurer la continuité des accompagnements et prises en charge ;
- lisibilité grâce à l'affirmation de la logique de projet et de programme, projet individuel et projet collectif, amenant à considérer, comme il convient, sous la formulation d'objectifs et d'indicateurs, que la santé est à la fois un « mobile » du développement pour l'épanouissement et un « motif » d'action favorable.

À tout ceci, le niveau de première proximité se prête spécialement, et les contrats locaux de santé entre les ARS et les communes et leurs groupements, instaurés par la loi HPST, ont justement vocation à devenir un des cadres privilégiés d'expression des savoir-faire dans ces domaines. Et les acteurs de ces derniers sont appelés à y apporter leur précieux concours.

Antoine Gueniffey

Ingénieur du génie sanitaire, Appui à l'action locale de santé publique, Secrétaire général,

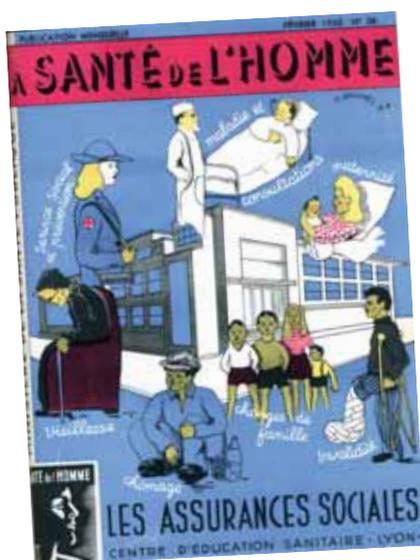
Zinna Bessa

Médecin inspecteur de santé publique, adjointe à la sous-direction de la Prévention des risques infectieux, direction générale de la Santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris.

Promotion de la santé **et économie politique**

« C'est ainsi que sur le berceau de La Santé de l'homme veillaient les fées d'une conception apolitique de l'éducation sanitaire dont nous n'avons peut-être pas fini de payer le prix. »

Philippe Lecorps¹



La promotion de la santé telle que formulée dans les chartes d'Ottawa (1) et de Bangkok (2) requiert un engagement fort des pouvoirs publics. Ainsi, lors de la conférence internationale d'Ottawa en 1986, il est rappelé notamment que « le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. » La charte met l'accent sur les responsabilités de chacun, en particulier celles des responsables politiques et des décideurs de la sphère privée en les amenant à « prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard ». Un engagement est pris de « se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs... »

En 2005, la charte de Bangkok revisite celle d'Ottawa afin de prendre en compte les évolutions de la mondialisation (parfois appelée « globalisation ») et précise, dès le préambule, l'existence de nouveaux facteurs décisifs sur la santé : « Les nouveaux modes de consommation et de communication, la commercialisation, les changements environnementaux mondiaux, les inégalités croissantes à l'intérieur des pays et entre eux,

et l'urbanisation ». L'une des conclusions est que « pour gérer les problèmes de la mondialisation, les politiques doivent être cohérentes » et que « tous les échelons gouvernementaux doivent expliciter les conséquences pour la santé des politiques et de la législation, en utilisant pour cela des outils tels que les études d'impact sanitaire axées sur l'équité. » Dans ce cadre, elle souligne que « les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont [...] particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé. » Cependant, elle insiste aussi sur la nécessaire pression de la population sur les pouvoirs publics, avec « des communautés bien organisées et plus autonomes [qui] jouent un rôle très efficace dans les décisions relatives à leur propre santé et sont en mesure de rendre les pouvoirs publics et le secteur privé responsables des conséquences sanitaires de leurs politiques et pratiques. » Sur ce point, pensons au rôle important joué, notamment en France, par le milieu associatif.

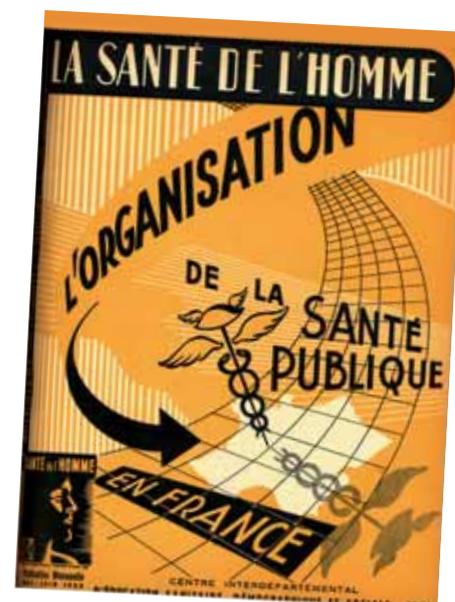
Ces constats et recommandations pertinents restent d'actualité. Si le rôle des pouvoirs publics est souligné comme majeur, ces textes éludent, par nature et par vocation, la question de l'économie politique dans ses manifestations les plus concrètes. En effet, ces deux textes majeurs n'abordent pas dans le détail la question des effets sur la santé du modèle particulier d'économie dans lequel nous vivons (dominante néolibérale avec des variations selon les pays), ni le rôle effectivement joué par les pouvoirs publics dans ce modèle. Les effets négatifs sur la santé de l'évolution de nos économies rendent nécessaire la remise à plat de leur cadre théorique en dehors de tout dogmatisme.

