



HAL
open science

L'éducation pour la santé : enjeux et repères épistémologiques

Christophe Marsollier

► **To cite this version:**

Christophe Marsollier. L'éducation pour la santé : enjeux et repères épistémologiques. *Expressions*, 2007, 32, pp.11–32. hal-01227789

HAL Id: hal-01227789

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-01227789v1>

Submitted on 13 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : ENJEUX ET REPÈRES ÉPISTÉMOLOGIQUES

Christophe MARSOLLIER
Université de la Réunion (IUFM)

Résumé. – Devant la fragilisation des systèmes de santé nationaux et les graves crises sanitaires que traverse notre civilisation depuis une vingtaine d'années, sensibiliser les enseignants aux enjeux de l'éducation à la santé apparaît désormais comme une nécessité. En France, après la rupture opérée en 1945 avec l'enseignement de l'hygiène, et sous l'impulsion des chartes successives de l'OMS, l'éducation à la santé a fait progressivement l'objet de multiples recommandations ministérielles jusqu'à ce que la priorité soit redonnée à la prévention. Leur mise en œuvre demeure néanmoins insatisfaisante en termes de moyens et de mobilisation, au regard des enjeux qu'elles visent. La recherche d'une plus grande opérationnalité engage aujourd'hui les décideurs à rendre les élèves acteurs de leur santé. Dans un pays où prédomine une médecine allopathique de renommée mondiale mais qui ne se consacre pas suffisamment à l'éducation, le rôle de l'École se trouve de fait réaffirmé par l'urgence de former des jeunes plus responsables et de les sensibiliser aux valeurs qui fondent la nouvelle citoyenneté.

Mots clés : éducation à la santé ; enjeux ; épistémologie

Abstract. – For more than twenty years the society we live in has been confronted with both the weakening of national health systems and serious sanitary crises. Henceforth, given what is at stake, teachers must be made aware of the necessity of health education. In France following the break which occurred with the introduction of hygiene instruction in 1945, and under the impetus of successive who charters, health education gradually became the focal point of several ministerial recommendations until priority was eventually given back to prevention. In view of the issues involved however, the application of these measures is still far from satisfactory from both a financial point of view and in terms of human investment. The pursuit of better performance today commits decision makers into making pupils take responsibility for their own health. In a country where allopathic medicine of worldwide renown predominates, yet which does not allocate adequate funding to education, the role of the school as an institution is reinforced by the urgent need to train more responsible young people and to make them aware of the values which underpin this new form of citizenship.

Key concepts : health education ; stakes ; epistemology

Resumen. – Frente a unos sistemas nacionales de salud cada vez más frágiles y a las graves crisis sanitarias que atraviesa nuestra civilización desde hace unos 20 años, es necesario que hoy en día se sensibilicen a los profesores sobre los intereses en juego acerca de la educación a la salud. En Francia, tras la ruptura en 1945 con la enseñanza de la higiene y bajo el impulso de varias cartas de la OMS, la educación a la salud ha sido objeto de una multitud de recomendaciones ministeriales, hasta que se ha hecho prioritaria la prevención. Sin embargo, su aplicación sigue insuficiente a nivel de medios y de movilización con respecto a los intereses en juego. Las investigaciones sobre la mejor estrategia posible conduce, hoy en día, a los dirigentes, a que los alumnos sean los protagonistas de su propia salud. En un país en el que predomina una medicina alopática de fama mundial, pero que no se dedica suficientemente a la educación, de hecho, el papel de la escuela se encuentra asentado por la urgencia en formar a jóvenes más responsables y a sensibilizarles en los valores que fundan la nueva ciudadanía.

Palabras clave : Educación ; salud ; apuestas ; épistemología

La progression de l'épidémie de VIH/SIDA, la pollution croissante de l'atmosphère et des terres agricoles et le développement de l'obésité constituent quelques une des nombreuses problématiques de la crise sanitaire qui affecte depuis 25 ans notre civilisation. L'effort de sensibilisation de nombreuses associations, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de scientifiques et d'organisations non gouvernementales a progressivement permis que la santé fasse désormais l'objet d'une attention majeure et que les questions de santé publique commencent à trouver une place au premier rang des politiques publiques et à faire l'objet de sommets mondiaux annonciateurs d'une possible nouvelle ère.

Alors que de grands progrès ont été réalisés pour améliorer la santé et allonger la durée de vie, parallèlement subsiste une préoccupation majeure concernant les 100 millions de personnes qui basculent dans la pauvreté chaque année en raison de l'incapacité des systèmes de santé devenus trop spécialisés à prendre en charge les besoins de santé primaire de certaines populations. « Une grande partie des ressources est dépensée en services curatifs, négligeant la prévention et la promotion de la santé, qui sont pourtant susceptibles de réduire de 70% la charge de morbidité mondiale. »¹

Dans ce contexte, l'éducation à la santé se trouve renforcée d'un supplément de légitimité qui a conduit, en France, le ministère de l'Éducation nationale à inscrire cet axe depuis 2006 dans le programme de formation des enseignants. Mais avec les exigences croissantes de l'exercice du métier

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaire - Maintenant plus que jamais*, OMS, 2008.

(gestion de l'hétérogénéité, difficulté à motiver les élèves, exercice de l'autorité), l'éducation à la santé ne parvient pas à trouver une place à l'École à la hauteur de ses enjeux. Or notre expérience de formateur nous montre que, justement, pour contribuer à la sensibilisation du corps enseignant, une réflexion toute particulière doit être menée sur les enjeux de ce type d'éducation à l'École.

C'est dans cette perspective que nous tentons ici d'apporter, par quelques détours épistémologiques, des éléments d'analyse sur le sens des enjeux sociaux, économiques et psychosociaux qui justifient la priorité qu'il convient d'accorder dès aujourd'hui à ce domaine de responsabilité sans égal.

I. L'éducation à la santé, son sens et ses objets

Comprendre en quoi consiste l'éducation à la santé aujourd'hui, et quelles réalités elle recouvre n'est pas aisé pour une personne extérieure à ce champ d'action spécifique dont les limites dépassent le cadre institutionnel de l'École. Il s'agit de se représenter les types de processus qu'elle emprunte et les objets sur lesquels elle concentre son action afin de se rendre efficiente. Quelles sont ses visées mais aussi ses contraintes principales ?

