

**ECLAIRAGE SUR  
LA PREVENTION,  
L'EDUCATION POUR LA SANTE,  
LA PROMOTION DE LA SANTE  
ET LEURS CONDITIONS D'EFFICACITE**

*Claude Bouchet, Octobre 2000*

CRAES-CRIPS  
9, quai Jean Moulin  
69001 LYON  
T : 04 72 00 55 70  
F : 04 72 00 07 53  
CRAES-CRIPS@asi.fr



DRASS  
107, rue Servient  
69003 LYON  
T : 04 72 34 31 32  
F : 04 78 95 18 77

*Ce texte est issu d'une commande de la DRASS Rhône Alpes, dans le cadre de sa mission d'organisation et d'accompagnement des conférences régionales de santé.*

*Il a été rédigé par Claude Bouchet, Directeur du CRAES CRIPS, dans le cadre d'un groupe de travail associant des professionnels de l'Espace Régional de Santé Publique, de l'Assurance Maladie, de la DRASS, de l'Union Régionale Rhône Alpes de la Mutualité, du Réseau Régional d'Education pour la Santé.<sup>1</sup>*

*il a été préparé par une recherche du service documentaire du CRAES CRIPS<sup>2</sup>*

*Une première version de ce texte a été relue et notablement enrichie par un certain nombre de professionnels<sup>3</sup> de santé publique.*

---

<sup>1</sup> Groupe de travail composé de Simone Daret (URCAM Rhône Alpes), Hélène Delholme, Chantal Dumont ( DRASS Rhône Alpes), Bruno Fantino (Centre d'examen de santé de la CPCAM de Lyon, Jérôme Navet (Mutualité de Savoie), Patrick Dessez (CNDT), Pascale Gayraud, Denis Fontaine (ORSRA), Claude Ducos, Mathieu Fortin (SRSP),

<sup>2</sup> dossier documentaire : Prévention : entre résistance et adhésion, juillet 2000, réalisé par Isabelle Jacob et Christophe Herbster, disponible en consultation au CRAES CRIPS

<sup>3</sup> En plus des membres du groupe de travail, merci à Chantal Lapostolle Dangreux (ADESSI), Sylvaine Boige Faure, Louisa Beyragued, Agnès Granier, Patrick Pelège (CRAES-CRIPS), Jean François Valette (Aide Alcool), Mohammed Bousouar (CODES42), Alain Douiller (ADES 69) Nathalie Marchal (CFES), Catherine Perrotin (Centre Pluridisciplinaire d'Ethique) pour leur contribution.

Mise en page du document : Pascale Manicacci (CRAES-CRIPS)

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

Prévention, éducation, promotion de la santé :  
De quoi parles t on ?

### 1/ Le cadre d'intervention

un cadre large : la promotion de la santé

un cadre plus spécifique : la prévention

### 2/ Parmi les moyens au service de la prévention et de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé

Mieux prendre en compte les facteurs d'efficacité de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé.

### 1/ Individu et éducation pour la santé

un préalable : la conception que l'on se fait de la personne : sujet ou objet de l'éducation pour la santé

- La dimension physique, le rapport au corps
- La dimension psychique, le rapport aux affects, aux sentiments, aux émotions
- La dimension cognitive, le savoir, l'apport de connaissances
- la dimension sociale, culturelle, le rapport au collectif

### 2 / Politiques, institutions, décideurs, médias, associations, professionnels..

Quelles responsabilités, quels rôles pour renforcer la qualité et l'efficacité de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé ?

- Les acteurs politiques
- les décideurs institutionnels, les « acteurs stratégiques »
- Les professionnels
- Les « organisations »
- Populations / associations
- Les médias

## CONCLUSION

Repères Bibliographiques

# INTRODUCTION

*Les conférences régionales de santé se sont, dès 1996, situées dans une conception ouverte de la notion de santé, des besoins de santé, au croisement du sanitaire et du social.*

*Derrière leurs travaux, on retrouve la question de la transversalité, de l'excessif cloisonnement des dispositifs, le nécessaire progrès dans la connaissance des acteurs, des pratiques, des problèmes, dans l'organisation des financements. Les conférences ont souhaité que les Programmes Régionaux de Santé, articulent le sanitaire et le social, la prévention, le soin, la réinsertion, qu'elles favorisent la mobilisation et le partenariat des acteurs, dans l'interprofessionnel et l'inter institutionnel.*

*Ce souci d'aborder l'ensemble du champ de la santé a conduit la conférence régionale de santé à s'intéresser à la prévention :*

- *dans les différents dossiers que la conférence a étudiés : la santé des enfants et des jeunes, les inégalités de santé, les PRS) la prévention est souvent apparue comme importante, car elle peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé. Pourtant les conséquences n'en étaient pas tirées : le champ de la prévention reste en général sous évalué par rapport au système curatif, qui concentre l'essentiel de l'attention, des financements, des analyses, des débats.*
- *la conférence, par sa composition en plusieurs collèges, associe des responsables politiques, des représentants d'institutions sanitaires et sociales, des professionnels, des associations d'usagers. Par son mode de préparation et de travail, elle est un lieu privilégié, pour faire avancer ce dossier, pour réduire l'écart entre un enjeu ressenti par tous comme important et une réalité souvent perçue comme décevante : déficit de stratégies, de méthodes, d'organisation, de communication.*

*Après une première analyse des financements des programmes de prévention par les services de l'état, après des propositions concernant le regroupement d'associations régionales de santé publique (qui ont facilité la création de l'Espace Régional de Santé Publique), le besoin est apparu de clarifier ce champ d'action, de le soumettre à une analyse collective .*

*Ce document se veut un outil pour faire avancer cette réflexion, à deux niveaux :*

- *Un éclairage sur les concepts*

*Derrière les mots prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, les représentations sont diverses, les confusions sont fréquentes, rendant difficile la compréhension mutuelle, les échanges. Ce document veut présenter des repères acceptables par tous.*

*Il n'y a pas dans ce domaine de vérité révélée, les propositions faites ici sont les plus communément partagées par les professionnels, elles ressortent d'un certain nombre de travaux de référence.*

- *Un éclairage sur les facteurs de qualité de la prévention, de l'éducation pour la santé.*

*La prévention éducative est souvent questionnée quant à son efficacité. Cette incertitude renforce les réticences à en faire une composante à part entière de la politique de santé publique. Nous nous interrogerons sur les facteurs de qualité dont le renforcement devrait accroître cette efficacité et faciliter un rééquilibrage des stratégies vers l'amont du système de soins, pour concourir plus efficacement à l'amélioration de l'état de santé.*

# PREVENTION, EDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTE. DE QUOI PARLES-T-ON ?

Nous utilisons fréquemment ces mots pour évoquer des manières d'agir en santé publique, en général en amont des problèmes de santé. Nous sommes souvent dans le flou sur ce qui les rapproche, ce qui les différencie, d'autant qu'ils sont souvent employés l'un pour l'autre.

Essayer de les clarifier est utile :

- Pour mieux communiquer : s'entendre sur le sens des mots, parler de la même chose limite les confusions, les difficultés pour se comprendre.
- Pour mieux agir : avoir une vision plus claire de nos domaines d'intervention, de nos références, de nos valeurs permet plus d'efficacité et plus de partenariat dans un champ aussi global que les actions de santé.

