

Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé

par J.-P. Deschamps*

I. INTRODUCTION

Les progrès de l'épidémiologie, de la psychologie et de la sociologie médicales, des sciences humaines dans leur ensemble, rendent aujourd'hui évident le rôle des facteurs de comportement dans la genèse des troubles qui aboutissent à la maladie et à la mort. La façon de s'alimenter, de rythmer la vie quotidienne, les relations établies avec les autres et avec son propre corps, les réactions à l'égard des contraintes et des stimulations ambiantes, la capacité de maîtriser l'environnement physique, l'utilisation du temps libre, la consommation de substances procurant du plaisir, la façon même de réagir à la maladie et notamment l'emploi des médicaments et l'utilisation du système de santé ou le recours à l'auto-traitement..., autant de comportements, individuels et collectifs, qui font que chaque individu et chaque groupe sont, au moins en partie, les artisans, en bien ou en mal, de leur santé.

Induire, améliorer, adopter des comportements individuels et sociaux « sains » est donc un moyen de promouvoir la santé (1).

L'éducation pour la santé est une des façons d'y parvenir. La littérature donne une bonne douzaine de définition de l'éducation sanitaire. Considérons-la, pour l'instant, comme « l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à la santé » et rappelons les objectifs qui ont été formulés par un groupe d'experts de l'OMS (19) :

— Modifier le comportement sanitaire de l'individu et de la collectivité et renforcer les comportements favorables préexistants ;

— Développer chez les individus le sens des responsabilités pour ce qui est leur propre santé et celle

de la collectivité, et leur aptitude à participer de manière constructive à la vie de la collectivité ;

— Promouvoir le sens de la dignité et de la responsabilité de l'individu en même temps que celui de la solidarité et de la responsabilité collective.

Ces phrases à la banale apparence sont, on va le voir, lourdes de sens si on les considère dans leur acception profonde. Elles sont suffisantes pour guider le cheminement de l'éducation sanitaire traditionnelle vers une éducation pour la santé mieux adaptée à la nature des problèmes actuels et à l'évolution des concepts en santé publique.

II. PLUSIEURS APPROCHES COMPLÉMENTAIRES EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

1. L'approche traditionnelle.

Dans l'approche traditionnelle, l'éducation sanitaire est constituée par un ensemble de messages délivrés à différents individus ou groupes par ceux que L.-P. Aujoulat a justement appelés les « acteurs permanents » de l'éducation pour la santé. Les acteurs permanents sont tous ceux que leurs fonctions professionnelles ou les responsabilités qu'ils exercent dans la cité désignent comme ayant un rôle privilégié : personnel de santé, enseignants, éducateurs, responsables d'institutions diverses ou d'associations. Pendant longtemps, ce type d'éducation pour la santé a revêtu un caractère artisanal, voire militant, où le choix des thèmes et l'élaboration des messages étaient laissés à l'initiative individuelle des « acteurs permanents ». Cette conception de l'éducation pour la santé est directement issue des préoccupations hygié-

* Département de santé publique. Faculté A de médecine de Nancy et Centre de médecine préventive de Vandœuvre-les-Nancy, BP. 184, 54505 Vandœuvre-les-Nancy Cedex.

nistes consécutives aux découvertes pastoriennes et des nécessités de la lutte contre la tuberculose. L'existence d'organismes divers et de ligues, privés pour la plupart, permettait un minimum de coordination — à un niveau pourtant très insuffisant — et l'orchestration de quelques campagnes.

Ce type d'éducation pour la santé n'a pas démerité et on lui doit de beaux succès, dans la lutte contre les maladies transmissibles par exemple. Il a gardé, cependant, une dimension très individuelle qui le rend sans doute moins apte à être efficace à l'égard des problèmes de santé publique caractéristiques de cette seconde moitié du XX^e siècle dans les pays industrialisés.