Un champ d'action large et complexe

Parmi la trentaine de définitions de « l'éducation à/pour la santé » que propose la base de concepts du site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)², deux d'entre elles présentent l'intérêt de mettre en perspective les variables en jeu dans ce processus complexe qui nécessite l'action coordonnée d'acteurs aussi différents que les professionnels de santé, les enseignants, les acteurs sociaux, mais aussi les industriels, les médias, les autorités locales, les bénévoles des associations non gouvernementales et la population qui en est l'objet :

- Tout d'abord, la définition du ministère québécois de la Santé qui situe bien, au-delà des spécificités nationales, l'étendue des composantes psychosociales impactées, les objectifs visés et les champs qu'elle peut couvrir :

« C'est une stratégie axée principalement sur les apprentissages qui agit sur les connaissances, attitudes, comportements, valeurs, modes de prise de décision, reliés à des objectifs de prévention, de protection ou de promotion de la santé, et aussi de réadaptation et de fidélité au traitement médical et pharmaceutique.

Elle s'intéresse aussi aux contextes dans lesquels les apprentissages sont les

2. <http://www.inpes.sante.fr/>.

plus favorables (relation d'aide interpersonnelle, clinique, petit groupe, auditoire de masse...). Dans le secteur médical, l'éducation des patients est un moyen de les soutenir dans leur réadaptation et de favoriser l'adoption de comportements thérapeutiques ou préventifs (médication, régime alimentaire, activité physique...). Dans le domaine de la santé publique, l'éducation pour la santé se concentrera sur les changements de comportements considérés comme des facteurs de risque par des programmes qui viseront à informer, persuader, former, habiliter des individus (éducation sexuelle, consommation abusive de médicaments...). Dans le domaine socio-environnemental, l'éducation pour la santé sera utile pour sensibiliser diverses cibles (groupes, organisations, communautés) à des causes environnementales, économiques et sociales reliées à la santé (recours à l'éducation populaire pour rejoindre les femmes enceintes défavorisées ; sensibilisation d'un conseil d'administration sur les besoins d'une clientèle spécifique ; campagne auprès d'élus municipaux sur les problèmes d'environnement...). »³

- Puis celle de E. Cotton⁴ qui met l'accent sur la dynamique interactionnelle nécessaire à sa mise en œuvre et la relativité de l'impact des effets escomptés. Elle souligne par ailleurs la visée normative, parfois implicite mais si déterminante, qui porte les actions de sensibilisation et de formation :

« L'éducation pour la santé est un processus d'action réciproque entre personnes qui entraîne l'acquisition ou la transformation du comportement de certaines d'entre elles et les amène à choisir à bon escient les ressources nécessaires à l'utilisation optimale de leur potentiel de santé pour éviter la maladie et promouvoir le bien-être physique, mental et social, tant pour bénéficier elles-mêmes de celui-ci que pour participer à celui de la communauté. [...] L'éducation pour la santé est aussi un processus d'action qui fait apparaître dans le groupe social de nouvelles normes nécessaires à l'adaptation permanente du groupe et des individus qui le composent à des conditions de vie sans cesse changeantes, de façon telle que la conformité des conduites à ces normes sauvegarde et améliore le bien-être physique, mental et social de la communauté et contribue ainsi à la promotion de la santé et du complet bien-être des individus.

Ces définitions et les caractérisations qui les complètent nous orientent d'emblée vers les principales cibles des enjeux de l'éducation pour la santé :

- la conscience individuelle de sa propre santé initiale et la connaissance de ses indicateurs ;

3. « La promotion de la santé comme perspective », in *Santé Société*, collection « Promotion de la santé », 1, Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, sans date, p. 9.

4. *L'Éducation pour la santé : méthodes*, Université libre de Bruxelles, École de Santé publique, Éd. de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 1982, p. 22.

- la conscience individuelle et collective des conséquences de comportements nuisibles (accidentogènes, pathogènes, etc.) pour sa propre santé et celles des autres, de ses proches bien sûr, mais aussi, plus largement, de la communauté humaine, ce qui suppose des connaissances sur ces mêmes comportements ;

- la connaissance des facteurs de préservation de la santé et des facteurs de risques d'altération de la santé ;

- la connaissance de soi et des sources d'addictions, ce qui suppose une certaine conscience de ses besoins, de ses désirs et de ses prises de risques.

Une éducation des consciences

Connaissances et consciences se trouvent étroitement associées, les unes contribuant à développer et renforcer les autres, et réciproquement, à cette différence près, qu'à connaissances comparables, deux personnes pourront présenter des degrés de conscience singulièrement différents qui se manifesteront par des comportements et des discours hétérogènes ou décalés. C'est dire combien le désir peut exercer son emprise ou jouer les « trouble-fête », tant son étroite affinité avec le « cerveau émotionnel »⁵ (situé au niveau de l'amygdale) peut parfois conduire un sujet à ne plus agir avec raison (cortex frontal). L'effort de conscientisation, qui suppose un appui sur les représentations déjà existantes, ne peut être engagé sans des actions conduisant à mettre en œuvre une pensée réflexive parallèlement à une démarche d'information à l'endroit des personnes concernées. Nous entendons par pensée réflexive (Michel Tozzi, 2002), les actes de pensées associés et inscrits dans trois directions complémentaires : la problématisation, la conceptualisation et l'argumentation. Quant à l'information, elle porte aujourd'hui, dans le domaine de la santé, sur des objets aussi différents que l'influence de l'environnement, la composition chimique des aliments, des produits d'entretien et de l'air au contact desquels nous vivons, la nature et les enjeux des comportements quotidiens et leurs fondements les plus immédiats (habitudes prises ou transmises, normes et modèles rencontrés), les objectifs généraux de cette démarche d'information visant justement à opérationnaliser la prévention, la promotion et la transformation de certains comportements nocifs et donc à viser la réadaptation ou la conformation à une norme qui prenne du sens. D'où les problématiques éducatives qui se posent aux acteurs de la formation : quels objets travailler et comment procéder pédagogiquement pour permettre à une personne ou une communauté de développer des

5. Goleman, 1995.

attitudes⁶ responsables du point de vue de la conservation de la santé ? Comment motiver – « mettre en mouvement », au sens étymologique du terme – une population pour qui la perception des conséquences à longs termes sur la santé d'un comportement x fois réitéré demeure un exercice difficile voire impossible à entreprendre lorsqu'il n'est pas soutenu par une culture sanitaire suffisamment consistante, un accompagnement formatif doublée d'une veille médicale, mais aussi par de « bonnes habitudes » et un environnement stabilisant ? Que de conditions à réunir pour réussir ! Cette difficulté traduit sans doute le défi que représente l'atteinte de ces objectifs dans une société où les intérêts économiques immédiats autorisent de grandes industries chimiques et agroalimentaires à sacrifier les conséquences sanitaires à long terme de la pollution de l'air et des sols sur l'autel du profit.