Il est pertinent de distinguer deux niveaux :

- Celui du cadre d'intervention  
Un cadre large : la promotion de la santé  
Un cadre plus spécifique : la prévention
- Celui des méthodes d'intervention : dont fait partie l'éducation pour la santé

## PROMOTION DE LA SANTE

« Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »

## PREVENTION DES MALADIES ET DES ACCIDENTS

« Ensemble de mesures visant à éviter, à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents »

## DES OUTILS COMMUNS

- observation et diagnostics des besoins
- réglementations, sécurisation de l'environnement
- planification des ressources, organisation des acteurs
- **éducation pour la santé**
- planification de l'offre de soins
- dispositifs de participation...

« Mieux écouter et informer les personnes et les groupes, et, à partir de leurs besoins, de leurs connaissances, de leurs savoir-faire, les aider à mieux gérer leur santé, à faire des choix favorables à celle-ci et à les maintenir, grâce à des démarches éducatives, participatives, positives. »

# 1/ Le cadre d'intervention

## Un cadre large : la promotion de la santé

DEFINITION	<i>La charte d'ottawa OMS 1986 processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.</i>
DEUX NOTIONS CLES	<i>La santé orientée vers le bien être La globalité des politiques pour promouvoir la santé</i>
VALEURS	<i>Le rôle moteur de la population L'importance des ressources, des capacités des individus et des groupes, La solidarité communautaire Le concept d'environnement « sain » La coresponsabilité des personnes et des structures politiques, la citoyenneté, l'engagement politique. Le droit à la santé</i>
MOYENS	<i>L'appui aux démarches ascendantes partant de la perception des personnes concernées Les changements organisationnels au service des populations L'appui et la dynamisation des réseaux sociaux formels et informels La réorientation du système de santé vers les besoins des populations La promotion d'environnements « sains » La promotion « de comportements de santé », de « compétences de santé » L'éducation pour la santé L'action politique, l'approche multisectorielle, la pluridisciplinarité.</i>
GRANDS SECTEURS D'INTERVENTION	<i>Promotion des compétences psychosociales des personnes Développement de la santé communautaire (lien social, relais dans la population) thématiques liées à la qualité de la vie (alimentation, sommeil, sexualité, vie familiale...) évolution des pratiques des professionnels (réseau,</i>

pluridisciplinarité).

Importance de l'action politique : lobbying et pression sur les institutions, démarches interministérielles sur les grands problèmes de société, définition d'un cadre commun des priorités de santé.

approche des lieux de vie comme lieux de santé : villes santé, écoles en santé...

attention aux populations défavorisées, lutte contre les inégalités

Questions pour la promotion de la santé

Evolution du rôle de l'Etat soumis de plus en plus à la mondialisation, croissance des régulations et des institutions internationales.

Place de la santé dans les politiques interministérielles.

Complexité des partenariats avec les groupes privés.

Difficultés et nouveaux dispositifs pour promouvoir dans les faits la participation de la population.

Renforcement des inégalités de santé liés aux inégalités sociales : enjeu de l'équité et de la solidarité.

## Un cadre plus spécifique : la prévention

DEFINITION	Ensemble de mesures visant à éviter, à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents
TROIS NOTIONS CLE	Risques : probabilité de survenue d'un problème Facteurs de risque : facteurs jouant un rôle dans la genèse des pathologies (causalité statistique) Évitabilité
DECOUPAGE « TRADITIONNEL »	Primaire : éviter l'apparition, diminuer l'incidence (les nouveaux cas) des maladies et accidents Secondaire : réduire le développement, diminuer la prévalence des maladies et accidents dépistage (stade infra clinique) action curative (premiers stades cliniques) Tertiaire : réduire les conséquences des maladies et accidents
BUTS	Réduire la morbidité et la mortalité évitable liées aux comportements à risque



*Réduire les menaces liées à l'environnement  
Renforcer la protection des personnes et des  
communautés*

**MOYENS**

*connaître les risques auxquels est exposée la population  
favoriser leur réduction  
en développant l'éducation pour la santé  
en prenant des mesures de protection, en  
réglementant l'activité socioéconomique  
en mettant en place des programmes  
d'intervention coordonnés (vaccination, dépistage,  
prise en charge précoce...)*

**GRANDS  
SECTEURS**

*Les déterminants comportementaux de la santé :  
consommations de tabac, d'alcool...*

**D'INTERVENTION**

*Les grandes pathologies : cancers, maladies cardio-  
vasculaires, maladies infectieuses, transmissibles, MST...  
Les accidents de la vie courante, de la route, du travail...  
La sécurité de l'environnement*

**EVOLUTIONS  
PRINCIPALES**

*Développement des politiques publiques de prévention  
réduction de la tolérance sociale par rapport aux risques :  
développement de la réglementation...  
Principe de précaution par rapport aux risques  
environnementaux, par rapport aux nouveaux risques  
Prise de conscience d'un déficit d'organisation :  
cloisonnement des acteurs, planification insuffisante*

**QUESTIONS  
POUR LA  
PREVENTION**

*La hiérarchisation des risques, la valeur de certaines  
prises de risque.  
La restriction de la liberté individuelle.  
Le risque de stigmatisation, de culpabilisation (les  
populations à risque)  
Les inégalités face aux risques*

## *2/ Parmi les moyens au service de la prévention et de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé*

<i>DEFINITION</i>	<i>mieux écouter et informer les personnes et les groupes, et, à partir de leurs besoins, de leurs connaissances, de leurs savoir-faire, les aider à mieux gérer leur santé, à faire des choix favorables à celle-ci et à les maintenir, grâce à des démarches éducatives, participatives, positives.</i>
<i>VALEURS</i>	<i>L'accompagnement vers plus d'autonomie Le partage des savoirs La liberté de choix La responsabilité individuelle et collective Le respect des personnes Le développement des connaissances et des habiletés. L'accompagnement vers la santé</i>
<i>METHODES</i>	<i>La motivation, le centrage sur les intérêts de la personne ou du groupe La relation éducative facilitant le changement La transmission de connaissances dans le cadre d'un échange de savoirs La prise en compte des représentations, du sens et de l'apport des comportements préexistants La prise en compte du coût du changement autant que de ses bénéfices, des résistances qui ont du sens La complémentarité des intervenants L'aide au changement, la médiation.</i>
<i>ORGANISATION</i>	<i>Complémentarité entre communications nationales et actions de proximité, entre approches collectives et individuelles Développement de politiques d'éducation pour la santé orientées vers des populations, sur des thèmes prioritaires, dans les lieux de vie.</i>

<i>EVOLUTIONS PRINCIPALES</i>	<i>Professionnalisation des intervenants Diffusion de connaissances méthodologiques Diversification des approches pédagogiques Prise en compte croissante des facteurs de protection (Résilience...)</i>
<i>QUESTIONS POUR L'EDUCATION POUR LA SANTE</i>	<i>Utilisation croissante par les acteurs économiques Influence des technologies de la communication Renforcement des dimensions émotionnelles avec intrusion possible dans l'intime Nécessité d'une réflexion éthique Complexité croissante des connaissances : construction de repères qui ne soient pas des normes.</i>