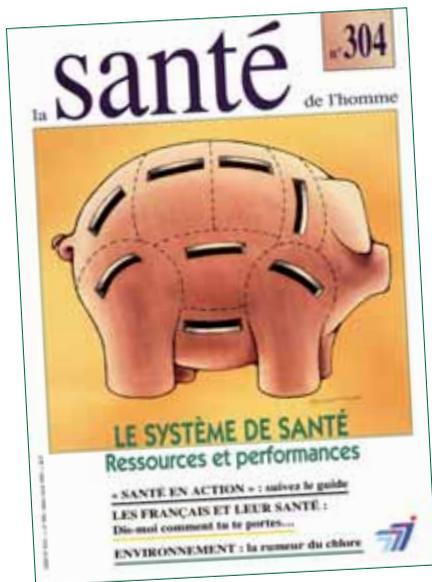
Diminution du rôle des pouvoirs publics comme régulateurs de l'économie

En 2010, l'Inpes a réalisé une étude « Prospective santé 2030 – Prévention 2010 » (3) qui souligne à plusieurs reprises le rôle déterminant des mesures politiques, de l'État, des Régions ou encore de la mobilisation sociale dans l'efficacité des politiques

de promotion de la santé. Le principe de la prospective est d'essayer de comprendre le passé récent et sa dynamique, pour en dégager des trajectoires et des futurs possibles compte tenu des informations disponibles, informations aussi bien quantitatives que qualitatives, comme la connaissance de la dynamique des acteurs influents et les intérêts qu'ils poursuivent.

Cette étude a donné, comme les précédents exercices (4, 5) et les chartes que nous venons de rappeler, une place importante à la macro-économie comme déterminant de la santé (accès à l'emploi, au logement, aux soins, etc.). De manière générale, les exercices de prospective qui prennent en compte les facteurs macro-économiques n'envisagent pas de rupture possible quant au modèle économique dominant². Rappelons de façon très simplifiée que l'une des tendances lourdes au niveau international de ces dernières décennies en matière d'économie politique est une diminution du rôle des pouvoirs publics en tant que régulateurs de l'économie, en particulier financière, au profit d'une régulation par le marché.





Le contexte que nous connaissons depuis 2007³, qui fait lui-même suite à une succession de crises financières, ainsi que les échecs ou difficultés en matière de lutte contre le chômage, d'accès au logement et, depuis quelques temps, d'accès aux soins pour certaines populations⁴, pourraient légitimement se traduire, dans un exercice de prospective, par un scénario en rupture ou d'alternative avec ce modèle. Un tel scénario aborderait les questions autour de qui régule quoi dans notre économie, autrement dit, qu'est-ce qui serait du ressort d'une intervention de l'État (avec quels moyens : fiscalité ou emprunt ?) et quelles conséquences sur la santé et ses déterminants ?

La mobilisation sociale comme levier d'intervention

Comme les chartes d'Ottawa et de Bangkok, l'étude prospective 2030 souligne l'importance du rôle et de la volonté des pouvoirs publics dans le développement de la promotion de la santé⁵. L'État, plutôt que le marché, est plébiscité comme garant de l'intérêt général et comme acteur clé dans les débats portant notamment sur l'organisation des soins et le financement des dépenses de santé : comment, en effet, trouver un bon équilibre entre liberté des acteurs (professionnels de la santé, patients), qualité des soins, égalité d'accès aux soins et viabilité financière ? (6).

Ce recours à l'État est primordial mais ne doit pas faire oublier que sa légitimité à trouver des équilibres peut se faire au détriment de certains groupes de population pouvant parfois représenter une majorité⁶. C'est pourquoi l'étude rappelle l'importance de la mobilisation sociale comme levier d'intervention en prévention et promotion de la santé. En matière d'accès aux soins, la défense compréhensible de la liberté

d'installation des médecins libéraux ne doit pas se faire aux dépens de certains patients. L'enjeu est donc aujourd'hui encore de trouver les bonnes modalités d'un équilibre entre liberté pour les uns et égalité pour les autres⁷.

En matière de prévention et de promotion de la santé, il s'agira, dans un contexte de moyens fortement contraints, de maintenir une politique de prévention nationale et régionale à l'abri des intérêts économiques, qu'ils soient commerciaux ou assurantiels, sans pour autant nier la place prise aujourd'hui par ces acteurs dans la diffusion de la prévention au sein de la population et des territoires de vie.

Sur ces questions, il conviendra donc de suivre l'évolution du rôle joué par l'État et du rôle qu'il entend jouer, aussi bien dans ses politiques de santé que dans ses autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Philippe Guilbert

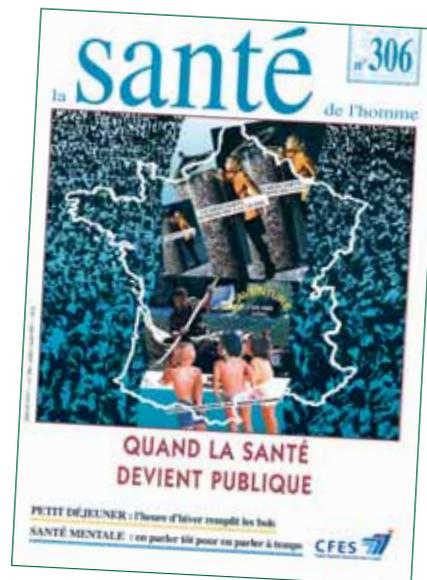
Directeur des programmes à l'Inpes.

4. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclarent avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (Irdes, 2011).

5. Tout comme l'importance de la mobilisation sociale ou l'amélioration des savoirs et compétences individuels.

6. Selon certains auteurs, c'est même le contraire qui peut se produire : « Les mesures [politiques] qui ont profondément affecté l'ordre social en déplaçant d'importants avantages sociaux d'un groupe à un autre, [...] ont été dues à la pression exercée par des groupes intéressés sur les électeurs et les politiciens. » Lippmann W. La cité libre. Les Belles lettres, coll. Bibliothèque classique de la liberté, 2011 : 458 p. (1^{ère} édition 1937).

7. « Dans une préoccupation d'équité à l'accessibilité aux soins, le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), constatant l'échec des aides incitatives et face à la répartition régionale inégale des médecins, préconise des mesures de régulation de l'exercice pour améliorer l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population. » Extrait des recommandations du Cnom du 29 mai 2012 au sujet de l'accès aux soins.



1. Lecorps P. 1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé. Questions et interrogations morales et éthiques. La Santé de l'homme, novembre-décembre 2002, n° 362 : p. 21.