L'éducation à la santé, dans sa visée d'aide à la conscientisation des pratiques de santé et de leurs enjeux, se rend donc plus féconde si elle s'accompagne aussi d'une éducation à la protection de l'environnement, d'une éducation à la consommation juste. Cette longue et délicate démarche ne va-t-elle pas à contre-courant de la philosophie qui fonde les politiques de développement économique de nos pays occidentaux qui ne voient de salut et d'assurance d'un progrès que dans la poursuite et le soutien à tout prix... de la croissance ? Il faut donc croire que le besoin de préservation de notre propre santé constitue un de ces rares ressorts d'action communs qui pourrait, dans un avenir proche, rassembler les consciences, au-delà des idéologies politiques, autour d'un même enjeu fédérateur, celui de créer les conditions économiques et environnementales d'un bien-être pour tous.

Eu égard à certains mouvements de balancier qui affectent les politiques d'éducation qui se succèdent, on ne peut se représenter avec lucidité et acuité les raisons qui fondent les choix des objectifs et des démarches actuellement retenus dans le champ de l'éducation à la santé sans un retour sur ce que fut cette éducation et sur la rupture qui s'est opérée lors de certaines périodes historiquement marquées.

6. Le terme « attitude » étant considéré dans son acception psychosociale : un comportement suffisamment installé pour se répéter au sens où l'entendent les psychologues sociaux ; c'est-à-dire l'attribut « d'une personne [...], avec des degrés de permanence très différents », engagement, convergence, redondance et permanence étant les critères qui différencient l'attitude du simple comportement. La définition du concept d'attitude et les travaux des psychologues sociaux de mesure à partir d'échelles d'attitudes sont déjà relativement anciens : R. Meili, *Les Attitudes, symposium de psychologie scientifique de langue française*, Presses universitaires de France (PUF), 1961 ; P. Debaty, *La Mesure des attitudes*, PUF, 1967.

II. De l'enseignement de l'hygiène à une éducation pour la santé

Parvenir à concevoir la santé comme un objet d'éducation, de sensibilisation, de prévention, plus encore de promotion, fut le fruit d'une assez longue histoire dont les fils ne se sont mêlés que tardivement à celle, plus ancienne, de l'Éducation nationale. L'éducation à la santé, initialement dénommée « enseignement hygiénique » (A. Guillaume, 1850) et dévolue aux seuls médecins scolaires, a fait l'objet d'un profond renouvellement de ses objectifs et de la place de ses acteurs durant la deuxième partie du XX^e siècle, jusqu'à devenir une éducation pour la santé, posant ainsi la santé non plus comme un bien personnel à protéger mais comme une démarche à construire collectivement – à l'instar de la lutte contre le tabagisme ou le SIDA – avec lucidité, dans un environnement de plus en plus déstabilisant et, par là même, insécurisant. Quelles sont les principales étapes qui ont contribué à cette progression conceptuelle et éducationnelle ?

Prévenir les épidémies

Tout au long du XIX^e siècle, la tuberculose, alors quasi endémique, et les épidémies de choléra, de typhus et de typhoïde conduisent l'État français à développer une politique de santé publique centrée sur l'hygiène. Ce n'est qu'à partir de 1892 que se met en place la première « convention sanitaire internationale » et qu'ainsi, la santé des personnes se voit placée sous la dépendance de l'économie nationale et de l'éducation sociale, devenant un enjeu pour les pays soucieux de leur population active (et notamment des incidences économiques de la dépopulation) et, par voie de conséquence, de leur jeunesse.

Marie-Noëlle Indjéagian et Georges Vigarello⁷ nous rappellent que la distribution des rôles au sein des premières écoles de Jules Ferry est clairement établie entre les instituteurs qui ont en charge de « cultiver les facultés intellectuelles des enfants » et les médecins inspecteurs communaux ou départementaux (corps créé en 1887) dont la tâche se résume à un rôle d'inspection de « la santé des enfants, de la salubrité des locaux et l'observation des règles d'hygiène scolaire ».

7. Cf. « Les médecins nouveaux acteurs de l'école », *Revue française de pédagogie*, n° 114, pp. 19-27.

La rupture d'après-guerre

C'est au début du XX^e siècle qu'apparaît la notion de santé publique dans les textes législatifs (« loi de santé publique » de 1902 portant sur la lutte contre la tuberculose). Une rupture radicale s'opère en France en 1945 avec l'hygiénisme et les désastreuses dérives qu'entraîne ce courant élevé au rang d'idéologie à partir des années 1930. En effet, par l'ordonnance du 19 octobre 1945, naissent simultanément la Sécurité sociale et l'École nationale de santé publique (ENSP), puis sont créés le Comité français d'éducation à la santé (CFES), la médecine scolaire et universitaire durant cette même année 1945, ainsi que la Prévention routière quatre ans plus tard, en 1949. Les années 50 voient donc disparaître progressivement cette forme de « catéchisme hygiénique » par lequel l'instituteur participait activement à la lutte contre les microbes en prévenant à coup d'affiches explicites « les effets de l'alcool » et en insistant sur le lavage du corps et le changement régulier du linge.

L'OMS affiche les enjeux à la face du monde

Il faut attendre le rapport *Promotion de la santé : concepts et principes* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour que se dégage en 1984 un horizon vraiment plus large sur les questions de santé et notamment d'inégalité des chances de santé, montrant que celle-ci est fortement influencée par divers facteurs souvent corrélés comme les conditions de vie socio-économiques, la culture, l'éducation, le soutien social et, plus précisément, les comportements dangereux librement consentis, l'exposition aux conditions de vie ou de travail insalubres et le manque d'accès aux soins.

Mais ce n'est qu'en 1986, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, à Ottawa, qu'à l'échelle mondiale un nombre significatif d'États parvient à s'entendre pour signer une charte visant à promouvoir la santé. Ce texte, dont l'esprit reprend les concepts du rapport de 1984, constitue en soi un évènement symboliquement fort tant il va renforcer le mouvement de prises de conscience des dirigeants politiques sur la nécessité de considérer plus encore la santé publique dans leurs stratégies de pilotage et surtout de l'introduire plus systématiquement parmi les grands enjeux du futur. Dans l'esprit de cette charte, il s'agit, entre autres objectifs, d'aider les personnes, les groupes et les populations à mieux contrôler leur santé et ce qui la conditionne. Pour y parvenir, ce texte préconise un certain nombre de mesures : inciter à l'élaboration de politiques publiques plus saines ; promouvoir une approche socio-écologique des conditions de vie ; renforcer l'action communautaire (notamment en termes de planification, d'organisation et de contrôle) ; favoriser les apprentissages relatifs à la santé

tout au long de la vie ; lutter contre les inégalités en la matière et contre les pressions des grands groupes industriels sources de pollution. Cette charte rappelle en outre les conditions préalables en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu, conditions qui ne sont toujours pas réunies puisque en ce début de XXI^e siècle la pauvreté dans le monde continue de croître⁸.