# *Mieux prendre en compte les facteurs d'efficacité de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé*

*Il ne s'agit pas ici de faire une analyse de l'ensemble de la littérature scientifique sur le sujet mais de rappeler certains points forts au croisement de nombreuses expériences de terrain, de différentes pratiques institutionnelles, de travaux documentaires.*

*Nous proposons deux modes d'entrée pour éclairer ces facteurs d'efficacité :*

- En s'intéressant d'abord aux personnes, à leurs comportements, aux conditions du changement de leurs pratiques dans un sens plus favorable à leur santé.*
- En regardant ensuite les organismes, institutions, décideurs, professionnels qui s'impliquent pour provoquer, accompagner ces changements dans la population.*

## *1/ Individu et éducation pour la santé*

*Un préalable : la conception que l'on se fait de la personne : sujet ou objet de l'éducation pour la santé*

- Il ne s'agit pas de « démonter » les ressorts de la personne pour pouvoir influencer au mieux sur ses comportements, pour la manipuler, fut ce pour la « bonne cause », celle de la santé publique, mais de la considérer comme un sujet, libre, responsable de ses choix de vie, capable de construire sa santé. Respecter la personne, l'aider en éclairant ses choix, en l'accompagnant dans ses changements, est un comportement éthique qui ouvre sur un gain d'efficacité.*

*Mieux connaître la personne permettra  
de mieux agir avec elle et non pas sur elle*

- Nous savons tous que ce principe de liberté et de responsabilité se heurte à de nombreuses contraintes qui pèsent sur les choix individuels, qui limitent les capacités d'action de chacun, notre maîtrise des « contextes de vie ». Ne pas séparer la personne du contexte social et de la trajectoire de vie dans lesquels ses actions prennent sens, c'est resituer les démarches de prévention dans le réel, avec un individu qui n'est pas seulement un décideur rationnel, maximisant sa santé.

Mieux connaître les contextes de vie des personnes permettra de construire des actions plus adaptées aux possibilités et aux conditions réelles de changement.

Derrière le primat de la personne et de ses milieux de vie, c'est la question de l'approche globale en éducation pour la santé qui est posée. Une approche globale qui ne renie pas l'intérêt des entrées par thèmes, par problèmes, par pathologies mais qui les resitue dans un monde forcément global où les comportements ne sont pas d'abord des comportements de santé ou de non santé mais des comportements de vie.

### Comprendre les personnes pour mieux agir

Favoriser une plus grande prise de conscience des personnes vis à vis de leur santé, renforcer leur implication pour la protéger, pour l'améliorer, suppose de s'interroger sur les déterminants multiples des comportements et de leurs changements, à l'image du caractère pluriel de la santé.

Sans perdre de vue l'unité de la personne, il est possible de s'intéresser à plusieurs dimensions qui vont contribuer ou freiner ces changements souhaités.

Nous en proposons quatre :

- La dimension physique : le rapport au corps
- La dimension psychique : le rapport aux affects
- La dimension « intellectuelle », cognitive: le rapport au savoir
- La dimension sociale : le rapport au collectif

Cette démarche est certes, un peu artificielle. Chaque dimension est en rapport étroit avec les autres, elle nous intéressera comme éclairage de ce qui peut, se jouer autour de l'éducation pour la santé même s'ils ne fournissent que des fragments d'une réalité infiniment plus complexe, l'être humain.

## La dimension physique, le rapport au corps

C'est la dimension apparemment la plus évidente, mais elle n'est pas toujours réellement prise en compte, ni reconnue dans sa complexité. Elle comporte en effet de nombreux aspects

- La relation globale à son corps avec l'expérience des troubles, des maladies, des changements, des dégradations (qui renvoie souvent aux questions ou à l'angoisse de la normalité ou de l'anormalité), mais aussi l'expérience physique du bien être, du « bien dans sa peau »
- Les sensations provenant du corps : douleur, plaisir (qui renvoient souvent à une notion d'étrangeté, quelque chose qui agit sur mon corps)...
- Les besoins physiologiques (sexualité, nourriture, sommeil...) avec leurs versants pathologiques (comportements alimentaires déviants, dépendances aux produits psychoactifs, problèmes sexuels...)
- Le « capital corporel » : le corps comme ressource mais aussi ses déficits (état dentaire, handicaps...)
- Le corps comme relation première avec soi et les autres : l'image qu'on a de soi, celle que nous renvoient les autres
- Le corps comme rencontre entre l'individu et la norme sociale (la jeunesse, la beauté).

Cette expérience physique, corporelle est essentielle dans notre rapport au monde, elle va du plus intime au plus social, elle est fortement dépendante du psychisme.

Tous les projets d'éducation pour la santé vont la rencontrer.



**IL SERA TRES IMPORTANT**

De reconnaître son enjeu pour les personnes et de décoder sa place



Une étude réalisée par le CRAES CRIPS sur l'observance des traitements thérapeutiques dans le domaine du VIH a bien mis en évidence l'importance des représentations du corps et la dimension paradoxale du rapport aux médicaments qui entraînent des effets secondaires plus lourds que les symptômes initiaux.



De bien différencier sa prise en compte dans un contexte thérapeutique, ou l'intime, le privé à sa place, et dans un contexte éducatif collectif qui est un espace public, ou les informations échangées sont d'une autre nature, doivent respecter et protéger l'intimité de chacun.



*Par exemple, l'éducation à la vie et à la sexualité, promue dans les espaces publics, scolaires notamment ne doit pas empiéter sur l'intimité des personnes, ni projeter l'intimité des intervenants sur autrui.*



- D'en tirer les conséquences quant aux objectifs des actions éducatives qui doivent tenir compte du rapport au corps
- en exploitant tout le potentiel d'expérience, de sensation qu'il représente
  - en n'en rajoutant pas en terme de normalisation
  - en respectant absolument la protection de l'intimité
  - en étant conscient de l'exposition au jugement social à travers les signes corporels.
  - En considérant l'enjeu (et parfois la difficulté) que représente le fait de s'occuper (de se réoccuper) de son corps, d'y investir.

## **La dimension psychique, le rapport aux affects, aux sentiments, aux émotions**

Nous avons l'expérience de l'importance, de la force des affects, des émotions dans l'organisation de nos pensées, nos jugements, nos décisions, nos comportements.

Les connaissances, les perceptions de la réalité ne sont pas désincarnées. Elles fonctionnent sous influence forte de nos émotions. Le champ de la santé, intime, impliquant, est particulièrement sensible à cette dimension émotionnelle

Dans le champ de la prévention, une émotion est particulièrement présente : la peur.

### **Prévention et utilisation de la peur**

« La peur est le commencement de la sagesse » nous dit la raison populaire. La peur paraît le sentiment par excellence qui peut mobiliser des comportements préventifs en accroissant le désir de se protéger, d'éviter le danger, de réduire les prises de risque.

Si la peur de la maladie, de la mort, du handicap ont certainement à voir avec le sentiment d'exposition au risque, avec les comportements de

protection, un ensemble d'études américaines ont questionné le lien entre intensité de la peur et changement de comportements.