2. L'approche scientifique et programmée.

Des travaux abondants, pour la plupart nord-américains, ont contribué à asseoir une *méthodologie scientifique* de l'éducation pour la santé faisant largement appel à la sociologie, à la psychologie sociale, à l'anthropologie, à la pédagogie et à l'économie politique. J. Parisot, en France, avait déjà écrit que « l'éducation sanitaire est tout à la fois une science utilisant des connaissances multiples et une discipline qui se réclame d'une pédagogie nouvelle et très particulière ». Mais c'est essentiellement dans les pays anglo-saxons que l'éducation pour la santé a été réellement reconnue, et enseignée comme une discipline scientifique et autonome. Les actions d'éducation pour la santé y sont l'objet de *programmes*, rigoureusement planifiés, évalués, définissant avec précision les populations-cibles et privilégiant un aspect plus collectif de l'éducation sanitaire. Une large place y est faite aux théories scientifiques du changement de comportement (10, 11, 18).

3. L'information de masse.

En France, au cours des années 70, en fonction des directives sur la prévention contenues dans les VI^e et VII^e plans, les pouvoirs publics ont, pour la première fois, réalisé un effort notable pour encourager et financer l'éducation pour la santé, en renforçant les moyens du Comité français d'éducation pour la santé. Cette évolution, simultanée au développement considérable des moyens d'information de masse, a permis de privilégier une troisième approche de l'éducation pour la santé : l'information de masse au moyen de larges campagnes utilisant le support de la presse écrite, parlée et télévisée, de l'affichage, de la dif-

fusion de documents écrits. Dans ce modèle d'éducation pour la santé, la part laissée aux « acteurs permanents » et aux techniciens de santé n'est plus que le « relais » à petite échelle des messages diffusés au plus grand nombre.

Education pour la santé « artisanale », « par programme » ou « de masse » : trois approches différentes, complémentaires également. Il ne s'agit donc pas de les juger ou de comparer leur efficacité : chaque modèle a eu ses mérites, et aussi, sans doute, ses faiblesses. Il s'agit aujourd'hui de les observer et d'analyser, grâce à l'expérience qu'ils ont permis d'acquérir, ce que pourrait être l'éducation pour la santé de l'an 2000, dans une perspective de santé communautaire.

III. TRANSFÉRER AUX USAGERS LA RESPONSABILITÉ DE LEUR SANTÉ ?

Les objectifs de l'éducation pour la santé, rappelés ci-dessus, sont non seulement de faire modifier des comportements, mais aussi de développer chez les individus le sens des responsabilités pour leur propre santé et celle de la collectivité, de les amener à participer de manière constructive à la vie de la collectivité, de promouvoir leur sens de la dignité et celui de la solidarité et de la responsabilité collective...

Si l'on accepte ces notions suggérées par l'OMS, il faut s'interroger : qu'est-ce qui, dans nos pratiques d'éducation pour la santé, incite à la responsabilité individuelle et collective ?

Pendant trop longtemps, on a restreint l'éducation pour la santé à une *information*, dont on espérait, sans doute naïvement, qu'elle suffirait à engendrer des modifications de comportement. E. Lévy (12) parle de la « naïveté apparente de certains messages diffusés par elle (l'éducation sanitaire) : l'hypothèse implicite de ces messages n'est-elle pas qu'il suffit de dénoncer telle attitude ou comportement comme néfastes pour la santé pour que les récepteurs de ces messages modifient leur façon de voir et leur ligne de conduite ? ». On a *enseigné* la santé, transmis un savoir plus ou moins technique à ceux qui étaient censés être ignorants. Même si cela a pu être parfois utile, est-on sûr d'avoir amené les gens à plus de responsabilité individuelle et collective ? Est-on sûr, d'abord, d'avoir transmis un réel savoir ?

Il est vrai que toute l'évolution récente des systèmes de soins va à l'encontre d'un tel processus.