2. Le rôle de l'État varie sensiblement selon les écoles de pensées économiques dont la prédominance est relativement cyclique au cours du temps (monétaristes, nouvelle économie classique, nouvelle économie keynésienne, etc.).

3. Les États, après le sauvetage de leurs banques en difficulté, se retrouvent avec des déficits publics très élevés. Pour la France, les indicateurs clés de l'Insee donnent au 30 mai 2012 : croissance de 0 % au 1^{er} trimestre 2012, inflation de 0,1 % en avril 2012, chômage de 9,8 % au 4^e trimestre 2011, consommation des ménages de -2,9 % en mars 2012, dette publique de 1 717 milliards d'euros soit 85,5 % du PIB.

■ Références bibliographiques

(1) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986 : 6 p. En ligne : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

(2) Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2005 : 11 p. En ligne : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

(3) Groupe « Prospective santé 2030 – Prévention 2010 » (Inpes). Rapport interne. Saint-Denis : Inpes, novembre 2010 : 52 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/etude_prospective_sante.pdf

(4) Groupe « Prospective du système de santé » (Commissariat aux plans). Santé 2010. Paris : La documentation française, 1993, 3 volumes.

(5) Groupe « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? » (Credes). Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Paris : La documentation française, 2000 : 358 p.

(6) Palier B. (2005). La réforme des systèmes de santé. Cité par Cases C. Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux. Santé, Société et Solidarité, 2008, n° 2 (Bilan des réformes des systèmes de santé) : p. 43-51. En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss_1634-8176_2008_num_7_2_1286

La santé par le bien-être et la qualité de vie

Imagine... C'est l'invitation lancée par René Demeulemeester aux instances nationales et régionales et aux équipes de recherche à mettre en place des stratégies d'action. Là, tout de suite ! Et si l'amélioration de la qualité de vie et de la santé était à notre portée ?

Lorsque j'interviens sur la promotion de la santé, je commence par interroger les participants sur leur perception de la santé. Qu'il s'agisse d'habitants, de professionnels, de représentants institutionnels, de militants associatifs, la réponse est la même : la santé, c'est d'abord le bien-être, puis l'adaptation au milieu ou aux circonstances de la vie et, très loin derrière, l'absence de maladie. Il y a près de soixante-dix ans que l'Organisation mondiale de la santé a placé le bien-être au centre de sa définition de la santé, et près de quarante ans que le rapport Lalonde a identifié les principaux déterminants de la santé et du bien-être. On célébrera bientôt les trente ans de la Charte d'Ottawa qui a repéré les leviers pouvant influencer favorablement ces déterminants. Cependant, dans les discours – *La Santé de l'homme* est une exception –, dans les plans et les programmes et dans l'affectation des ressources, c'est toujours et plus que jamais les soins et la prévention des maladies qui demeurent la principale préoccupation. L'aspiration à la qualité de vie et au bien-être paraît trop futile : d'abord évitez la maladie – et d'autant plus que votre situation vous rend cet exercice difficile –, le bien-être vous sera, peut-être, accordé de surcroît.

Et si la prévention de maladies et l'accroissement de l'espérance de vie sans incapacités passaient d'abord par la promotion de la qualité de vie et du bien-être ? Souvenons-nous que la prévention des incapacités et de la mortalité prématurées repose largement sur des interventions portant sur quelques facteurs majeurs de risque ou de protection. Ces facteurs « déterminants » de la santé ont, en effet, pour caractéristique d'être communs à plusieurs des principales causes de décès et d'incapacités ; ce sont, en particulier, les consommations d'alcool et de tabac, l'alimentation et l'activité physique, la promotion de la santé mentale et le renforcement des liens sociaux. Il se trouve que ces mêmes déterminants sont également liés aux inégalités sociales ; l'environnement matériel, social et culturel qui compose notre cadre de vie pèse sur ces déterminants au moins autant que nos aptitudes individuelles. Permettre à chacun, individuellement et collectivement, de bénéficier d'un environnement

matériel et social, et d'un mode de vie favorable au bien-être et à la santé, c'est justement l'objet de la promotion de la santé. C'est dans les lieux où une majorité des personnes vit, apprend, travaille, noue des relations – quartiers et communes, écoles, collèges et lycées, entreprises... – qu'elle est la plus efficace. C'est à ce niveau de proximité qu'il est possible d'associer réellement la population et les professionnels relais, et ainsi de faire correspondre le projet de santé à leurs attentes, d'appréhender finement les difficultés et les opportunités et, enfin, de créer les environnements matériels et sociaux qui contribuent rapidement au bien-être, à la qualité de vie et, durablement, à la santé.

L'exercice de prospective mené il y a trois ans par l'Inpes est plus que jamais d'actualité (*lire l'article de Philippe Guilbert p. 51*). Il envisageait plusieurs scénarios possibles. Passons sur le scénario dit de « tension généralisée » : le pire n'est jamais certain. Dans le scénario dit « tendanciel », les contraintes de financement liées au manque de moyens entraîneraient un accroissement de la concentration des politiques publiques sur certaines catégories de populations et sur des actions ciblées, avec une recherche de responsabilisation des individus en jouant sur des incitations et des sanctions. Enfin, un troisième scénario, « croissance et développement responsable et solidaire », suppose « *des comportements plus solidaires, une plus grande acceptation de la régulation parce qu'elle est conforme aux attentes, et un meilleur consentement à payer pour la santé, compte tenu de l'objectif de qualité de vie en bonne santé aussi longtemps que possible* ».

Dans ce scénario, qui aurait pu aussi s'intituler « promotion de la santé et du bien-être », la prévention repose à la fois sur l'*empowerment* des individus et des collectivités, et sur le développement d'environnements favorables à la santé. Sa réalisation suppose juste un peu d'imagination.