Ces études pointent la complexité du fonctionnement de la peur :

Trop intense, elle provoque de puissants mécanismes de défense, la mise à distance du problème, le déni

L'expérience des maladies graves : SIDA, cancer... a mis en évidence ce risque de déni, de fuite des informations après, parfois, un premier temps de fascination.

Trop faible, elle n'incite pas au changement : il ne s'agit donc pas de banaliser le risque encouru mais de l'accompagner de propositions.

Une des clés qui semble rendre acceptable, efficace, le rappel du danger, est l'apport d'informations appropriables sur les moyens de contrôler, de gérer la menace.

Un autre risque dans l'utilisation de la peur est d'entraîner dans certaines conditions la recherche de coupables extérieurs, de boucs émissaires



*L'histoire du SIDA est éclairante à ce titre. Les homosexuels, les séropositifs ont joué ce rôle. La solidarité avec les malades et la lutte contre l'exclusion et le rejet ont été une composante essentielle de la lutte contre le VIH, un acquis social et une condition de son efficacité*

La tendance à faire peur a une associée dans le champ de la prévention : la tendance à culpabiliser.

### **La tendance à culpabiliser**

La persistance chez une personne, de certains comportements à problèmes, risque de renforcer la culpabilité de ne pas avoir réussi à investir les « bons » comportements, les comportements « sains ».

Cette culpabilisation, loin de mobiliser des énergies a plutôt tendance à désarmer l'individu, à diminuer sa capacité à faire face, à agir, parce qu'elle va de pair avec une baisse du sentiment d'efficacité personnelle, une baisse de l'estime de soi.

Comme le rapport à la peur, le rapport à la culpabilité est inévitable et très complexe. Il est associé à la prise de conscience de fautes éventuelles, de



limites, d'erreurs personnelles, il est associé à la conscience de ses responsabilités.

Il s'agira de restaurer la responsabilité individuelle et collective plutôt que de surcharger du côté de la culpabilisation.

Dans une société qui est déjà largement productrice de culpabilité avec son modèle de réussite très individualiste, qui rend l'individu premier responsable (et de plus en plus seul responsable) de ses échecs, la prévention « culpabilisatrice » est contre productive (en diminuant l'envie de réagir et contraire aux principes éthiques (en « culpabilisant les victimes » comme le signale l'Organisation Mondiale de la Santé)

Le désir d'efficacité sur les comportements doit se combiner avec la temporalité liée au sujet lui même, à une patience nécessaire.



*Cette dimension est prise en compte de manière croissante par les programmes de sevrage de substances psychoactives. Ils insistent sur la longueur du processus de changement, les étapes, les retours en arrière, ils essaient de déculpabiliser les échecs, de résister à la dévalorisation des personnes. Ils mettent en relation les différents comportements. La question de la dépendance ne doit pas être de l'opposer à une indépendance fictive mais de trouver de nouveaux équilibres moins destructeurs entre nos différentes dépendances.*

### **Au cœur de la personne : le désir**

Nous percevons tous à quel point cette dimension est fondamentale. Il est classique d'évoquer son ambivalence :

- Sa face claire avec l'amour, le plaisir...et notre attitude préventive est souvent réductrice, frustrante (même si c'est au service de bénéfices espérés) pour les comportements qui sont liés au désir (sexualité, expériences sensorielles, alimentation...)
- Sa face plus sombre avec la recherche du risque, voire de la mort. Certains mettent la demande d'une « prévention choc », « d'images choc » en relation avec ce besoin de se confronter avec le visage de la mort, largement effacé de l'ordre du réel dans nos sociétés, même si elle est virtuellement omniprésente (films, TV)

Penser à la dimension toujours prééminente du désir, c'est lui laisser une place dans la relation éducative, c'est se rappeler que les comportements

« à problèmes » comportent des « bénéfiques » pour les personnes, c'est abandonner une volonté de maîtrise « rationalisatrice » des comportements, c'est se rappeler que tout ne pourra pas s'expliquer, que laisser place à l'inattendu.

### **Une dimension clé : l'estime de soi, la confiance**

Dans la démarche de promotion de la santé, l'accent est mis de plus en plus sur l'importance de l'estime de soi depuis le plus jeune âge comme condition du développement.

Le sentiment de son efficacité personnelle, la confiance dans ses capacités, sont reconnus comme favorisant la protection et le renforcement de sa santé. Cette dimension est en relation étroite avec le sentiment que les autres ont confiance en nous, les signes qu'ils nous en donnent.

Pour conforter cette confiance, cette estime, la relation éducative doit mobiliser au moins autant les ressources, les réussites des personnes que leurs problèmes, leurs limites, leurs échecs.

Un regard positif sur l'autre, un type de relation qui le valorise en sont des composantes importantes.

Estime de soi ne veut pas dire être centré sur soi seul, comme narcissisme, elle s'articule avec la confiance en l'autre, elle est un lien entre soi et les autres, elle inclut la capacité à s'intéresser à l'autre. Le soi est toujours un soi socialisé.



Les programmes qui se proposent de promouvoir les compétences psychosociales s'appuient fortement sur cette dimension de l'estime de soi, ils cherchent à la renforcer à travers l'acquisition de « compétences de vie » : conscience de soi, partage d'idées, aptitude à entrer en relation, à s'exprimer, pensée critique, imagination créative, résolution de problèmes, gestion du « stress »...le département de santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève en est un des promoteurs, dans le cadre du programme « écoles en santé », les canadiens développent pour leur part de nombreux programmes de promotion des « compétences parentales » pour aider les parents en difficulté (autour des valeurs, de l'écoute de soi, des besoins de chacun, des problèmes de communication..).

**La reconnaissance de l'importance de la dynamique émotionnelle dans la relation éducative**

Les émotions colorent tous les processus de pensée, tout le travail psychique..

*Ces émotions peuvent être des facteurs de blocage comme des supports pour la prise de conscience et le changement des personnes, elles constituent des supports de motivation privilégiés. Les démarches, les outils d'éducation pour la santé utilisent de plus en plus cette dimension pour toucher les gens, les intéresser et mieux ancrer la réflexion sur la recherche de comportements mieux adaptés à la promotion de la santé.*



*Depuis les travaux d'Augusto Boal, avec le théâtre de l'opprimé, le théâtre forum a pris une place importante en éducation pour la santé. Il permet d'utiliser la fiction théâtrale pour expérimenter des choix, s'engager devant les autres, avec les autres, percevoir ou nous emmènent nos émotions, découvrir des solutions personnelles contre une normalisation des comportements. Il permet d'éprouver les difficultés mais aussi la joie d'une communication constructive, il permet d'approfondir ses connaissances, sa compréhension des situations, sa capacité à agir, il permet de clarifier ses valeurs. Il suppose une visée éthique, qui permettra de garantir un cadre, une grande compétence de l'équipe professionnelle et une inscription dans un projet de santé (comme tous les outils). D'autres pratiques artistiques, cinéma, arts plastiques, musique peuvent être des atouts très riches pour l'éducation pour la santé.*