Dans le contexte des années 1980, les enjeux de ce texte n'ont sans doute pas été compris à la hauteur des exigences qu'ils sous-entendaient. Comme l'analyse Jean-Pierre Deschamp⁹, ils pouvaient être perçus comme dangereux voire subversifs. Inviter les populations à exercer un plus grand contrôle sur leur santé ne peut-il pas les conduire à se révolter contre tout ce qui peut ou pourrait à terme porter atteinte à leur bien-être ? La charte pouvait sembler, dans le contexte de l'époque, se résumer à un vœu pieux. En effet, pouvait-on encourager des populations à exercer un contrôle sur des facteurs environnementaux qu'elles méconnaissaient pour leur plus grande part ? De quels moyens disposons-nous pour évaluer les effets sur la santé de certains choix industriels, technologiques ou économiques ? Ces dix dernières années, de nombreux médias ont contribué en France à informer et prévenir les risques sanitaires auxquels les dérives de notre société nous exposent. Par exemple, les chaînes de télévision ont su exploiter le thème de la santé sous toutes les formes possibles : émissions de vulgarisation, débats télévisés, séries du type « Urgences », émissions de « télé-réalité », de télé-achat, de « zapping », etc. Au-delà de toutes les dérives que s'autorisent certaines chaînes privées en termes de voyeurisme, de catastrophisme et de stigmatisation pour retenir l'attention de leur téléspectateurs, et à défaut d'une véritable démarche de prévention, la télévision contribue directement ou indirectement à opérer une sensibilisation aux problèmes que posent depuis une vingtaine d'années l'alimentation quotidienne, les organismes génétiquement modifiés (OGM), la propagation du virus du SIDA et la pollution chimique des nappes phréatiques, pour n'en citer que quelques unes...

Sans remettre en cause les grands principes formulés à Ottawa et qui n'ont pas encore été mis en œuvre dans de nombreux pays d'Asie, d'Afrique ou d'Amérique du sud, la dernière Conférence mondiale pour la santé, sixième du nom et organisée à Bangkok en 2005, formule de nouvelles re-

8. Pour la période 2003-2005, la FAO (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture) estimait à 848 millions le nombre de personnes souffrant de la faim dans le monde. En 2007, on atteint 923 millions.

9. Jean-Pierre Deschamp, « Une "relecture" de la charte d'Ottawa », *Promotion & Éducation* 2008, n° 15, p. 8.

commandations de collaboration entre gouvernements, organisations internationales, société civile et secteur privé, cela en respect de trois principes :

- « - que la promotion de la santé ait une place centrale dans le développement mondial ;
- qu'elle fasse partie des responsabilités essentielles des gouvernements et des bonnes pratiques des entreprises ;
- qu'elle soit l'un des centres d'intérêt des initiatives des communautés et de la société civile. »

À l'heure de la mondialisation des échanges commerciaux, l'esprit de ce texte est celui de la recherche d'une cohérence politique en ce qu'il souligne, d'une part, la nécessité d'engager tous les pays industrialisés et en développement à s'unir pour une cause qui transcende les frontières et les régimes politiques, et d'autre part, l'urgence au sein de chaque pays d'inviter la société civile, les gouvernements et le secteur privé à unir leurs volontés et leurs forces pour opérer cette synergie nécessaire à la promotion de la santé dans le monde. 2005 marque la naissance de ce nouvel enjeu *a priori* paradoxal, celui de parvenir à associer les industries pharmaceutiques et agroalimentaires à une cause éducative qui pourrait desservir leurs propres intérêts commerciaux : l'éducation pour la santé.

En France, un rééquilibrage en faveur de la prévention...

Le rapport annuel de l'Inspection générale de la santé (IGAS)¹⁰ de 2003, souligne qu'en France,

- « les politiques de santé ont cessé de s'orienter vers la prévention à partir de 1945 en même temps que les progrès de la médecine ont permis une forte augmentation de l'espérance de vie des Français. La prévention est alors devenue "le parent pauvre du système de soins", au profit d'un système tourné majoritairement vers la médecine curative. »

L'irruption du SIDA au début des années 80 s'ajoutant aux difficultés de gestion financière du système de soin apparues dans les années 70 puis à sa crise des années 90 ont débouché sur la création d'agences de sécurité sanitaire : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). Ces instances participent aujourd'hui avec l'acteur majeur que constitue l'Institut national de

10. Rapport annuel 2003, *Santé : pour une politique de prévention efficace* : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000331/0000.pdf>.

prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à une politique qui témoigne du rééquilibrage qui s'est opéré ces dix dernières années en faveur de la prévention, cela selon les trois directions préconisées par l'OMS :

« - La prévention primaire : ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population.

- La prévention secondaire : ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.

- La prévention tertiaire : ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale. »

Les enjeux de cette politique¹¹ touchent cinq domaines : la lutte contre le cancer ; la lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et les conduites addictives ; la lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs environnementaux ; l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares. Seulement, comme l'indique le député André Flajolet dans son rapport sur *Les Disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires* remis le 2 avril 2008 à la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, les actions des différents partenaires (État, collectivités locales, associations de patients, etc.) illustrent l'existence d'« une juxtaposition non ordonnée de structures traitant de prévention sanitaire ainsi que l'insatisfaction des professionnels de santé de ne pouvoir se consacrer davantage à la prévention ». Pour pallier cette dérive, le rapport recommande de concevoir la prévention comme « la gestion active de son patrimoine de santé », de mettre en œuvre « une approche globale de prévention relayée par les futures agences régionales de santé », ceci dès l'École et jusqu'au sein des entreprises, et qu'enfin « l'effort de territorialisation de la santé » se concrétise par « la création de communautés de santé » visant à « recréer l'accès aux soins dans les zones déficitaires ».

Observons justement dans quelle direction, en France, en matière de politique de prévention de la santé, l'Éducation nationale contribue à la santé publique.