Imaginons que dans quelques régions, l'agence régionale de santé, avec le soutien actif des instances nationales, adopte un accord cadre

« Promotion de la santé, de la qualité de vie et du bien-être » avec les institutions régionales représentées au sein de la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Imaginons que cet accord intègre les multiples objectifs thématiques dans quelques objectifs transversaux par milieu de vie comme, par exemple, « *Mettre en œuvre dans les cinq ans à venir, dans une majorité de villes, d'entreprises, d'établissements scolaires et d'établissements de soins de la région, des projets intégrés de promotion de la santé contribuant au bien-être, à la prévention du cancer, des maladies cardio-vasculaires et des accidents et à la réduction des inégalités de santé* ».

Imaginons que cette stratégie d'action prévoit l'organisation de l'accompagnement de ces projets de promotion de la santé, leur coordination et leur évaluation.

Imaginons que les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé avec les pôles de compétences régionaux, soient en mesure de fournir à chacun des milieux de vie concernés un « panier de prestations » d'accompagnement adapté à leur situation.

Imaginons, enfin, que des équipes de recherche et des départements universitaires investissent dans l'évaluation d'impact de ces projets.

Viser le bien-être : c'est tellement irréaliste que certains l'ont fait ailleurs, que d'autres l'envisagent sérieusement chez nous et que l'on finira par considérer que cela va de soi au même titre que l'accès aux soins.

René Demeulemeester

Médecin de santé publique,
Président de la Fédération nationale
d'éducation et de promotion
de la santé (Fnes), Saint-Denis.

Entretien avec Nadine Neulat-Billard, chef du bureau de la Santé, de l'Action sociale et de la Sécurité, Direction générale de l'enseignement scolaire au ministère de l'Éducation nationale

La place de l'éducation à la santé à l'École

La politique éducative de santé constitue un facteur important de bien-être et de réussite scolaire des élèves. Nadine Neulat-Billard revient sur les principales orientations de cette politique inscrites dans la circulaire du 2 décembre 2011 : la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, l'ouverture à de nouveaux partenaires et la démarche de projet.

La Santé de l'homme : Quelle est la place donnée à l'éducation à la santé à l'École ?

Nadine Neulat-Billard : Travaillant dans ce secteur depuis longtemps, je pense pouvoir dire que depuis quelques années, la prise en compte de l'éducation à la santé à l'École est désormais une réalité. L'éducation à la santé est en effet intégrée dans le socle commun de connaissances et de compétences, qui précise tout ce qu'un élève doit savoir à l'issue de sa scolarité obligatoire (école primaire et collège). Six compétences sont requises, dont une s'appelle « compétences sociales et civiques ». C'est dans ce contexte dynamique que figure, de manière précise et significative, le terme d'éducation à la santé, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Il y a également, et cela conforte cette place institutionnelle, une forte stabilisation de ce concept par la mise en place des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Institué par le décret n° 85-924 du 30 août 1985, le CESC est inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré et s'intègre à la politique globale de réussite de tous les élèves : ses missions sont redéfinies, sa composition clairement précisée, la contribution des partenaires organisée en fonction des problématiques éducatives à traiter. L'une de leurs missions est d'établir une programmation d'éducation à la santé et de prévention, notamment celle des conduites à risque. De mon point de vue, l'une des grandes avancées a été d'inscrire cette thématique dans les textes réglementaires qui régissent le fonctionnement des établissements. Lorsqu'il y a un message fort de l'institution, une dynamique s'installe rapidement.

S. H. : Comment accompagnez-vous les établissements ?

Concrètement, nous avons construit des partenariats, par exemple avec l'Inpes, qui nous a permis d'éditer des documents en commun et de les diffuser dans tous les établissements, ou avec le réseau universitaire pour l'éducation à la santé (UNlrs), notamment en matière de formation des enseignants. Ce secteur était auparavant animé par les personnels de santé qui ont réalisé un travail extrêmement important, notamment les infirmières des établissements. Notre ambition est maintenant que cela irrigue davantage le système scolaire et que les enseignants s'en saisissent encore plus largement.

S. H. : Quelles ont été les évolutions pour les professionnels, une approche plus thématique par exemple ?

Nous souhaitons une approche qui ne soit justement pas axée uniquement sur les thématiques. Et c'est sûrement la principale évolution de ces dernières années. La circulaire publiée en novembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques précise qu'il s'agit d'abord d'une approche globale de la santé avant d'être une approche thématique. Nous voulons que les établissements scolaires préparent et conduisent des projets. Le fait d'inviter des partenaires extérieurs dans le cadre d'une journée sur la toxicologie



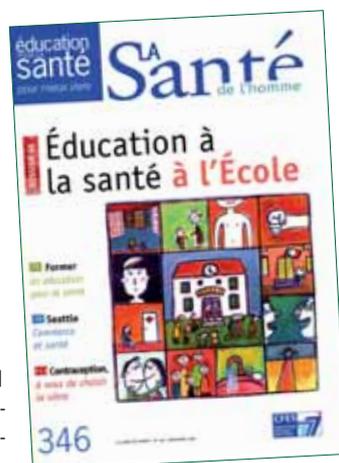
ou sur la nutrition n'est pas forcément la bonne méthode. Nous travaillons pour que tout cela soit intégré dans le projet d'école ou d'établissement. C'est à partir de cette approche globale que l'on peut ensuite « distiller » les thématiques : l'éducation nutritionnelle, la prévention des conduites addictives, l'éducation à la sexualité, la prévention des IST et du sida, etc. Toutes ces thématiques doivent être abordées à travers le développe-

ment des compétences psychosociales. La revue *La Santé de l'homme* est centrale en ce sens car elle nous permet de diffuser largement cette option générale.