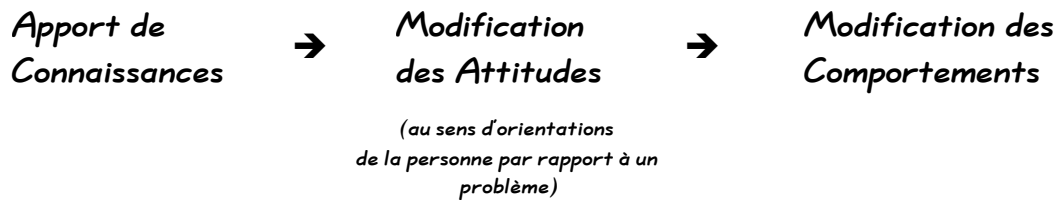
## **Quels repères pour l'éducation pour la santé ?**

- Une grande prudence dans la mobilisation de la peur, de la culpabilité.
- Une attention au désir, au plaisir des personnes comme mobilisateurs de leur énergie.
- Un regard et des pratiques qui construisent, confortent, renforcent l'estime que les personnes ont d'elles même, la confiance qu'elles ont dans leurs capacités
- Une attention aux émotions mobilisées par le champ de la santé.

*C'est la dimension traditionnellement valorisée dans les pratiques d'éducation pour la santé, c'est parfois la plus questionnée.*

# La dimension cognitive, le savoir l'apport de connaissances

Le modèle « traditionnel » :  
est en général critiqué par son côté mécaniste, la vision réductrice qu'il  
donne de l'action humaine.



Quels repères prendre en compte pour que l'information renforce l'efficacité de l'éducation pour la santé ?

▪ D'ABORD RECONNAITRE L'IMPORTANCE DE CET APPORT D'INFORMATION, : L'APPORT DE CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR PRENDRE CONSCIENCE, POUR AGIR :

- parce que de nombreux aspects de la réalité ne sont pas directement accessibles, parce que seul le travail scientifique permet de construire cette connaissance, parfois contre l'expérience immédiate.
- parce que l'accès à la connaissance qui la concerne (comme citoyen) fait partie des droits de la personne, du droit à l'éducation, à l'information.

La mise en œuvre de ce droit à la connaissance suppose plusieurs conditions :

Cette information doit être validée, objective

Cette information doit être claire, accessible, adaptée

Ces critères de qualité ne sont pas si facilement respectés

## Clarté, accessibilité :

- les « jargons techniques » font partie de l'expression naturelle des professionnels, des experts. La vulgarisation est un art difficile
- la sur et la sous information vont de pair. Il n'est pas facile de s'y retrouver, surtout si l'on a pas été formé à la pensée critique. Il est nécessaire de pouvoir proposer des synthèses aussi simples et claires que possible !

### **Validité, objectivité :**

Même si l'information n'est jamais totalement neutre, mais toujours connotée de représentations, de valeurs, de normes, il est important de tendre en permanence vers plus d'objectivité, de questionner nos représentations.

l'information ne doit pas être perçue comme un message à faire passer coûte que coûte, légitimant une sélection orientée des informations, une dramatisation pour tenter de la rendre plus percutante.

- **ENSUITE RECONNAITRE LE ROLE PREMIER DE LA PERSONNE DANS LE PROCESSUS D'INFORMATION.**

Nous ne sommes pas des «récepteurs passifs », mémorisant, cumulant les informations.

### **Nous filtrons l'information**

Nous savons tous d'expérience que nous sélectionnons l'information qui nous arrive, en général plutôt pour conforter, renforcer nos opinions préexistantes, mais aussi pour lui donner du sens, pour l'intégrer dans notre manière d'interpréter le monde..

Nous accueillons l'information, en la transformant pour pouvoir la replacer dans nos manières de penser, nos valeurs, nos systèmes de référence.

### **Chacun est producteur de connaissances**

le savoir « profane » nous aide en général plus à vivre que les savoirs spécialisés car il est issu de l'expérience, de la confrontation au réel, c'est un savoir « pratique ». Les pédagogues nous disent que la capacité d'apprendre est fonction de la capacité d'apporter. C'est cette confrontation des savoirs qui produit le développement des connaissances.



**Quelles conséquences pour l'information en éducation pour la santé ?**

L'apport d'information sera d'autant plus efficace (au sens d'une appropriation par la personne)

- qu'il tiendra compte des représentations, des conceptions du monde qui sous-tendent les comportements des personnes ;
- qu'il mettra en relation savoirs experts et savoirs profanes
- qu'il se situera dans un contexte participatif, interactif, dynamique ou les oppositions, les questionnements, les « résistances » pourront s'exprimer, être pris en compte, être discutés.

## La dimension sociale, culturelle, le rapport au collectif

✘ Notre appartenance sociale influe beaucoup sur nos manières de vivre, de penser, d'agir. Nous vivons dans la culture de notre milieu social et ses normes nous servent de référence.

De même pour la santé, la valeur que nous lui accordons, les comportements que nous adoptons sont sous l'influence étroite de notre appartenance sociale. La santé est une notion éminemment culturelle.

Comprendre le rapport qu'une personne entretient avec sa santé ne peut se faire sans connaître le milieu social dans lequel elle vit, le groupe social qu'elle rencontre au quotidien.

✘ L'entourage social apporte aux individus un soutien, une reconnaissance indispensable, il peut accompagner ou freiner les changements promoteurs de santé.

Le lien social, le « capital social » au sens du nombre de contacts et de la qualité des contacts sociaux mobilisables par une personne sont reconnus comme déterminants importants de la santé, de son maintien, de sa promotion.

L'action éducative ne peut faire l'économie de l'implication de l'entourage de la personne, du plus proche (famille, pairs...) au plus large (école, entreprise, quartier, commune...), c'est un des enjeux de la santé communautaire.

✘ Dire que les conditions sociales d'existence ont un impact sur l'état de santé des personnes apparaît aujourd'hui une évidence, tant les rapports régulièrement publiés insistent sur le maintien voire la croissance des inégalités sociales de santé en terme de morbidité et de mortalité.

Risques objectifs liés au cadre de vie et de travail (ou de non-travail), risques liés au niveau de ressources, risques liés aux comportements associés à ces conditions de vie, importance en terme de santé du niveau de maîtrise

*de son environnement, de son autonomie dans le travail : L'éducation pour la santé doit les intégrer pour prétendre participer à la qualité de la vie, à la lutte contre les inégalités.*

*Reconnaître les déterminants « sociétaux » de la santé, c'est s'intéresser aux droits, à la dignité des personnes, c'est contribuer comme citoyens aux changements sociaux nécessaires et y inscrire nos pratiques professionnelles, dont l'éducation pour la santé.*



### *Quels repères clés pour l'éducation pour la santé ?*

- *S'intéresser aux conditions de vie des personnes*
- *S'intéresser aux dynamiques qui font et défont la vie des groupes et des organisations.*
- *S'intéresser aux ressources nécessaires pour se protéger et promouvoir sa santé*
- *Considérer l'entourage social comme un support essentiel pour le changement, le reconnaître et le valoriser.*
- *Inscrire nos pratiques dans la lutte contre les discriminations et les inégalités*