11. Loi relative à la santé publique du 9 août 2004.

Une nouvelle politique afin de rendre l'élève acteur de sa santé

Dans le sillage de la publication de la Charte d'Ottawa (1986) puis de la Loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, la France a redéfini sa politique d'éducation à la santé en instituant (circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991) un « service de promotion de la santé en faveur des élèves » autour de deux axes : la réalisation de bilans de santé à des âges importants du développement de l'enfant et de sa scolarité, et la poursuite d'actions de protection et de prévention.

Les nombreux décrets et circulaires¹² publiés en France depuis 20 ans et visant la santé des élèves illustrent le maillage progressif et la diversité des objectifs conjugués pour promouvoir la santé par l'École : éducation à la citoyenneté ; prévention de la violence, lutte contre l'exclusion, éducation nutritionnelle ; prévention des conduites à risques ; prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs ; lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycées ; éducation à la sexualité, formation aux premiers secours, instruction contre le bizutage ; lutte contre la drogue ; interdiction de fumer dans les établissements, etc. Seulement, comme le souligne le rapport ministériel d'*Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège* rendu en janvier 2004, « l'abondance » de ces circulaires centrées sur des objectifs « convergents voire similaires » ne se traduit pas suffisamment « en actions concrètes et durables ». Si certaines actions s'avèrent efficaces, elles sont décrites dans l'ensemble comme trop « ponctuelles » et « disparates ». « L'éducation à la santé en milieu scolaire souffre d'un pilotage ministériel trop réduit » – elle « n'est pas, dans les faits, une priorité des responsables », les chefs d'établissements et leurs CESC¹³ ne traçant que rarement des perspectives opérationnelles » – et d'une « priorité

12. Principaux textes réglementaires et législatifs en vigueur en matière d'éducation à la santé à l'École :

- circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège ;
- circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation ;
- circulaire n° 2004-205 du 12 novembre 2004 relative à l'éducation à la citoyenneté ;
- loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école ;
- décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences ;
- circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006 relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

13. Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

dictée aux médecins scolaires¹⁴ en matière de dépistage ». Enfin, le rapport dénonce un manque de formation initiale et continue des enseignants et, sur le plan qualitatif, l'incapacité des formations existantes de permettre aux professeurs de « comprendre les enjeux de l'éducation à la santé, ni d'ailleurs le développement psychoaffectif et comportemental des enfants et des adolescents auprès desquels ils enseignent ». Face à ce constat, des décisions ont-elles été prises afin de définir de nouveaux enjeux et surtout de mettre en œuvre les objectifs visés ?

Associé depuis 2003 au ministère en charge de la santé, et bénéficiant d'un rapprochement avec l'INPES, l'Éducation nationale a réaffirmé, en avril 2005, dans la Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'École, une des missions primordiales de l'École¹⁵, en redéfinissant le rôle des CESC afin « de permettre aux élèves, en appui des enseignements, d'acquérir des connaissances, de faire l'apprentissage des règles sociales et des valeurs communes, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé ».

Mais c'est dans le plan « Santé des jeunes » lancé fin février 2008 que se dessinent les nouveaux enjeux de la politique du ministère de la Santé et de la Jeunesse et des Sports : « Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé ». Un enjeu qui se décline ainsi : « Lutter efficacement contre les conduites à risques » (drogue, alcool, alimentation équilibrée), « mieux répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables », et « développer les activités physiques et sportives chez les jeunes ». On peut lire dans cette politique que, d'une part, de nombreuses leçons ont été tirées des échecs du passé et du travail mené par les acteurs professionnels et associatifs de terrain et que, d'autre part, les décideurs semblent plus attachés à s'appuyer sur la réalité des problématiques actuelles et des pratiques qui produisent des résultats sur

14. À la rentrée 2007-2008, le ministère de l'Éducation nationale comptait 1 632 médecins et 6 600 infirmières intervenant auprès des élèves, sans compter les conseillers techniques auprès des recteurs et des inspecteurs d'académie, soit une moyenne d'un médecin scolaire pour 7 330 élèves et d'une infirmière pour 1 810 élèves. Ces faibles effectifs au regard des besoins manifestés par les élèves et les acteurs de l'École expliquent en partie certains dysfonctionnements évoqués dans ce rapport.

15. Les quatre missions des CESC :

- « - contribuer à l'éducation à la citoyenneté ;
- préparer le plan de prévention de la violence ;
- proposer ses actions pour aider les parents d'élèves en difficulté et lutter contre l'exclusion ;
- définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites addictives.

le terrain. L'efficience de ce nouveau plan reste néanmoins subordonnée à la qualité de sa mise en œuvre pédagogique au sein des établissements. Permettre aux jeunes de « devenir acteurs de leur santé » constitue certainement un très bon moyen, plus efficace que par la seule pédagogie de l'incantation, de contribuer à la construction des valeurs morales et au réajustement des normes comportementales nécessaires à la sauvegarde de la santé. Les auteurs de ce plan précisent d'ailleurs très justement que :

« Plutôt que d'un saupoudrage d'information, les collégiens et lycéens ont besoin surtout d'un lieu de parole et d'échange identifié avec, comme intervenants, des professionnels formés (éducateur, infirmière, psychologue, conseillère conjugale et familiale, médecin, acteur de la prévention...). La qualité des interventions doit être garantie [...]. »

L'application de cette recommandation pédagogique nous semble fondamentale pour permettre aux élèves une co-interrogation et une co-construction des valeurs, au sens des priorités qui animent un sujet (O. Reboul, 1992). Constantin Xypas (1997) nous rappelle comment Jean Piaget avait montré le pouvoir de construction des valeurs d'une pédagogie coopérative qui valorise les discussions entre enfants autour d'une question qui retient leur attention. Une telle orientation réclame, dans sa mise en œuvre, que les intervenants soient particulièrement bien formés à l'animation de débats, à la gestion des conflits cognitifs et à la confrontation des « normativités contradictoires » (Fr. Galichet et J.-Cl. Mandersheid, 1996), ce qui réclame une double exigence éthique et didactique comparable à celle nécessaire à la mise en œuvre de débats philosophiques à l'école (Tozzi *et alii*, 2008). En effet, il s'agit d'être attentif aux stratégies et aux démarches qui contribuent au dépassement de certaines représentations véhiculées entre jeunes ou par les médias et assimilées à des « allants de soi » : une difficulté pour les acteurs de l'éducation à la santé, notamment pour les médecins scolaires, dont en moyenne un quart sont des vacataires, donc des personnes moins formées que leurs collègues titulaires, et en poste pour une durée parfois bien courte !