« L'un des paradoxes les plus saisissants dont on ait pris conscience au cours des dernières années dans le domaine de la santé, n'est-il pas que, plus se développait un appareil sophistiqué de production et de distribution des soins médicaux, plus s'étendait le réseau de protection sociale permettant à tous d'avoir accès à ces soins, plus l'individu courait le risque d'adopter des comportements pathogènes?... Il est possible en effet de supposer que la civilisation industrielle et urbaine dans laquelle nous vivons, s'accompagnant de la création de corps d'experts de plus en plus nombreux et spécialisés, et valorisant fortement les performances techniques spectaculaires dans de nombreux domaines de la médecine, toutes ces évolutions aient eu tendance à opérer dans l'esprit des individus une confusion regrettable entre le droit aux soins et le droit à la santé... Aussi l'individu aurait-il en tout naturellement tendance à s'en remettre aux « spécialistes » pour ce qui est de sa propre santé et à abdiquer tout pouvoir et toute responsabilité » (13).

L'éducation pour la santé aurait dû — vaste programme, il est vrai — chercher à faire contre-poids à cette tendance, puisque tels étaient ses objectifs. Trop souvent l'inverse s'est produit et l'éducation sanitaire a renforcé unilatéralement ce qu'elle devait équilibrer. Ainsi a-t-on codifié des comportements, des pratiques sanitaires, de façon rigide et autoritaire. L'exemple de l'éducation des familles en matière de soins aux nourrissons en donne de multiples exemples : médecins et puéricultrices ont expliqué en détail — et non sans de nombreuses contradictions (4) — comment il fallait porter, nourrir, vêtir, coucher, élever les enfants... Ce n'était pas là, assurément, une façon de responsabiliser les parents. Au contraire, on a ainsi renforcé la dépendance vis-à-vis des techniques de santé et privilégié une logique « médicale » ; on a mis l'accent sur l'organique aux dépens du relationnel, sur l'observance aveugle et quasi obsessionnelle de règles rigides plutôt que sur la spontanéité et la créativité. On a pu parfois conférer aux parents l'anxiété de mal appliquer des consignes complexes, là où il aurait fallu leur donner confiance en eux et le plaisir de la découverte.

Sans doute y a-t-il là l'effet pervers des idées qui découlaient logiquement de la démarche pastorienne mais qui, à l'évidence, ne s'appliquaient pas à d'autres domaines de la santé : il s'agit essentiellement de la notion selon laquelle les médecins sont détenteurs d'un savoir alors que la population, elle, ne sait pas...

C'était faire fi de toute une culture populaire, de tout un savoir collectif expérimenté au quotidien dans la vie des familles, « collant » à une réalité vécue... La médecine a négligé, dévalorisé, condamné, le savoir populaire en matière de santé. Sans doute recelait-il — et recèle-t-il encore — les fondements de quelques pratiques nocives (sont-elles plus dangereuses que d'autres, que la médecine a mis en œuvre au cours des récentes décennies et dont on perçoit insuffisamment le caractère iatrogène ? Les doctrines véhiculées en puériculture, par exemple, n'ont-elles pas largement contribué au déclin de l'allaitement maternel ?). Malgré ses limites, ses conceptions erronées parfois, le savoir populaire a un mérite certain : celui d'exister et de constituer pour les pratiques sanitaires une toile de fond dont il est illusoire de ne pas tenir compte (14).

Le désir de transmettre une information à la population a eu un autre inconvénient : il a donné à l'éducation sanitaire un caractère normatif en privilégiant les valeurs culturelles du milieu dont étaient issus ceux qui la mettaient en œuvre. Diffuser à tous des messages identiques procédait de l'idée que toutes les pratiques sanitaires peuvent être coulées dans un moule commun, sans tenir compte des particularismes culturels et des désirs individuels. Inconsciemment, les personnels de santé ont longtemps cru qu'ils étaient, en matière de conditions de vie favorables à la santé, détenteurs d'un savoir universel, alors que la vérité dont ils sont porteurs est largement façonnée par les valeurs du milieu au sein duquel ils vivent et qui n'est pas celui où évolue la majorité de la population. Ainsi, bien des messages concernant par exemple l'alimentation, les rythmes de vie, la lutte contre la sédentarité, la défense contre l'alcoolisme, ont été diffusés comme devant avoir valeur universelle, alors qu'ils n'étaient porteurs d'aucune référence pour beaucoup de ceux à qui ils étaient destinés. Les « acteurs permanents » de l'éducation sanitaire font « l'hypothèse implicite d'un milieu réceptif qui serait homogène, alors que la diffusion des connaissances à laquelle on procède se fait dans un champ fortement différencié du point de vue social et culturel » (12). Or on sait l'influence du milieu social ou de l'âge sur la façon de percevoir la santé et sur l'attention portée au corps, à son apparence et à son fonctionnement (6), et les résistances que cette diversité de perception et de vécu peuvent opposer à la réception d'un message soi-disant neutre. D'une enquête réalisée par le LEGOS, E. Lévy tirait, parmi d'autres, la conclusion suivante : « ... l'éducation sanitaire doit tenir compte des différentes formes de