*La prise en compte des déterminants sociaux nous incite à inscrire les programmes d'éducation pour la santé dans la démarche de la promotion de la santé*

## *2/ Politiques, institutions, décideurs, médias, associations, professionnels...*

*Quelles responsabilités, quels rôles pour renforcer la qualité et l'efficacité de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé ?*

*Après cet éclairage sur les personnes, il est important de s'interroger sur les acteurs dont les décisions et les pratiques vont fortement influencer sur la qualité des dispositifs et des programmes, sur le service rendu à la population.*

*Cet essai de typologie est un exercice difficile et toujours contestable, d'autres découpages seraient tout aussi légitimes et les mêmes personnes peuvent avoir plusieurs « casquettes », agir sur plusieurs registres, entre lesquels il y a de nombreuses passerelles.*

### *Les acteurs politiques*

*Longtemps en retrait, du fait du primat des professionnels de santé dans une santé dominée par les soins, du rôle des partenaires sociaux pour réguler le système, des missions confiées aux associations pour toute la zone entre le sanitaire et le social, accusés parfois de s'intéresser surtout aux dimensions économiques, d'emploi, liés aux équipements de soins, les acteurs politiques reviennent de plus en plus sur le devant de la scène de la santé. Il leur est demandé, contre les limites, les gaspillages et la relative inefficacité du système de jouer un rôle nouveau dans l'organisation du système et la coordination de ses acteurs.*

*Ils ne peuvent ignorer que l'on attend d'eux*

*✘ De construire un cadre stable et cohérent, avec des orientations structurantes, des formes d'organisation, des dispositifs de concertation, de formation, de professionnalisation, qui conditionneront la qualité de la mise en œuvre des politiques de santé, sur des territoires donnés, autour de thématiques prioritaires, auprès de populations et de lieux de vie particuliers*



*Le niveau régional étant reconnu comme un niveau efficace de pilotage de cette politique.*

*✘ De légitimer et financer les trois axes : prévention, éducation, promotion de la santé au delà du seul domaine curatif qui mobilise souvent toute la reconnaissance et toutes les attentions. la dynamique de production de la santé et non de la seule réparation a plus que jamais besoin d'une reconnaissance politique qui seule peut permettre, par l'attribution de moyens humains et financiers, par des allocations budgétaires pérennes, de l'inscrire comme un véritable service public, comme un maillon nécessaire de la politique de santé.*

*✘ D'approfondir la démocratie participative  
Dans ce domaine, comme dans d'autres, c'est un impératif d'efficacité, d'ancrage des décisions dans la réalité sociale et un facteur fort de progrès citoyen . Les nouveaux dispositifs, conférences de santé, états généraux... y contribuent . Leur apport est en partie conditionné par la réalité de cette participation, la place qui est faite aux acteurs « non experts », leur prise en compte. Le courant de représentation des usagers, fortement présent aujourd'hui, dans les textes, devra se concrétiser dans les temps à venir, dans des formes garantes d'une contribution efficace aux décisions.*

*Compte tenu de la place encore trop réduite de la promotion de la santé dans les politiques publiques et de l'éclatement des responsabilités entre différents acteurs ( état, collectivités territoriales, régimes de protection sociales...)*

*les espaces de concertation, communaux, intercommunaux, départementaux, régionaux sont des facteurs de qualité importants par l'analyse partagée des problèmes qu'ils permettent, par la coordination des moyens qu'ils rendent possible.*

*Les instruments de cette nouvelle politique existent : au plan régional, la conférence régionale de santé, le comité régional des politiques de santé doivent y jouer un rôle important.*

## *Les décideurs institutionnels les « acteurs stratégiques »*

*Ils ont en charge l'application des orientations politiques, leur mise en acte, à travers une programmation des actions, un soutien des professionnels, une organisation pertinente des financements.*

*Ils seront promoteurs de qualité et d'efficacité en assumant leurs responsabilités :*

### *✘ DANS LE PILOTAGE DES PROGRAMMES*

- en proposant un cadre de travail pertinent, construit à partir des besoins remontant des intervenants de terrains, privilégiant le fonctionnement en réseau et la coopération inter institutionnelle, limitant la concurrence entre les acteurs.*

### *✘ DANS LE SOUTIEN AUX ACTEURS DE TERRAIN*

- en les écoutant, en leur donnant des mandats clairs et réalistes, en prenant en compte les temps nécessaires d'analyse des problèmes, de diagnostic des situations, d'approfondissement des objectifs et des stratégies.*
- en les soutenant par des formations adaptées, par des temps d'échange et de retour sur leurs pratiques, en promouvant une culture de l'évaluation positive, loin de l'évaluation sanction,*
- en favorisant une politique de communication qui visibilise le travail réalisé*
- en soutenant des dispositifs d'appuis, des temps de conseil méthodologique ouverts vers des demandes à venir, non encore formulées, hors des programmes structurés.*

### *✘ EN ORGANISANT DES FINANCEMENTS*

- en s'engageant sur une démarche de contractualisation pluriannuelle pour permettre une projection dans l'échelle de temps de la santé publique*
- en s'associant entre institutions pour coordonner les financements en assurant aux acteurs, un fonctionnement de base qui ne les précarise pas et qui leur donne des perspectives d'évolution.*

*Ces missions seront d'autant mieux remplies que ces décideurs feront prévaloir un partenariat inter institutionnel sur une logique de tutelle .*

*Par leurs position d'interface entre les politiques et les acteurs de terrain, ils peuvent jouer un rôle important de conscientisation, faire progresser une culture de santé publique, une culture de promotion de la santé, en être, avec d'autres, les avocats .*

## **Les professionnels**

*La multiplicité des acteurs rend difficile l'utilisation d'un seul vocable pour les désigner.*

*On peut les regarder selon plusieurs axes :*

- *selon leurs domaines d'intervention, en relation avec leurs formations et champs d'activité*
- *selon leur proximité avec la population : en première ligne ou en retrait*
- *selon leur statut vis à vis des institutions, fonctionnaires, experts extérieurs, opérateurs de terrains aux statuts très divers...*

**✘** *Sur le premier axe, la diversité des compétences professionnelles*

*l'accent est fortement mis aujourd'hui sur le travail en réseau, le décloisonnement des professionnels et le constat des difficultés pour le réaliser concrètement . Tout montre l'importance que chacun soit reconnu (dans ses compétences et son champ d'intervention) pour qu'il accepte de prendre le risque du partage, de s'exposer à d'autres savoirs, d'autres pratiques.*

*L'analyse des difficultés du travail en réseau fait bien apparaître l'importance de développer de nouvelles compétences : le « management » de « l'interprofessionalité », Ce management comporte des compétences d'animation, d'organisation, de réactivité face aux prises de pouvoir, d'empathie vis à vis des personnes, de soutien aux « maillons faibles » du réseau, et bien sûr de connaissance précise des enjeux professionnels et institutionnels....*

**✘** *Sur le deuxième axe, la proximité de la population*

*Les professionnels de première ligne ne sont, en général, pas suffisamment pris en compte dans leurs difficultés ni dans leurs capacités spécifiques (valorisation de l'accueil, du premier contact..). La logique verticale les*

positionne souvent comme relais, opérateurs de programmes, de dispositifs décidés d'en haut, par les experts. Ces experts, ces programmes sous estiment fréquemment les difficultés du travail de terrain. Comme les politiques publiques restent très cloisonnées, les professionnels de première ligne sont souvent les relais de plusieurs politiques parfois contradictoires, qui de toute façon se cumulent et qui se surajoutent à leurs missions de base. La qualité des programmes, des dispositifs sera donc très liée à l'adhésion de ces professionnels de première ligne, ce qui suppose écoute, prise en compte, accompagnement, formations, soutiens, financements, statuts, ce qui suppose que leurs représentants soient associés à la définition des programmes, des dispositifs.