Si, du côté de l'École, les objectifs et les démarches d'éducation à la santé semblent progressivement s'ajuster aux enjeux, qu'en est-il du rôle des médecins, notamment en direction des adultes qui les consultent ? Les enjeux éducatifs qui les concernent aussi au quotidien sont-ils conciliables avec les valeurs de profit et de fidélisation de la clientèle qui animent une majorité d'entre eux ?

III. Un enjeu difficile à mettre en œuvre pour notre système de santé

Quelles difficultés rencontre notre système de santé au point de renforcer la nécessité de soutenir le développement de l'éducation à la santé ? En quoi la médecine allopathique ne s'inscrit pas pleinement dans l'objectif d'éducation de la santé ?

Limites et dérives de l'assurance-maladie

Dans les milieux médicaux, l'éducation à la santé apparaît désormais plus que jamais comme une urgence dans des pays comme la France où la population, jusqu'à ces dernières années, se sentait encore protégée par un système garantissant l'accès aux soins de tous. L'assurance-maladie, devenue trop contrainte par les dérives consuméristes, ne parvient plus à atteindre ses objectifs sans creuser plus encore d'année en année son propre déficit¹⁶. De nombreuses causes bien connues fragilisent ce type de système, certaines conjoncturelles – le ralentissement de la croissance économique qui affecte les recettes de la Sécurité sociale et augmente les besoins d'aide sociale – et d'autres plus structurelles comme le vieillissement¹⁷ de la population qui entraîne une augmentation du coût moyen des soins spécifiques (gérontolo-

16. En France, la synthèse, pp. 3 et 4 du *Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale 2008*, met en évidence que « le compte tendanciel établi sur la base des hypothèses macroéconomiques du gouvernement, mais avant prise en compte des dispositions de la loi de financement, décrit une forte aggravation du déficit, de l'ordre de 6 milliards d'euros en 2009. Ce compte repose sur l'hypothèse d'une augmentation "spontanée" des dépenses d'assurance-maladie de 4,7% et la prévision d'une croissance toujours forte des charges de la branche "retraite", alors que la progression des recettes s'infléchirait avec la masse salariale. La dégradation du solde serait accentuée par la répercussion de la hausse des prix de 2008 sur les revalorisations de prestations en 2009, et par le contrecoup de mesures ayant accru ponctuellement les recettes de 2008, notamment pour les prélèvements sur les revenus du capital. Dans ces conditions, le déficit du régime général pourrait atteindre 15 milliards d'euros en 2009, en se répartissant à peu près également entre les branches "maladie" et "retraite". »

17. Notion toute relative à utiliser avec prudence : cf. Philippe Guillot, « La France et les autres pays industrialisés à l'épreuve du vieillissement. Un des grands défis du XXI^e siècle », *Expressions*, n° 17, mai 2001 ; voir en particulier les pages 24 et suivantes, notamment la page 27 :

<http://www.reunion.iufm.fr/Recherche/Expressions/17/Guillot.pdf>.

gie) et une baisse du nombre de cotisants (actifs) ; l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance¹⁸, les progrès de la médecine officielle qui provoquent une demande de soins plus grande et techniquement plus coûteuse. Or les dépenses de santé, même si elles semblent, ces dernières années, marquer un infléchissement, notamment depuis qu'a été instituée, dans un certain nombre de pays comme l'Allemagne, la Belgique, la France, les Pays-Bas, la Suède ou la Suisse, une participation financière des patients plafonnée¹⁹, montrent néanmoins combien la médecine dite officielle reste extrêmement coûteuse pour l'État. C'est pourquoi l'enjeu de l'éducation à la santé dépasse les seuls objectifs sanitaires et qu'il consiste aussi plus largement en une éducation à la responsabilité individuelle dans le but de préserver un système de protection dont l'avenir pourrait être définitivement compromis par la poursuite du consumérisme médical qu'il a lui-même engendré et qu'il continue à entretenir.

Cette éducation à la responsabilité individuelle demeure complexe à mettre en œuvre car elle nécessite de remettre en cause et de transformer des habitudes de prise en charge en termes de consommation d'actes médicaux et de médicaments. L'exemple de la campagne de sensibilisation que l'Assurance-maladie a dû mettre en place en France en 2001 pour sensibiliser la population au bon usage des antibiotiques²⁰ illustre l'ampleur et la difficul-

18. La plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ont enregistré d'importants gains d'espérance de vie à la naissance au cours des dernières décennies. En France, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de 10 ans entre 1960 et 2006, ce qui est proche des gains enregistrés en moyenne dans les pays de l'OCDE. Après une stagnation en 2003 en raison de la mortalité exceptionnelle due à la canicule, l'espérance de vie à la naissance en France a franchi le seuil des 80 ans en 2004, et elle atteint en 2006 80,9 ans, soit deux ans de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (78,9 ans). Le Japon enregistre l'espérance de vie la plus élevée, avec 82,4 ans, suivi de la Suisse, de l'Islande, de l'Australie et de l'Espagne (*Eco-santé OCDE 2008*, « Statistiques et indicateurs pour 30 pays », base de données disponible sur le site : <http://www.oecd.org/document>).

19. « La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens », document de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS), sept. 2007.

20. Depuis l'initiation en 2001 des campagnes de dissuasion de l'Assurance-Maladie, sur le thème « Les antibiotiques, c'est pas automatique », la régression de cette consommation massive a été immédiate (baisse de 23% en 2002) et s'est poursuivie (6,3% au cours de l'hiver 2006/2007 contre 4,6% l'année précédente), notamment pour les angines, les trois quarts étant virales, cette régression étant due principalement aux baisses des prescriptions par les médecins. L'enjeu de cette campagne n'était pas qu'économique puisqu'il s'agissait de préserver l'immunité de la population, certaines bactéries devenant plus résistantes du fait de l'utilisation injustifiée de

té que pourrait représenter la mise en œuvre d'une politique visant à conduire une population à ne pas systématiquement consulter le médecin pour un simple rhume, un début de gastroentérite ou un des maux de têtes passagers.