résistances socio-culturelles. Celles-ci tiennent au fait que les attitudes à l'égard de la santé — et donc la réceptivité à l'égard des messages diffusés à son propos — sont fortement insérées dans un ensemble plus vaste d'opinions et de représentations, qui constitue une « culture » spécifique à chaque groupe. Il est certain, par exemple, que des messages concernant l'alimentation (la viande, les graisses, etc.) seront reçus différemment en milieu ouvrier et dans le groupe des employés. Ne pas tenir compte de ces faits conduirait à des déboires certains... Ne faut-il pas, à tout le moins, élaborer des messages nombreux et variés... ? » (12).

Dans cette démarche normative, peu soucieuse des différences, l'éducation pour la santé a commis une autre erreur : elle s'est montrée culpabilisante à l'égard de ceux qui n'avaient pas reçu ses messages ou qui, pire encore, avaient tenté sans succès d'en tenir compte dans leurs comportements quotidiens. Donnant des règles précises, des conseils, des consignes de « bonne santé », elle devenait immanquablement pour l'obèse, le fumeur, le buveur excessif, le coronarien, la voix d'une bonne conscience reprochant au malade... d'être malade. « Je vous avais bien expliqué tout ce qu'il fallait faire ; puisque vous êtes malade, c'est à vous qu'il faut vous en prendre... ». Sans doute est-ce là une bien piètre façon de rendre les gens responsables de leur santé, que des les accuser d'être malades. Plus grave sans doute est cette tendance au « blâme de la victime » (victim blaming) qu'ont stigmatisée récemment plusieurs travaux nord-américains (3, 7, 20). Lançant ses messages pour inciter des personnes à modifier leurs comportements individuels, l'éducation sanitaire a ignoré les aspects sociaux de bon nombre de problèmes de santé et a contribué à « rendre les gens coupables des problèmes de conditions de vie dont ils sont les victimes » (17). Les problèmes de santé associés à la pauvreté, les accidents du travail, les troubles nutritionnels, l'alcoolisme, la consommation de drogue sont-ils tels que des conseils individuels puissent les résoudre ? Vouloir modifier des comportements, on a oublié d'aider les gens à comprendre pourquoi ils se préoccupent si peu de leur corps ou à améliorer leurs conditions de vie (2). Ainsi, l'éducation pour la santé a souvent gommé le fait que « pour la grande majorité de la population dans notre société, les modes de vie dommageables à la santé ne sont pas adoptés en tant que choix personnels, mais sont largement imposés par les circonstances sociales et économiques de la naissance » (15). En d'autres termes, et c'est là un problème d'éthique, en admettant que la résolution des

problèmes de santé passe par les modifications individuelles du comportement, on essaie de changer, non pas le tissu social, mais ceux qui en sont ses victimes (8). Récemment, en France, le rapport Lévy (13) a fait la même analyse : « Il ne faut pas oublier que les comportements individuels ne sont pas seuls en cause et que, souvent, l'individu subit plus qu'il ne choisit les conditions de vie ou de travail pathogènes. En aucun cas, la responsabilisation ne saurait donc être une entreprise de culpabilisation individuelle. Et l'éducation pour la santé doit autant s'adresser à tous ceux qui ont une influence sur les styles de vie des individus qu'aux individus eux-mêmes »...