- la place des professionnels de santé dans le dépistage du cancer, dans les campagnes nationales  
- les accueillants des publics précarisés

#### **✘ Enfin, quant à leur statut vis à vis des institutions**

entre le fonctionnaire soumis à l'obligation de réserve, au souci d'appliquer des circulaires, et l'expert extérieur, le positionnement et le niveau d'engagement peut être très différent, en particulier quant à la participation, à la contribution au pilotage ou à l'animation de ces nouveaux dispositifs interinstitutionnels.

De nouvelles formations sont nécessaires pour élever la qualité de ces pratiques de « management inter institutionnel », il s'agit parfois d'apprendre de nouveaux métiers très différents des formations initiales.

#### **✘ A un niveau plus transversal**

plusieurs études ont interrogés, les pratiques et conditions d'exercice professionnel, en référence à la qualité et à l'efficacité des programmes de prévention, d'éducation, de promotion de la santé.

Les points suivants ont été relevés :

Concernant leur image dans la population , paraissent important :

- leur crédibilité
- leur engagement auprès de la population
- leur connaissance de cette population et le respect qu'ils en ont

Concernant leurs pratiques professionnelles, sont relevés

- leur capacité d'écouter et de « travailler » les demandes

- leurs compétences relationnelles et pédagogiques, au delà des seules compétences techniques
- leurs capacités d'accompagner, de développer les ressources communautaires
- leurs capacités d'analyse participative des problèmes
- leurs capacité de fonctionner en réseau, de prendre de la distance par rapport aux cultures professionnelles d'origine, de ne pas s'enfermer dans son pré carré de légitimité et de compétences, de traduire ses analyses dans le langage des autres

Concernant leurs cadres d'intervention, sont mis en avant :

- l'importance des conditions d'exercice professionnel: stabilité, supervision, rémunération
- la qualité des programmes qu'ils contribuent à réaliser :
  - qualité des analyses préalables
  - pertinence et clarté des objectifs
  - qualité du processus d'intervention : planification souple, intégration de la créativité et de l'autonomie des acteurs, qualité de la coordination, de l'évaluation, perspectives de suivi, continuité

## Les « organisations »

Sous ce terme, nous regroupons les organisations économiques et sociales où vivent, travaillent où se rendent les populations : écoles, administrations, entreprises, prisons...

- ✘ Elles seront promotrices de santé
  - En prenant en compte pour les améliorer les conditions réelles de vie et de travail, d'accueil
  - En reconnaissant l'importance stratégique du «facteur humain », donc en ayant le souci de sa santé mentale, physique, sociale.
  - En intégrant la promotion de la santé dans le projet de l'organisme, le projet de l'établissement et ce, en impliquant dans ce projet de santé les différents niveaux hiérarchiques, les différentes composantes professionnelles, au delà des seuls professionnels de santé, avec un rôle moteur de la direction
  - En concevant que la prévention des crises, des problèmes est toujours moins coûteuse que l'intervention de crise.



*Les interventions dans l'urgence sur l'alcool, la drogue... à l'école, dans l'entreprise font en général peu avancer la prévention si elles ne s'inscrivent pas dans le projet de l'institution .*

- *En ce qui concerne les organisations et service pour la population : les conditions d'accessibilité, la qualité de l'écoute, de l'analyse des demandes, de l'orientation, sont des facteurs de qualité essentiels*
  
- ✘ *Cette démarche institutionnelle de promotion de la santé suppose souvent un changement culturel :*
  - *Ne pas penser à priori la mise à jour de problèmes, de besoins de santé dans l'institution, comme une atteinte à son image, comme une mise en cause indirecte de ceux qui n'ont pas vus, qui n'ont pas fait. éloigner le thermomètre ne diminue pas la fièvre*
  - *Accepter de réfléchir sur le moyen ou le long terme la rentabilité des investissements en promotion de la santé. Les coûts, la charge de travail supplémentaire doivent être appréciés dans leur contribution à une plus grande qualité de vie, garante d'une plus grande contribution aux objectifs de l'institution.*

## **Populations / Associations**

*La question posée est celle de la participation de la population aux choix qui la concerne, ainsi que le développement de sa capacité à améliorer sa santé (la définition de la promotion de la santé).*

*On est au cœur du débat sur la citoyenneté, sur le renforcement de la démocratie..*

*En terme de contribution à la qualité, l'efficacité des pratiques et des programmes de promotion de la santé, cette participation est un enjeu à trois niveaux*

- ✘ *Par son apport à une connaissance plus riche de la réalité*

*La participation, permet une expression plus fidèle des besoins, des attentes, elle donne accès à une connaissance complémentaire de celle des experts, une connaissance fondée sur l'expérience. Ce complément de savoir fonde la légitimité des usagers à contribuer au débat public sur la santé.*



*La connaissance de l'univers hospitalier par le malade enrichit celle de l'administrateur et du médecin*

- *l'expérience des associations dans le champs du VIH a produit un enrichissement reconnu des connaissances*

**✘** *Par son apport à une action plus pertinente sur la réalité*

*Nous le savons, la santé est plus sous l'influence des personnes elles mêmes que sous celle des professionnels. Leur contribution aux programmes de santé est donc essentielle. Seule la population peut éprouver et faire valoir les difficultés concrètes et les ressources mobilisables au quotidien pour protéger et améliorer sa santé.*

*L'action des professionnels doit accompagner cette dynamique et non s'y substituer. Compte tenu de l'influence des réseaux sociaux de base, il s'agira souvent « d'aider les aidants », et en premier lieu les parents, les «adultes relais »...*

**✘** *Par son organisation concrète dans la société, et en premier lieu à travers le milieu associatif.*

*Le développement de la participation renvoie aux formes concrètes qu'elle doit prendre pour s'adapter aux ressources des personnes qu'elle souhaite impliquer. Le système associatif en est une forme privilégiée, puisqu'il croise organisation, élaboration, expression et défense des enjeux des usagers.*

*La question se pose alors :*

- *d'accepter l'expression critique vis à vis des institutions et des professionnels*
- *de donner des signes tangibles que la participation n'est pas fictive, qu'elle participe aux décisions*
- *de contribuer au renforcement des connaissances et des analyses des associations conviées à participer. (en vulgarisant et en partageant le « savoir expert »)*
- *D'évaluer en continu le processus de participation, ses difficultés, ses réussites dans un travail constant de critique et de perfectionnement.*
- *Mais il s'agit aussi pour les associations, de renforcer leurs rapports à leur base, d'accentuer leur vie démocratique, de permettre une expression citoyenne des besoins de prévention et de santé.*