S. H. : Quelles perspectives voyez-vous ?

Je souhaite réellement que l'éducation à la santé ne soit pas traitée à part. Je le répète : il est nécessaire qu'elle soit intégrée dans les projets d'établissement. Nous avons encore à surmonter des difficultés. Par exemple, faire que les enseignants ne considèrent pas ce thème comme une discipline supplémentaire mais, au contraire, qu'il fasse partie de leurs pratiques et démarches pédagogiques au quotidien. Je crois aussi qu'il est important de continuer à développer la professionnalisation des infirmières de l'Éducation nationale au montage des projets. Je rappelle qu'elles sont très souvent le pivot central dans l'établissement pour l'élaboration des projets d'éducation à la santé. Et puis, il faut continuer de développer nos partenariats, principalement avec les agences régionales de santé, afin de mettre en place par exemple des modules de formation communs pour tous les adultes qui interviennent sur ce sujet.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**



Éthique et promotion de la santé

Lettre à *La Santé de l'homme* pour son 70^e anniversaire

Chère *La Santé de l'homme*,

Permetts-moi d'abord de te souhaiter un bon anniversaire, et une bonne ... santé pour les décennies à venir. Je prends la liberté de te tutoyer, car tu es – de peu, certes – ma cadette, et surtout parce que nous avons eu, depuis longtemps, l'occasion de nous rencontrer et de travailler ensemble. La familiarité de nos relations a renforcé la grande estime que je nourris à ton égard. Tu as su, souvent, ouvrir des chemins peu explorés de l'éducation pour la santé.

Ainsi, j'ai retrouvé récemment ton numéro 72, daté de mai-juin 1952. Je ne te lisais pas encore, et tu n'avais que dix ans, mais quelle maturité déjà, quelle vision ! Tu étais, en caractères gras, la « Revue des Centres interdépartementaux d'éducation sanitaire, démographique et sociale », mais ton « ours » portait aussi, en maigre, la mention du « Centre national d'éducation sanitaire », et sur ta couverture apparaissait, en capitales, le ministère de la Santé publique et de la Population. Façon de rappeler que l'éducation pour la santé, en France, est née dans nos belles provinces, à l'initiative d'associations, et que l'État parrainait et encourageait tous ces nouveau-nés (vingt en 1952) ainsi que le Centre national, associatif lui aussi, qui les réunissait. Plus tard, celui-ci a été remplacé (le jour de tes 60 ans) par un établissement public, et les centres sont devenus des comités, puis des instances régionales (Ireps). L'Ireps, depuis dix ans, a pris soin de toi, car franchement, ma vieille, tu avais pris quelques rides. Et les Ireps contribuent à cette cure de jouvence puisque quatre sont présentes à ton comité de rédaction.

Mais revenons au numéro 72. Ton papa, le professeur Pierre Delore, m'a stupéfié par son article sur « Définir les vrais besoins humains : exigence d'une éthique de santé ». Une éthique de santé ? En 1952 ? Moi qui ai souvent professé que l'éthique de la santé, conçue au procès de Nuremberg, était née aux États-Unis dans les années 1970 ! P. Delore, ce grand Monsieur, ce grand humaniste, évoque les changements que l'après-Seconde Guerre mondiale a entraînés dans les besoins humains et la façon de les satisfaire, et les incertitudes qui en résultent. Et il écrit : « [...] des solutions rationnelles sont possibles grâce aux techniques, mais les techniques ne suffisent pas et une morale leur est nécessaire, ce qui conduit à la conception d'une éthique. [Il faut] une véritable éthique où la notion de santé se trouve nécessairement liée à trois autres notions, vérité, justice et paix. »

Et là, seconde stupéfaction : justice et paix... Ces deux mots ne figurent-ils pas dans le préambule de la charte d'Ottawa ? Allons plus loin dans le texte. Dans le paragraphe « Nécessité d'une éthique », P. Delore évoque l'alimentation, le logement, les conditions de travail et, un peu plus loin,

la justice sociale et la paix. « La cité, dit-il, sera plus saine dans la mesure où elle sera plus juste et plus pacifiée. Elle sera plus pacifiée dans la mesure où elle sera plus juste. [...] Servir les vrais besoins humains implique une morale de santé, de vérité, de justice et de paix. » À Ottawa, trente-quatre ans plus tard, il a fallu une grande organisation internationale, un État et une société professionnelle pour dire... la même chose :

« Les conditions fondamentales et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. » À croire que les rédacteurs de la charte avaient lu ton numéro 72... Chapeau, *La Santé de l'homme* !



Pour être franc, tu n'as pas toujours eu une telle vision éthique et prophétique. Dans ce numéro 72, était-il vraiment utile de faire de la publicité pour une grande firme suisse de lait et de farine lactée pour nourrir ? Et te souviens-tu qu'en 2003 tu as censuré le contenu de tout un numéro ? Je ne t'en veux pas, cela a permis à ta sœur *Santé publique* de publier un très bel ensemble de textes sur « Mondialisation et promotion de la santé » et de précéder ainsi l'Organisation mondiale de la santé qui a promulgué, en 2007 seulement, la charte de Bangkok

pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation... Là, tu avais perdu une occasion d'être pionnière... Bon, la suite nous a montré que tu savais toujours défricher des territoires inconnus.

L'essentiel, chère *La Santé de l'homme*, est en effet de te voir, aujourd'hui rajeunie (moi qui commence à accuser mon âge), continuer à élargir notre champ de vision, réunir des points de vue d'auteurs différents, donner la parole aux acteurs les plus dynamiques sur le terrain de la promotion de la santé. Et puis, comme j'ai des origines spinaliennes, tes images me sont un plaisir toujours renouvelé. Bravo pour le choix des illustrateurs !

Un dernier mot, une supplique même : reste faite de papier et d'encre, même si tu es aussi accessible virtuellement sur le Net. Je t'ai parlé de ton numéro 72 paru il y a soixante ans, et qui a toujours belle allure. La technologie nous garantit-elle l'accès facile, en 2072, à ton numéro anniversaire d'aujourd'hui ? Nous avons besoin de mémoire, pas seulement de mémoire numérique.

En tous cas, je continuerai à te dévorer, et pour l'instant je t'embrasse.

Jean-Pierre Deschamps

Professeur honoraire des universités,
ancien président du Conseil d'administration du CFES.

Les conditions du « vivre »

Un appel à la réflexion de Philippe Lecorps pour « une prévention prévenante fondée sur l'attention à l'autre ».