On pourrait sans doute avancer d'autres faiblesses de l'éducation pour la santé considérée comme diffusion de messages : les contradictions entre ceux-ci et les comportements de leurs émetteurs (le médecin fumeur, obèse...), ou encore l'émiettement de la santé en une série de problèmes abordés séparément sans chercher à en donner une vision globale et à la situer dans son contexte relationnel et affectif...

Voici sans doute un regard sans complaisance porté sur l'éducation pour la santé. Pourtant, il ne faut pas condamner globalement ; d'abord parce que dans certains cas, ces pratiques ont été efficaces, ensuite parce que bien des solutions échafaudées à grand renfort de théories n'ont pas fait mieux, et encore parce que beaucoup de ces actions, menées avec militantisme par des « acteurs permanents » de l'éducation sanitaire, ne méritent pas l'opprobre auprès de tant de pratiques curatives onéreuses et parcellaires dont les auteurs se sont posé encore moins de questions.

Il reste cependant que l'éducation pour la santé a contribué à renforcer le « modèle médical », à « apprendre aux pauvres les bonnes manières des riches » et à aider les gens à consommer des services (2), et donc qu'elle a tourné le dos à certains de ses objectifs fondamentaux.

Il ne faut pas condamner, enfin, parce que le constat ainsi fait peut aider à jeter un autre regard sur l'éducation pour la santé...

IV. ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Il est clair qu'il faut aujourd'hui, sous peine d'inefficacité persistante, considérer autrement l'édu-

cation pour la santé. « Même si les modifications de comportement ont eu des résultats appréciables, des centaines de milliers de jeunes, par exemple, commencent chaque année à fumer, à boire trop d'alcool, à consommer des médicaments, à conduire imprudemment et à avoir des rapports sexuels non protégés. Cette cohorte toujours grandissante de candidats aux changements de comportement constitue pour les éducateurs de santé un travail de Sisyphe. Il est impératif de développer d'autres stratégies » (8).

L'une de celles-ci consiste, en prenant acte du fait que les principaux déterminants de la santé et de la maladie sont d'ordre socio-économique et culturel, en l'engagement de la population dans une action collective destinée à promouvoir des environnements et des modes de vie sains. Il s'agit dès lors de faire de l'éducation pour la santé un outil de changement social et non plus seulement un moyen de modifier des comportements. M. O'Neill (17) en donne la définition suivante : « L'éducation sanitaire désigne toute intervention... quel qu'en soit l'agent et quel qu'en soit le destinataire, visant à susciter le changement d'une habitude de vie néfaste à la santé ou à modifier l'environnement physique et socio-économique, afin de rendre possibles les changements d'habitudes de vie ». Pour Brown et Margo (2), « les éducateurs de santé ne devraient pas seulement expliquer au public quels comportements pourraient être bénéfiques pour leur santé ; ils devraient aussi les aider à identifier les problèmes de santé dans leur communauté et, si les gens le désirent, les aider à acquérir les compétences pour les résoudre ».

Une telle conception de l'éducation sanitaire peut être accusée de refléter une idéologie politique particulière, dont peut se prévaloir le citoyen, mais non pas le professionnel (8). En fait, l'éducation pour la santé ne se situe-t-elle pas toujours dans le champ politique ? (21). Les pratiques traditionnelles cherchant à modifier les comportements individuels ne véhiculent-elles pas une idéologie politique implicite, puisque leur résultat est le renforcement de l'ordre social et économique existant, avec les conséquences dommageables qu'il peut avoir sur la santé ? Sait-on qui a édicté ces conseils d'éducation sanitaire à la neutralité la plus évidente : « N'oublie pas que ton devoir est de veiller à ta santé, tu dormiras neuf heures chaque nuit, tu éviteras l'alcool et le tabac, tu boiras des jus de fruits, tu mangeras souvent des légumes, des salades et des fruits crus bien lavés (ils contiennent tous les principes nécessaires à la santé) tu soigneras tes dents, etc. » ? Il s'agit du médecin général

des jeunesses hitlériennes...*. Ainsi, il n'est pas plus « politique » de voir dans l'éducation sanitaire un moyen de progrès social que de donner aux gens des conseils de bonne santé.