Éduquer : un objectif pour la médecine mais pas encore une priorité

La culture médicale française est très marquée par ses figures emblématiques, Ambroise Paré²¹, René Laennec²², Claude Bernard²³, Jean Hamburger²⁴, Jean Dausset²⁵ et, plus récemment, Luc Montagnier²⁶, dont la renommée internationale n'a fait que renforcer l'image d'une médecine scientifique, une médecine qui, par sa rigueur et la qualité de ses chercheurs, contribue depuis plusieurs siècles à résoudre les plus grands défis médicaux, à l'instar de la première transplantation partielle d'un visage réalisée au CHU d'Amiens en novembre 2005. La médecine officielle présente par conséquent de très fortes garanties au sein de la forteresse bâtie par les laboratoires pharmaceutiques. Mais son mode de structuration, son économie et le paradigme scientifique qui assoit sa légitimité posent néanmoins des questions qui limitent ou remettent en cause l'objectif d'éducation que soutient l'État. Le *lobby* médical est-il compatible avec une politique d'éducation pour la santé qui souhaite responsabiliser les citoyens dans leur consommation d'actes médicaux ? En effet, une bonne part des consultations quotidiennes des médecins généralistes ayant pour objet des pathologies bénignes (rhumes, gastroentérites, gripes, etc.) ou des maux passagers (douleurs digestives, céphalées, brûlures, etc.), une proportion significative d'entre elles ne pourraient-elles pas être évitées ? De même, combien de prescriptions de médicaments,

molécules antibiotiques. La résistance des microbes aux antibiotiques a notablement baissé : la proportion de pneumocoques résistants à la pénicilline est passée de 47% en 2001 à 34,5% en 2005. De même, dans les hôpitaux, et aussi en partie grâce aux mesures d'hygiène, le taux de staphylocoques dorés résistant à la méthicilline est passé de 33,4% en 2001 à 26,7% en 2006.

21. Ambroise Paré (1510-1590), père de la chirurgie moderne.

22. René Laennec (1781-1826), inventeur du stéthoscope.

23. Claude Bernard (1813-1878), fondateur de la médecine expérimentale.

24. Jean Hamburger (1909-1992), pionnier en matière de greffe du rein.

25. Jean Dausset, immunologue français, prix Nobel de médecine en 1980 pour sa découverte du complexe majeur d'histocompatibilité qui permet aujourd'hui de connaître la compatibilité entre donneur et receveur pour une greffe d'organe.

26. Luc Montagnier, virologue co-récepteur du prix Nobel de médecine avec Françoise Barré-Sinoussi et Harald zur Hausen, en décembre 2008, pour la découverte du virus du SIDA en 1983.

d'examens radiologiques ou d'analyses de sang pourraient être économisées à l'issue de ces consultations ? Devant l'hypermédiatisation des erreurs médicales et l'inflation qu'ont connue les assurances des médecins, ces derniers peuvent-ils se permettre de faire l'économie d'examens médicaux visant à leur apporter les garanties d'un « bon exercice » de leur médecine ? Dès lors, l'accomplissement d'une démarche de prévention et d'éducation, qui nécessite de connaître les habitudes qui fondent le mode de vie des patients et d'en comprendre le sens, est-elle conciliable avec l'exercice libéral de la médecine ? Rassurer les patients et se rassurer soi-même est progressivement devenu une priorité pour les médecins. Ainsi, la délivrance systématique d'ordonnances en fin de consultation ne s'inscrit-elle pas pour le praticien, au-delà de la réponse à une demande implicite et culturelle des patients, dans une conception normative de ce qu'est la compétence d'un médecin ? Si les mesures récentes de fidélisation du médecin référent ont d'ailleurs infléchi cette dérive, il y a cependant un travail éducatif à opérer pour modifier ce type de comportement. L'*habitus* culturel qui fige le patient dans un rôle de passivité voire de victime de sa maladie – alors qu'il conviendrait de le rendre acteur de sa guérison – ne relève-t-il pas du contrat thérapeutique implicite qui le lie au médecin allopathe au même titre qu'un contrat didactique peut lier un élève à son professeur ? En d'autres termes, les rapports que nous entretenons avec la maladie ne sont-ils pas liés au type de médecine que nous sollicitons pour nous soigner ?

Une médecine éducative

Devant le besoin grandissant de la population de s'orienter vers des médecines plus douces, plus soucieuses de traiter les causes de la maladie, et au regard de l'orientation soutenue par l'OMS²⁷ de développer les politiques de santé publique, on peut s'interroger sur la frilosité du ministère français de la Santé à vouloir reconnaître officiellement cette médecine éducative qu'est la naturopathie²⁸ et à la recommander, comme de nombreux pays l'ont déjà fait,

27. En 1983, l'Organisation mondiale de la Santé recommandait aux autorités médicales de tous les pays d'intégrer la naturopathie aux services de santé publics. En 1994, le gouvernement des États-Unis accordait, pour la recherche scientifique contre le sida, un budget à la Bastyr University, l'une des grandes écoles de naturopathie en Amérique du Nord.

28. En France, la naturopathie n'est pas officiellement reconnue, elle est juste tolérée depuis les années 1970 et connaît un plus grand développement depuis les années 1990 (cf. Daniel Kieffer [sous la direction de], collectif Fenahman [Fédération française de naturopathie], *Livre blanc de la naturopathie. Contribution pour une santé*

dans le programme des outils de prévention. L'Australie, la Suisse, l'Allemagne, Israël, la Norvège, Le Royaume-Uni et le Portugal figurent parmi les pays qui se sont depuis assez longtemps ouverts à cette médecine non conventionnelle qui répond aux besoins de prévention et d'éducation pour la santé. Codifiée et formalisée par le biologiste français Pierre Valentin Marchesseau en 1935, la naturopathie est une médecine dite naturelle et holistique enseignée dans des instituts privés. Elle rassemble des pratiques issues de la tradition médicale occidentale dont l'hygiène nutritionnelle, les cures de détoxification, la réflexologie, la relaxation, la gymnastique douce, le yoga, ainsi que des techniques psychologiques, hydrothérapeutiques et chiropratiques. Médecine fondée sur le principe actif de la conservation de l'énergie vitale de l'organisme, sa philosophie s'attache aux principes que le sujet reste le principal acteur de sa santé et que c'est le global (l'organisme dans sa logique holistique) qui guérit le local (l'organe malade est victime de pratiques de vie non adaptées). Très axée sur la prévention et la conservation de l'énergie vitale qui permet l'auto-guérison, sa pratique réduit considérablement l'usage de médicaments puisqu'elle invite les patients à prendre en charge personnellement les affections bénignes qui les touchent. Le naturopathe consacre en effet une bonne partie de son action à analyser et comprendre les déséquilibres qu'induisent le mode de vie et les habitudes de son patient. Il le responsabilise en le sensibilisant aux pratiques qui préservent ou restaurent la santé.