À 70 ans, *La Santé de l'homme* a toute légitimité de se retourner sur son passé, d'y puiser une réflexion et d'orienter son futur. Dès sa naissance, la revue est lancée dans une démarche, à l'époque évidente, d'alphabétisation médicale propageant les messages de bonne conduite sanitaire. À partir des années 1960, les sciences humaines, telles l'anthropologie, la sociologie, la psychologie clinique ont apporté leurs analyses et refondé l'éducation pour la santé au-delà de son champ biomédical. Les années 1980 l'ont inscrite comme un élément de promotion de la santé.

Ces démarches successives ont mis peu à peu au centre de l'action le sujet, être de raison, mais aussi être *désirant* dans sa capacité d'être acteur, voire auteur de sa vie. Toutefois, ce sujet ne vit pas en électron libre mais dans une relation à l'autre, une solidarité exigeante de citoyen. Actuellement, les avancées en santé publique ont mis en évidence les inégalités de santé liées à l'âge, au genre, aux situations sociales et à l'exposition différenciée aux risques. Mais à quels valeurs et principes faire appel pour les réduire ?

Dans leur ouvrage, *Health Promotion : Planning and Strategies*¹, Green et Tones présentent en deux tableaux² contrastés les recommandations de deux équipes universitaires, qui indiquent les chemins à emprunter pour être en bonne santé. La première, sous la direction de Liam Donaldson, du *British Officer Medical*, a modélisé les

séries de comportements nécessaires pour vivre en santé. Ses travaux reprennent peu ou prou un ensemble d'injonctions hygiénistes habituelles et traditionnelles dans le champ de la santé :

1. Ne fumez pas. Si vous fumez, arrêtez. Si vous ne pouvez pas arrêter, diminuez votre consommation.
2. Ayez une alimentation équilibrée incluant beaucoup de fruits et de légumes.
3. Faites de l'exercice.
4. Gérez votre stress en parlant de vos problèmes et en trouvant le temps de vous relaxer.
5. Si vous buvez de l'alcool, faites-le avec modération.
6. Protégez-vous du soleil et faites en sorte que vos enfants n'attrapent pas de coups de soleil.
7. Utilisez des préservatifs.
8. Faites-vous régulièrement dépister.
9. Conduisez prudemment, respectez le Code de la route.
10. Apprenez les gestes de premier secours.

Cet ensemble de consignes situe l'individu comme seul et unique responsable de sa santé. Conduis-toi bien selon les normes biomédicales et ta santé en ressortira renforcée !

La même année, le professeur David Gordon, de l'université de Bristol, privilégie quant à lui des recommandations politiques et sociales :

1. Évitez d'être pauvre. Si vous le pouvez, arrêtez d'être pauvre. Si vous ne pouvez pas, essayez de ne pas rester pauvre trop longtemps.
2. Évitez d'avoir des parents pauvres.
3. Possédez une voiture.
4. N'occupez pas un emploi manuel, stressant, mal payé.
5. N'habitez pas un logement humide et dégradé.
6. Offrez-vous des vacances à l'étranger et prenez des bains de soleil.
7. Entraînez-vous à ne pas perdre votre travail et ne devenez pas chômeur.
8. Bénéficiez de tous les avantages auxquels vous avez droit si vous êtes chômeur,

retraité, malade ou handicapé.

9. N'habitez pas près d'une route très fréquentée ou d'une usine polluante.

10. Apprenez à remplir les formulaires d'aide au logement avant de devenir démuné ou sans-abri.

Évidemment, l'humour n'est pas absent de ces pseudo-recommandations...

Bien sûr, on ne peut résumer les évolutions observées dans *La Santé de l'homme* à cette opposition frontale. Pour autant, cela pose pour notre revue la question de la place accordée, dans les travaux que nous encourageons, aux conditions permettant à la santé de se déployer. « Fumer tue » c'est entendu, mais qui le tabac tue-t-il en priorité sinon les catégories de population les plus défavorisées³ ?

La Santé de l'homme peut désormais, plus encore que par le passé, relier les informations sanitaires à la vie concrète des communautés, leurs contraintes, leurs usages, leurs capacités de changement. Le futur ne peut s'épanouir dans une redondance de messages de santé publique qui transformerait chacun en prévenu. Il se trouve davantage dans une démarche de *prévention prévenante* fondée sur l'attention à l'autre et la dynamique de son insertion communautaire.

Philippe Lecorps

ancien professeur à l'EHESP

et ancien président du Cres Bretagne.

1. Green J., Keith Tones K. *Health Promotion: Planning and Strategies*. London : Sage Publications, 2010.

2. Merci à Christine Ferron, directrice de l'Ireps Bretagne, pour la traduction libre de ces deux tableaux.

3. Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012 : 144 p.

NDLR, lire aussi les articles de Philippe Lecorps :

• 1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé. *Questions et interrogations morales et éthiques*. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2002, n° 362 : p. 21-23. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-362.pdf>

• Le métier d'éducateur pour la santé : un siècle d'évolutions. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2001, n° 353 : p. 10-12. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-353.pdf>

La pratique en promotion de la santé en France

Deux ans après sa création, la chaire Promotion de la santé Inpes-EHESP dresse son état des lieux de la pratique sur le territoire français. Un portrait en demi-teinte : professionnalisation, multiplication des initiatives de terrain, coordination des politiques publiques, animation territoriale, attention portée aux inégalités sociales de santé sont des points positifs. Mais peut mieux faire : partager les expériences, développer la recherche et l'évaluation, les approches innovantes et les interventions intersectorielles.

Que ce soit en France ou ailleurs dans le monde, la pratique de la promotion de la santé est protéiforme par nature. Elle se caractérise par un champ d'activités variées et implique des acteurs de cadres institutionnels divers. Née officiellement en 1986 avec la charte d'Ottawa (1), la promotion de la santé représente à la fois un mouvement social porté par des professionnels du monde de la santé, et une véritable approche de santé publique. Quelle que soit la manière dont on la considère, elle questionne profondément les stratégies contemporaines d'amélioration de la santé des populations sur leurs capacités d'action et leurs tendances à accroître directement ou indirectement les inégalités sociales de santé (2).