Plusieurs stratégies peuvent rendre possible, en termes pratiques, une éducation pour la santé plus communautaire. Elles comportent une modification profonde des relations entre personnel de santé et usagers et l'implication de ceux-ci dans la *détermination des besoins de santé*, leur aide à la *formulation de la demande* et leur participation à la *mise en œuvre de réponses appropriées* (5).

1. Pour déterminer les besoins de santé, favoriser l'expression des problèmes par les intéressés eux-mêmes est un processus fondamental : écouter les gens parler de leur santé, exprimer les besoins tels qu'ils les vivent et non pas seulement tels que les professionnels les voient...

Il faut permettre aux individus et aux communautés de s'exprimer : c'est là une *base fondamentale de l'éducation pour la santé*. Ce processus d'analyse, par la population elle-même, des problèmes de santé qui la concernent, peut se mettre en place spontanément, en dehors de l'action des professionnels de la santé ou de l'éducation, dès lors que, quelque part, des gens se réunissent et s'organisent pour parler de leur santé et de la façon de l'améliorer. Sans le savoir, ils « font de l'éducation sanitaire » et celle-ci est réellement communautaire.

Prendre conscience d'un problème, le nommer, le formuler, en parler, c'est déjà contribuer à sa solution. Un exemple illustrera ce propos. Dans la banlieue d'une grande ville, des familles d'un grand ensemble s'étaient réunies pour parler de leur santé. La discussion se focalisa vite sur l'énurésie des enfants et des adolescents et occupa, de façon particulièrement animée, la plus grande partie de la réunion. L'animateur, sociologue, n'avait pratiquement jamais entendu parler de l'énurésie ; il ne fit donc aucune intervention technique au cours de la soirée. Il fut cependant surpris, quand, le lendemain, il alla consulter des livres traitant du problème : tout ce qu'il avait entendu la veille s'y trouvait, ou, en d'autres termes, les familles *savaient*, collectivement, ce que savent les médecins sur l'énurésie, les circonstances qui lui sont associées, son évolution...

* Cité par J. Attali in *L'ordre cannibale*, Paris, 1979, Grasset éd.

L'animateur fut encore plus étonné d'apprendre des familles, lors de la réunion suivante, que cette première discussion leur avait été très profitable : certes, il n'y avait pas eu de guérison instantanée, mais une dédramatisation, une prise de conscience, une modification de certains processus relationnels au sein des familles.

Cet exemple met en lumière un fait primordial. L'éducation pour la santé n'a pas forcément à fabriquer des messages et à trouver les moyens pédagogiques propres à les diffuser. Elle doit avant tout être écoute, plutôt que parole et, fondamentalement, faire confiance à la population dans ses capacités à identifier, décrire et éventuellement résoudre, ses problèmes de santé.

Formuler la demande de soins ou de décision concernant la santé peut aussi être une démarche communautaire. Les professionnels de la santé ont souvent tendance à agir, notamment à travers l'éducation sanitaire, de façon à obtenir que la demande des gens coïncide avec les besoins qu'eux-mêmes ont déterminés d'après leur savoir de techniciens. S'ils ont souvent raison dans cette démarche, ils peuvent aussi, et cela a souvent été le cas, susciter une demande en rapport avec des besoins discutables. Ainsi, amener les usagers à fréquenter toujours plus les services de santé ne répond pas forcément à tous les problèmes, et laisse peu de place à une approche moins institutionnelle et plus communautaire.

Un autre écueil, cette fois-ci dans l'expression de la demande par les usagers eux-mêmes, est que certains des problèmes ainsi mis en évidence ne sont pas forcément accessibles à une action de santé. Si l'on parle de la fatigue de l'enfant, on aboutira souvent au problème de l'inadaptation des rythmes scolaires ; si l'on parle de la prévention des accidents de circulation, la demande portera aussi souvent sur les problèmes d'agencement et de sécurité du trafic et des infrastructures que sur la modification de comportements individuels. Face à de telles demandes, l'éducation sanitaire traditionnelle se trouvera en difficulté. Pourtant, il faut, non seulement recevoir ces demandes, mais les encourager. L'éducation pour la santé devient alors un processus à travers lequel on aide les individus et les groupes à trouver des solutions à leurs problèmes, à s'organiser pour modifier des situations sociales ou économiques dangereuses pour leur santé, là où il serait au contraire néfaste de laisser penser qu'une modification de comportements individuels résoudrait les difficultés.