# Médias

*La société est fortement médiatique, les médias sont à la fois son miroir et son éducateur.*

*Ils s'imposent aux politiques et aux acteurs de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé, en contribuant à former les normes sociales, qui vont servir de toile de fond aux actions collectives et aux comportements individuels, en les validant (ou en les invalidant). Les médias, reflets et producteurs de l'opinion publique, jouent un grand rôle dans l'évolution des représentations sociales, collectives, vis à vis de problèmes (le tabagisme, les drogues, l'insécurité routière, la violence...), de populations (les séropositifs, les drogués, les « précaires »...), d'espaces de vie (le milieu scolaire, le monde du travail, le quartier...)*

*Ils produisent un effet contradictoire, en amplifiant, par un effet de caisse de résonance, aussi bien la fascination pour l'exploit médical et technologique que les besoins de la population d'être plus écoutée et de participer aux choix dans le domaine de la santé, que les limites du système de soin dans l'amélioration de la santé, que l'espoir d'un recul permanent de la maladie, du handicap, de la mort, que le constat de la persistance des inégalités de santé....*

*Ils sont une source irremplaçable d'information, d'auto formation mais ils peuvent produire, par l'accumulation de données souvent contradictoires, par l'effet d'obsolescence très rapide, par la recherche de l'émotionnel, du sensationnel, un effet de brouillage problématique.*

*Trouver de nouvelles formes de relations entre le monde des médias et celui de la promotion de la santé, éviter une instrumentalisation réciproque est un enjeu important.*

*Cette instrumentalisation peut prendre des formes diverses :*

- recherche d'une politique d'image par les institutions
- politique de « messages » simplifiant à l'extrême la réalité
- utilisation de la puissance des chiffres sans les remettre dans leur contexte..
- mise en scène de témoignages individuels, au détriment d'une analyse de fond

*...*

*la réflexion éthique sera chaque fois nécessaire.*



*Une des clés est certainement la création de relations de confiance sur la durée entre journalistes, professionnels de la communication et professionnels de la prévention, de l'éducation de la promotion de la santé. Il s'agit de compléter la dimension événementielle par une collaboration au long court.*

*Chacun pouvant beaucoup apprendre de l'autre, en comprenant mieux ses compétences et ses enjeux.*

*Compte tenu du constat généralement fait du déficit de visibilité de la promotion de la santé, cette alliance avec les médias paraît très importante, elle suppose d'inclure dans les programmes de santé une véritable politique de communication, en s'adjoignant les compétences nécessaires.*

# CONCLUSION

Au terme de ce parcours , certains enjeux méritent d'être plus fortement soulignés :

- ✘ D'abord et avant tout, rappeler, avec le HCSP, l'ensemble des Conférences de Santé, les Etats Généraux de la Santé...l'importance d'agir en amont de l'offre de soin, d'investir dans le champ de la protection et de la promotion de la santé. C'est un champ d'avenir, c'est certainement le gisement des futurs progrès en santé publique.*
- ✘ Rappeler le poids du réel, non maîtrisable dans toute sa complexité, les risques d'une simplification abusive, les limites d'une rationalisation trop large, le sens qu'ont tous les phénomènes de « résistance », la nécessité de « laisser du temps au temps » au-delà du diktat des délais et des coûts, l'importance de la réflexion éthique.*
- ✘ Prendre la dimension des progrès méthodologiques à réaliser dans ces domaines, diffusion de méthodes efficaces, formation initiale et continue des acteurs. Au carrefour des techniques de planification, des sciences sociales, des sciences politiques, des sciences de l'éducation et de la communication, des sciences biomédicales, les capacités de prise en compte de la complexité, de médiations, de concertation, d'animation de réseau, de construction de programmes transversaux seront au premier plan des compétences à renforcer en prévention, éducation, promotion de la santé. La « démarche qualité » est à l'ordre du jour pour tous, la « réflexion évaluative » en sera un outil privilégié.*
- ✘ Rappeler encore l'importance de prendre en compte tous les acteurs, et en particulier les acteurs « de terrain », de proximité. Chacun est en situation d'observation privilégiée, en situation d'intervention privilégiée. La production de la santé est une responsabilité partagée. Les stratégies qui respecteront, renforceront cette coresponsabilité seront les mieux acceptées, les plus efficaces.*
- ✘ Enfin rappeler l'enjeu de la participation des citoyens, des usagers, des personnes, l'enjeu de la démocratie sanitaire, qui sera prochainement renforcée par la loi, mais qui suppose pour s'affirmer, une nouvelle culture du dialogue, du débat, de la prise en compte réelle du savoir et des compétences issues de l'expérience dans la réparation, la protection et la promotion de la santé.*

## Repères Bibliographiques

La place des usagers dans le système de santé	Rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé 2000	Groupe de travail animé par Etienne Caniard
La Santé : usages et enjeux d'une définition	Revue prévenir N°30 premier semestre 1996	
La participation des associations au débat public sur la santé	CRAES / CRIPS DRASS Rhône Alpes 1999	Lilian Mathieu
Education pour la Santé Concepts enjeux planifications	Savoirs et Santé De Boeck éditeurs 1988 réédité en 1999	Jacques A BURY
La Santé en France	Rapports 1994 1996 La documentation Française	Haut Comité de santé publique
Rapports des Conférence Nationales et régionales de Santé	De 1996 à 2000	
Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives	Dossier technique CFES	Pr Jean Parquet
Peut on promouvoir la santé ?	Revue La Santé de l'Homme n°325	Dossier spécial à l'occasion du 10 <sup>ème</sup> anniversaire de la Charte d'Ottawa
« Progrès technique, santé et modèle de société : La dimension éthique des choix collectifs »	Rapport n°57 du Comité Consultatif National d'Ethique 1998	Rapporteurs Nicole Questiaux Axel Kahn
Prévention : entre résistance et adhésion...	Dossier documentaire Juillet 2000	CRAES CRIPS Service de documentation régionale
La planification de la santé Concepts méthodes stratégies	Editions nouvelles Montréal Québec 1995	Raynald Pineault Carole Daveluy
L'éducation pour la santé est elle efficace ?	Dossiers techniques CFES 1998	Bernadette Roussille Pierre Arwidson

<i>Définitions, glossaire Prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, santé publique</i>	<i>Centre français de documentation en santé publique CFES HCSP 1997</i>	
<i>Les inégalités sociales en santé</i>	<i>Recherches Inserm "la Découverte 2000</i>	<i>Coll. sous la direction de Annette Leclerc Didier Fassin Hélène Grangean Monique Kaminski Thierry Lang</i>
<i>Promotion de la santé et développement social, la démarche communautaire</i>	<i>Coll. Santé et Société N°9 Edition SFSP Avril 2000</i>	
<i>Actes du forum des outils de prévention</i>	<i>CRAES CRIPS Viva Magazine Octobre 2000</i>	
<i>L'Education pour la Santé, Du discours à la pratique</i>	<i>Actualité et dossier en santé publique Revue du HCSP N°16 septembre 1996</i>	