Avant que se développe la médecine moderne au XX^e siècle, dans une France essentiellement rurale, de nombreuses pratiques ayant trait au drainage du corps (jeûne, mono-diète de fruits ou de légumes, phytologie, etc.) participaient d'une logique qui donne le temps nécessaire au corps pour se remettre d'une maladie. Or les modes de vie contemporains réclament une médecine de la réponse immédiate à tout ce qui contrarie les objectifs de rentabilité ou la simple impatience... Plus qu'une simple ouverture conceptuelle, n'est-ce pas une philosophie qui doit porter ce changement de paradigme ? Un questionnement sur le sens des maux qui nous touchent. C'est dans ce sens que Jacques Fabry avance que

« la philosophie qui sous-tend l'éducation pour la santé, c'est l'accroissement de l'autonomie par rapport aux hasards de la vie. De même, la philosophie qui sous-tend l'éducation du patient, c'est l'accroissement de l'autonomie par rapport aux soins. »²⁹

durable, 2008). Cet ouvrage expose clairement l'ensemble des arguments socioéconomiques et politico juridiques soutenant l'intégration de la naturopathie dans le panorama des actions de santé publique française.

29. Jacques Fabry, *Agenda Santé*, supplément n° 5, octobre 2005, p. 14.

Vers de nouvelles formes de citoyenneté

La valorisation de l'éducation à la santé que nous constatons aujourd'hui s'inscrit au cœur de ce large mouvement de responsabilisation des citoyens que connaît notre société depuis une dizaine d'années et qui se traduit à l'École par le développement d'un nouveau champ d'apprentissage, celui des « éducations à » – éducation à l'environnement, éducation aux médias, éducation à la sécurité routière – et qui s'ajoute à l'éducation physique et sportive. Leur enjeu principal commun est celui d'une éducation aux nouvelles formes de citoyenneté qui ajoutent à la responsabilité avec laquelle on respecte l'autre, on respecte ses biens et on respecte la loi, une dimension supplémentaire, celle du respect de l'environnement à long termes, dans la perspective de sauvegarder les générations futures.

L'incarnation de ce niveau d'exigence morale dans les actes et les comportements de la vie quotidienne ne peut être que le fruit d'un long apprentissage qui suppose de travailler, dès l'école maternelle et jusqu'au lycée, à la construction de compétences psychosociales³⁰, à travers une réflexion et une mise en débat régulière des problématiques concrètes du « vivre ensemble » et de ses enjeux à court et long termes. En matière d'éducation à la santé comme dans toute type d'« éducation à », la recherche des conditions de la construction d'une culture scientifique qui permette à chacun d'étayer sa prudence et son volontarisme, ne peut pas faire l'économie d'une mise en confrontation régulière des « rapports à » sous l'emprise desquelles chaque sujet tente de donner de la légitimité à ses opinions et à ses comportements, et dont la qualité traduit la responsabilité effective de chacun. En cela, il s'agit de rechercher à valoriser ces rapports d'ouverture, ces rapports de bienveillance et ces rapports d'acceptation à l'égard de tout ce qui nourrit l'espérance de contribuer au progrès de l'humanité.

30. Des experts réunis par l'OMS dans le cadre d'aides à la création de programmes scolaires destinés au développement des aptitudes essentielles à la vie des élèves, ont établi une liste de ces aptitudes ou compétences psychosociales, ayant une valeur transculturelle. Ces compétences sont au nombre de dix et présentées par couple :

- savoir résoudre les problèmes / savoir prendre les décisions ;
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

Il s'agit d'un travail exploratoire non ratifié par l'Assemblée générale de l'OMS.

Bibliographie

- ADAM Philippe et HERTZLICH Claudine (2005), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin.
- BERGER Dominique, MERINI Corinne, JOURDAN Didier, VICTOR Patricia et PERETTI Christine (de) (2004), *Guide-ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*, ENSP.
- BERTHET Emmanuelle (1981), *Information et éducation sanitaire*, Presses universitaires de France (PUF).
- BRUCHON-SCHWEITZER Marilou (2002), *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Dunod.
- C.N.D.P. (Centre national de documentation pédagogique) (2004), *L'Éducation à la sexualité au collège et au lycée : guide du formateur*, collection « Repères ».
- C.N.D.P. (2006), *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, collection « Repères ».
- DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier (2001), *Critique de la santé publique*, Balland.
- FAINZANG Sylvie (2001), *Médicaments et société*, Paris, PUF.
- FASSIN Didier (2005), *Faire de la santé publique*, ENSP.
- FISHER Gustave Nicolas (2002), *Traité de psychologie de la santé*, Dunod.
- GALICHET François et MANDERSHEID Jean-Claude (1996), « L'éducation à la santé et la construction de l'identité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines », *Revue française de pédagogie*, n° 114.
- GOLEMAN Daniel (1995), *L'intelligence émotionnelle*, Robert Laffont.
- GUILLAUME Alain (1850), *Le catéchisme hygiénique ou l'art de conserver la santé et de prévenir les maladies*, Imprimerie de L.A. Pillot.
- HERZLICH Claudine (1996), *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- IVERNOIS Jean-François (d') et GAGNAYRE Rémi (2004), *Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique*, Maloine.
- JOURDAN Didier (2004), *La Formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, Éditions universitaires du Sud.
- LE BRETON David (2002), *Conduites à risque*, PUF.
- MASSE Raymond (2003), *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Université Laval.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2006), *L'Éducation aux comportements responsables au collège et au lycée*.
- NOURRISSON Didier (2002), *Éducation à la santé (XIX^e-XX^e siècle)*, ENSP.

- PIAGET Jean (1997), *L'Éducation morale à l'école. De l'éducation du citoyen à l'éducation internationale*, textes réunis et annotés, préface et postface de Constantin Xypas, Anthropos.
- REBOUL Olivier (1992), *Les Valeurs de l'éducation*, PUF.
- RUFFIÉ Jacques (1993), *Naissance de la médecine prédictive*, Odile Jacob.
- SANDRIN-BERTHON Brigitte (1997), *Apprendre la santé à l'école*, ESF.
- SFEZ Lucien (1995), *La Santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Seuil.
- TOZZI Michel, SOULÉ Yves et BUCHETON Dominique (2008), *La Littérature en débats. Discussions à visées littéraire et philosophique à l'école primaire*, SCEREN.
- TOZZI Michel (2002), *Penser par soi-même. Initiation à la philosophie*, Chroniques sociales.
- VIGARELLO Georges (1997), « La santé à quel prix ? », *Esprit*, février.
- VIGARELLO Georges (1993), *Le Sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Seuil.
- XYPAS Constantin (1997), *Piaget et l'éducation*, PUF.