Pensons à l'action possible des associations de parents d'élèves pour améliorer les conditions de sécurité des enfants à proximité des écoles. Quel est le pédiatre qui n'a jamais été invité par un groupe de parents à parler des accidents d'enfants et donc à pouvoir participer à une telle action réelle de prévention ?

Là encore, il s'agit d'un abord nouveau de l'éducation pour la santé : *aider les groupes à acquérir les compétences pour résoudre des problèmes difficiles dont la réponse ne se situe pas dans le champ sanitaire*. Il s'agit bien d'une démarche de santé communautaire, proche également du processus d'éducation à la conscience critique développé par le pédagogue brésilien Paulo Freire dans le champ de l'éducation populaire (16).

2. Les réponses aux problèmes sanitaires sont généralement pensées en termes de services, de structures, de prestations (par exemple des conférences, des « séances » d'éducation pour la santé). On a dit plus haut que bien des problèmes doivent trouver leur réponse hors du champ de la santé, par une prise de responsabilité des communautés elles-mêmes. Même lorsqu'il s'agit bien d'actions de type sanitaire, ne faut-il pas accepter que les problèmes se résolvent sans que les professionnels de santé aient à en dicter la réponse ? Autour de nous, des quantités de groupes se créent ou fonctionnent parfois depuis longtemps : groupements de malades, associations de parents d'enfants handicapés, clubs d'amaigrissement, coopératives végétariennes, groupements de femmes pour la promotion de l'allaitement maternel ou pour le changement des conditions d'accompagnement de la naissance, sans parler des myriades d'associations dont les objectifs ne sont pas sanitaires, mais qui sont souvent amenées à réfléchir à des problèmes de santé. Tout n'y est certes pas recommandable, et c'est là aussi qu'on peut trouver les excès inacceptables des lignes antivaccinales ou de sectes aux comportements étranges. Pourtant, il n'est pas possible d'ignorer, a fortiori de rejeter, ce qui se passe dans la majorité de ces groupes, pas plus que les pratiques de « self-care » que l'on redécouvre aujourd'hui, ou encore les interactions qui se tissent dans la salle d'attente d'un médecin ou dans celle d'un centre de PMI. Et tout ceci constitue aussi de l'éducation pour la santé.

Ces constatations amènent à poser la question du rôle des médecins dans le processus d'éducation pour la santé et dans une démarche de santé communautaire. L'acceptation du principe de cette démarche

implique l'acceptation de créer un nouveau style de relation entre les professionnels et les usagers.

Il faut reconnaître que nous ne pouvons plus nous satisfaire d'être des techniciens investis d'un savoir, allant délivrer des messages à des personnes ou à des groupes « qui ne savent pas ». En fait, ils savent, autrement que nous, parfois mieux que nous parce que leur connaissance est celle de leur milieu, de leur culture et qu'elle résulte d'un vécu quotidien. Si les professionnels de santé peuvent apporter une part de leur savoir, ils peuvent aussi s'enrichir et s'instruire : ce n'est plus une situation de transmission de savoir, mais de « *partage de savoir* ». Notre technicité est bonne et elle peut être utile : *elle ne deviendra réellement efficace qu'au terme d'une rencontre entre ce que nous savons et ce que vivent les familles.*

Une action d'éducation pour la santé dont nous ne sortirions pas nous-mêmes enrichis, ayant appris quelque chose sur les gens, leur vie, leurs aspirations, leurs difficultés, aurait certainement été peu efficace.