Pour caractériser l'état de la pratique en promotion de la santé, il nous faut tout d'abord en définir les principaux contours. Ceci nous renvoie naturellement vers la charte d'Ottawa et vers les documents cadres parrainés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces textes ont, en quelque sorte, construit et précisé le programme d'action de la promotion de la santé (1, 3, 4). Elle s'y affirme comme une approche globale de la santé des populations, devant, pour être complète, être déployée à travers cinq axes stratégiques visant l'élaboration de politiques publiques promotrices de santé, la création de milieux favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Une intervention capable d'investir ces cinq composantes représente l'idéal de la pratique dans le domaine de la promotion de la santé. Elle devrait l'être également pour la santé publique qui reste encore tournée vers des approches unidimensionnelles centrées sur la modification des comportements individuels. À ces cinq dimensions stratégiques s'ajoutent deux principes inhérents à toutes interventions : l'équité en santé et la participation des populations. En effet, on ne saurait aujourd'hui considérer une action de promotion de la santé sans s'assurer *a priori* de son impact sur les inégalités de santé. Il est également impératif sur le plan

tant de l'efficacité que de l'éthique des actions, de s'appuyer sur les ressources des populations, sur leur connaissance intime du terrain, ses potentialités et ses limites afin de prendre en compte leurs attentes.

Qu'en est-il en France ? La pratique reflète-t-elle ces principes ?

Pratique et recherche : une vision de la chaire

Un certain portrait de la promotion de la santé, construit au cours des deux premières années d'existence de la chaire Promotion de la santé¹, attire tout d'abord notre attention sur les professionnels français de promotion de la santé et sur leur capacité à se distancier du terrain et à partager leurs expériences. Si, sur ce point, une revue comme *La Santé de l'homme* s'avère très précieuse pour diffuser les pratiques les plus innovantes, des publications devraient aussi être encouragées, notamment au niveau international, afin d'offrir la visibilité qui est due aux initiatives françaises (5).

Ce constat sur la pratique va de pair avec celui que nous posons sur la recherche et son nécessaire développement vers des approches plus innovantes², devant répondre à la complexité des interventions populationnelles. Elle doit être capable de mobiliser des concepts au-delà des sciences médicales et d'emprunter aux théories sociologiques et aux sciences politiques pour construire des programmes socio-écologiques permettant d'agir sur tout un ensemble de déterminants de la santé, dont les déterminants sociaux. Une recension des articles français traitant de la promotion de la santé montre que seule une faible proportion de programmes s'intéresse aux enjeux liés à la création d'environnements favorables et au renforcement communautaire (6). Si certains visent l'élaboration de politiques publiques saines à travers des plai-

doyers pour une intégration, par exemple de la promotion de la santé dans la loi de santé publique, peu d'entre eux propose de véritables interventions intersectorielles, à l'exception notable des dispositifs Atelier santé-ville qui restent sur ce point des initiatives remarquables, alliant participation communautaire et décision politique au niveau local. La majorité des inter-

ventions publiées relèvent d'actions d'éducation pour la santé et restent uniquement centrées sur le développement d'aptitudes personnelles. Ce constat, certes partiel, reflète tout de même le manque d'intégration et de transversalité des programmes populationnels proposés en France, ainsi que leur manque d'évaluation. Or, disposer d'un cadre évaluatif précis

permettant d'objectiver les résultats d'une action ou d'un programme favorise leur reproductibilité et leur transposition et contribue ainsi à la diffusion des connaissances.

Promouvoir la santé : une évolution en marche

Les institutions du secteur de la santé (agences régionales de santé – ARS, ministères, collectivités territoriales, etc.) n'ont, jusqu'à présent, manifesté qu'un intérêt formel vis-à-vis des approches et des principes de promotion de la santé, les confondant trop souvent avec des approches préventives, des approches d'éducation thérapeutique ou d'éducation sanitaire. Néanmoins, la nouvelle planification du secteur sanitaire avec la présence des ARS, la régionalisation et la coordination des politiques publiques, l'animation territoriale de proximité sont autant d'éléments nouveaux qui pourraient



faciliter le développement futur de la promotion de la santé (7, 8).

L'expression « inégalités sociales de santé » recouvre aujourd'hui une réalité bien française qui ne fait pas débat (9-12). Les ARS doivent désormais veiller à ne pas accroître les inégalités sociales de santé (13). De plus, la notion de gradient caractérisant le fait que les inégalités de santé touchent l'ensemble des catégories sociales de la société et ne concernent pas uniquement les plus démunis, est de plus en plus intégrée à défaut d'être totalement comprise, au sein des Plans régionaux de santé. Si ces mots résonnent – « inégalités de santé », « gradient » – les modes d'action restent encore obscurs aux yeux des différents dirigeants et des planificateurs, comme à bon nombre de professionnels de santé publique. La promotion de la santé, par les valeurs qu'elle porte, par les modes d'actions qu'elle préconise, s'inscrit pleinement dans la lutte contre les inégalités sociales et apporte une réponse, en termes de modes d'action, pour l'amélioration des conditions de vie.