C'est bien là l'instauration d'un nouveau mode relationnel entre professionnels et population. Sans doute, par opposition à une situation magistrale de transfert de connaissance, cette relation peut-elle être anxiogène pour les professionnels... mais l'approche traditionnelle de l'éducation sanitaire ne peut-elle être angoissante pour les usagers ? N'est-elle pas parfois transférée sur la population de l'angoisse du technicien ? Faire place à la responsabilité et à l'imagination, accepter l'essai et l'erreur, le « non-conformisme » ne constituent pas pour le médecin un processus sécurisant.

Il faut reconnaître aussi qu'une telle approche des relations médecins-usagers suppose de la part de ceux-là d'accepter une position de perte de pouvoir. C'est cela qui est peut-être le plus difficile à maîtriser...

Mais c'est sans doute là que se trouve une des voies de la santé communautaire. Même si elle ne constitue pas une panacée et une alternative exclusive à des pratiques traditionnelles, elle invite à une réflexion salutaire sur le rôle des services de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. BERTHET E. : *Information et éducation sanitaires*, Paris, 1983, coll. « Que sais-je ? », PUF éd.
2. BROWN E.R., MARGO G.E. : Health education : can the reformers be reformed ? *Int. J. Health Serv.*, 1978, 8 (1), 3-26.
3. CRAWFORD R. : You are dangerous for your health : the ideology and politics of victim blaming. *Int. J. Health Serv.*, 1977, 7, 663-680.
4. DELAISY DE PARSEVAL G., LALLEMAND S. : *L'art d'accueillir les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, 1980, Seuil éd.
5. DESCHAMPS J.P., MERCKX V., SENAULT R. : Services de santé et détermination des besoins de santé. *Rev. Prat.*, 1982, 32, 33, 2245-50.
6. D'HOUTAUD A. : L'image de la santé dans une population lorraine : approche psycho-sociale des représentations de la santé. *Rev. Epidémiol. Santé Publ.*, 1978, 26, 299-320.
7. FADEN R.R., FADEN A.I. : The ethics of health education as public health policy. *Health Educ. Monogr.*, 1978, 6, (2) 180-97.
8. FREUDENBERG N. : Shaping the future of health education : from behavior change to social change. *Health Educ. Monogr.* 1978, 6, (4) 372-77.
9. GALANTER R.B. : To the victim belong the flaws. *Am. J. Public Health*, 1977, 67, 1025-26.
10. GREEN L.W. : Evaluation and measurement : some dilemmas for health education. *Am. J. Public Health*, 1977, 67 (2), 155-61.
11. GREEN L.W., KREUTER M.W., DEEDS S.G., PARTRIDGE K.B. : *Health education planning. A diagnostic approach*, Palo Alto, 1980, 306 p., Mayfield Publ. Company éd.
12. LÉVY E. : L'éducation sanitaire face aux résistances socio-culturelles. *Hôp. (Paris)*, 1981, 61, 15-19.
13. LÉVY E. : L'éducation pour la santé. Rapport au conseil économique et social. *J.O.*, lois et rapports du Comité économique et social, 1982, 21, 864-913.
14. LOUX F. : *Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, 1979, Flammarion éd.
15. MILLER C.A. : Societal change and public health : a rediscovery. *Am. J. Public Health*, 1976, 66, 54-60.
16. MINKLER M., COX K. : Creating critical consciousness in health : applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting. *Int. J. Health Serv.*, 1980, 10 (2), 311-22.
17. O'NEILL M. : *Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec*. Montréal, 1979, Librairie de l'université de Montréal éd.
18. O'NEILL M. : La modification des comportements reliés à la santé. *Union Méd. Can.*, 1980, 109, 733-42 et 921-28.
19. Organisation mondiale de la Santé. La recherche en éducation sanitaire. Rapport d'un groupe scientifique. *Série de rapports techniques*, 432, Genève, 1969.
20. RYAN W. : *Blaming the victim*. New York, 2nd ed., 1976, Vintage éd.
21. SENAULT R., D'HOUTAUD A. : Aspects politiques d'une éducation sanitaire communautaire. XI^e conférence de l'Union internationale d'éducation pour la santé, août 1982, Hobart éd.