Après plus d'un quart de siècle de développement, les stratégies et les principes de la promotion de la santé restent aujourd'hui portés

par un mouvement social international constitué principalement de professionnels et de chercheurs du secteur de la santé. Ce mouvement s'appuie sur les avancées de la recherche en santé des populations, lesquels remettent en cause les conceptions biomédicales classiques en mettant en avant une vision plus positive de la santé (c'est-à-dire la santé vue comme un processus dynamique et non comme la seule absence de maladie). Cette vision de la santé axée sur les conditions et les milieux de vie appelle à la coopération intersectorielle. En ce 10^e anniversaire de l'Inpes, nous constatons que l'ensemble de ces idées de justice sociale et sanitaire constitue une préoccupation croissante du monde institutionnel et académique. L'évolution des formations initiales des professionnels de la santé et les cursus universitaires en témoignent (14) ; les initiatives de terrain et les actions hors du champ sanitaire, sous l'impulsion d'institutions locales et du secteur associatif, se multiplient. Cette observation des pratiques nous assure une vision optimiste quant au futur de la promotion de la santé en France. En intéressant un grand nombre de disciplines, elle semble en voie de s'institutionnaliser et de se professionnaliser, ce qui constitue un gage pour son devenir. De plus, il nous faut avant tout garder à

l'esprit qu'en œuvrant pour l'action sur les milieux de vie et les déterminants sociaux de la santé, la promotion de la santé lutte contre les inégalités. Voilà son pouvoir, tel est son avenir.

Éric Breton

Enseignant-chercheur,

titulaire de la chaire Promotion de la santé,

Marion Porcherie

Ingénieur de recherche,

coordinatrice scientifique de la chaire Promotion

de la santé, École des hautes études en santé

publique (EHESP), Rennes.

1. La chaire Promotion de la santé à l'EHESP a été créée en 2010. Financée par l'Inpes, elle assure des missions de formation (initiale et continue) et des missions de recherche dans le domaine de la promotion de la santé.

2. Les actions innovantes en santé appréhendent les individus dans leur environnement physique, socioculturel et économique (approche socio-écologique) et cherchent à agir sur les milieux de vie (le quartier, l'école, la ville, le lieu de travail, etc.) afin de les rendre plus favorables à la santé des individus. Les recherches sur ces actions se fondent donc sur des approches transversales, pluridisciplinaires, utilisant des méthodes de recherche interventionnelle favorisant une interaction continue entre le terrain et la recherche. Les évaluations utilisées doivent tenir compte au mieux des réalités du terrain (évaluation réaliste, approche par méthode mixte, etc.).

► Références bibliographiques

(1) World Health Organization (WHO). *First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva : WHO, 1986. En ligne : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

(2) Frohlich K.L., Potvin L. Transcending the Known in Public Health Practice: The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 2 : p. 216-221.

(3) World Health Organization (WHO). *Adelaide recommendations on Healthy Public Policies. 2nd International Conference on Health Promotion*. Adelaide : WHO, 1988. En ligne : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>

(4) World Health Organization (WHO). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World 6th Global Conference on Health Promotion*. Bangkok : Thailand, 2005. En ligne : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

(5) Breton E., Pommier J., Porcherie M., Lima E., Gindt-Ducros A., Diop N. The state of health promotion practice, research and train-

ing in France: better days ahead? In : Pavleko- vic G., Pluemer K. D., Vaandrager L., et al. (eds.) *Twenty Years of Capacity Building in Health Promotion. Evolution of Salutogenic Training: The ETC'Healthy Learning'Process* (p. 159-162). Zagreb: The European Training Consortium in Public Health and Health Promotion (ETC-PHHP) and the Andrija Štampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb, 2011.

(6) Breton É., Porcherie M. *Les programmes de promotion de la santé en France : un état des lieux*. Congrès annuel de la Société française de santé publique, Lille, 4 novembre 2011.

(7) Basset B., dir. *Agences régionales de santé. Vol. : Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2009 : 204 p.

(8) Bourdillon F., Lombrail P. Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion de la santé. *Santé publique*, 2009, vol. 21, n° 5 : p. 441-442.

(9) Cambois, E., Jusot, F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *The European Journal of Public Health*. First access, 2010, September 7.

(10) Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : HCSP, 2009 : 102 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

(11) Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. (Migas). *Les Inégalités sociales de santé. Déterminants sociaux et modèles d'action*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../0000.pdf

(12) Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 380 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

(13) République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(14) Régat S., Aranha de Lima E. Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient : une base de données sur les formations universitaires. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2011, n° 416 : p. 12-14. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme416.pdf>

Un siècle d'éducation pour la santé

1902



- Loi du 15 février 1902 relative à la **protection de la santé publique**

1924

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

1941



- Création des **centres régionaux d'éducation sanitaire**

1942



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

1945



- Création du **Centre national d'éducation sanitaire**

1948

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

1951

- Création de l'Union internationale de prévention et d'éducation pour la santé

1952

- Création du Comité national d'éducation sanitaire et sociale

1954

- Création du Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme

1967



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

1972



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

1975



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

1976



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

1982



- Loi de **décentralisation** du 2 mars 1982
- Création de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Décret du 8 janvier 1982)

1983

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

1985

- Colloque du CFES *Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé* (Dourdan)

1986



- Novembre 1986 : **charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**

1988

- Création du Fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires

1991



- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la **lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (Loi Evin)**
- Création du Haut Comité de la santé publique (Décret du 3 décembre 1991)

1994

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

1996

- Création des conférences nationale et régionales de santé et programmes régionaux de santé (Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996)

1998

- Mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
- Création des Ateliers santé (Circulaire du 8 septembre 1998), dans le cadre de la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998
- Circulaires du ministère de l'Éducation nationale :
 - n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 sur la prévention des conduites à risque et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ;
 - n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège

2000

- Lancement du dispositif « Emplois Jeunes Tabac »

2001

- Plan national nutrition santé 2001-2005
- Plan national d'éducation pour la santé et création des Schémas régionaux d'éducation pour la santé

2002



- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux **droits des malades et à la qualité du système de santé**



- Création de l'**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)** qui se substitue au CFES
- Création de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé

2004



- Loi n° 806-2004 du 9 août 2004 relative à la **politique de santé publique**
- Élargissement des missions de l'Inpes à la participation à la gestion des situations d'urgence, et à la formation à l'éducation pour la santé
- Mise en place des pôles de compétences en éducation pour la santé en régions

2005



- Août 2005 : **charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation**

2009



- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 **Hôpital, patients, santé et territoires**
- Création des agences régionales de santé

2010



- Création de la **chaire Inpes/EHESP en promotion de la santé**

