

# Questions éthiques et éducation pour la santé

Colloque régional  
**Actes**



Jeudi 28 février 2008  
Hôtel de Région, Marseille

Colloque régional

# Questions éthiques et éducation pour la santé

Actes

Jeudi 28 février 2008  
Hôtel de Région, Marseille

# Sommaire

## Allocutions d'ouverture

- Joël Canapa, Vice-Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur p. 4  
Pr Jean-Marc Garnier, Président du Comité Régional d'Éducation  
pour la Santé PACA p. 5

## Animation de la matinée :

**Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA**

---

## Intervention introductive

- “*La santé est-elle un droit ou un devoir ?*”, Pierre Le Coz, Espace Éthique Méditerranéen, Faculté de Médecine de Marseille, membre du Comité consultatif national d'éthique p. 8

## Table-ronde n°1 : Questions éthiques et éducation pour la santé

- “*Éthique et santé*”, Pr Jean-Robert Harlé, Vice-Doyen de la Faculté de médecine de Marseille, chef de service de médecine interne à l'Hôpital de la Conception p.16
- “*L'éducation pour la santé, au nom de quoi ?*”, Chantal Lapostolle-Dangréaux, coordinatrice des formations FRAES, Éducation Santé Isère p.21

## Table-ronde n°2 : L'éducation pour la santé, au carrefour de plusieurs points de vue éthiques

- “*L'éducation pour la santé, au carrefour de plusieurs points de vue éthiques*”, Antoine Lazarus, Professeur de santé publique, Université Paris XIII p.26
- “*Prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé par l'éducation pour la santé*”, Claude Bouchet, Directeur de la fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé p.33
- “*L'éducation pour la santé, élément d'une biopolitique*”, Philippe Lecorps, ancien professeurs à l'Ecole Nationale de Santé Publique, Président d'honneur du CRES Bretagne p.36
- “*L'éthique en éducation pour la santé dans une pratique de pédiatre de PM*”, Dr Anne Roudaut, pédiatre, PMI, Conseil général des Bouches-du-Rhône p.42

## Animation de l'après-midi :

**Pr Jean-Louis San Marco, Directeur du Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine de la Timone, Marseille**

---

## Table-ronde n°3 : L'éducation pour la santé : moyens et éthique

- “*Les enjeux éthiques liés au respect de l'autonomie de la personne : limites entre persuader, convaincre, contraindre et manipuler*”, Thémis Apostolidis, Maître de conférences, UFR Psychologie sciences de l'éducation, Aix-en-Provence p.45
- “*Les tensions entre intérêt collectif et intérêt individuel*”, Pr François Bourdillon, Président de la Société française de santé publique p.48
- “*L'utilisation de la peur en éducation pour la santé : réflexions sur le plan de l'éthique, de l'efficacité et de la pertinence*”, Christine Ferron, directrice du Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne p.53
- “*Le malentendu de la prévention*”, Marie-Jean Sauret, Professeur de psychopathologie clinique, Université Toulouse II p.63

## Table-ronde n°4 : Nécessité et risques du ciblage populationnel dans le domaine de la santé

- “*L'éducation thérapeutique, place du soignant et du soigné*”, Dr Claude Terral, Maître de conférence, Praticien hospitalier, Président du CRES Languedoc-Roussillon p.67
- “*L'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : perspectives et limites*”, Dr Anne Galinier, chef de service médecine pénitentiaire, AP-HM, Centre pénitentiaire de Marseille les Baumettes p.71
- “*Éthique de l'éducateur de santé : de la parole du public à l'acquisition de compétences*”, Carole Welschen-Jospeh, coordinatrice nutrition CoDES 13 p.74

## Clôture

- Chantal Lamouroux, Présidente de la Commission Environnement, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.78

## Allocutions d'ouverture

### **Joël Canapa, Vice-Président de la Région PACA, délégué à la solidarité, à la prévention et à la sécurité**

Mesdames et messieurs,

Je vous souhaite la bienvenue au nom du Président de la Région Michel Vauzelle et en mon nom personnel dans cet hémicycle.

C'est une volonté du Conseil régional que d'accueillir les colloques de haut niveau dans ce lieu pas comme les autres, où se prennent les décisions structurantes pour l'avenir de la région. Il semble important que des débats aussi importants que les questions d'éthique et d'éducation pour la santé puissent se dérouler dans un lieu porteur de sens.

Je voudrais excuser le Président Michel Vauzelle, en déplacement à l'étranger, ainsi que M. Jean Chappellet, Directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Je voudrais en revanche saluer le Pr Jean-Marc Garnier, Président du CRES PACA, Zeina Mansour, directrice du CRES, ainsi que le Dr Françoise Gaunet-Escarras, adjointe au maire de Marseille.

Je vous remercie d'être venus si nombreux, et parfois de loin, assister à ce colloque sur les questions éthiques et l'éducation pour la santé.

Il s'agit d'un thème à la fois fédérateur et essentiel lorsque l'on s'intéresse aux questions de santé, un thème qui ne peut que retenir l'attention des institutions et des personnes qui relèvent le défi de la prévention et de la promotion de la santé.

On pourrait trouver paradoxal que le Conseil régional parraine une initiative comme celle d'aujourd'hui, mais, depuis 1998, la Région a souhaité investir certaines questions de santé.

La santé publique relève de l'Etat et nous ne voulons surtout pas empiéter sur ses prérogatives. N'en demeure pas moins que, nous occupant des lycées, de l'apprentissage, des missions locales et, pour une part, des universités, il nous était difficile de nous soucier des bâtiments et de laisser de côté ceux qui vivent à l'intérieur.

La première étape de cette démarche volontariste a été de mener une politique vis-à-vis des jeunes, des foyers de pauvreté identifiés au travers de l'observation

sociale, et sur des thématiques comme les infections sexuellement transmissibles ou la prévention des cancers d'origine professionnelle.

Depuis 2004, la loi de santé publique conforte le rôle de l'Etat en tant que pilote de la santé publique en France, tandis que la loi de décentralisation confie aux régions la gestion et le fonctionnement des formations du sanitaire et du social.

Ainsi, dans le domaine sanitaire, la Région a à la fois la responsabilité de la gestion des instituts de formation en soins infirmiers, mais également la responsabilité de demander à l'Etat l'augmentation éventuelle des professions à quotas (combien d'infirmiers seront présents auprès des malades dans les années à venir ?). Il s'agit non seulement d'une affaire de prospective, de calcul, mais également d'une affaire d'aménagement du territoire, d'anticipation sur les besoins de la population. Nous sommes donc passés d'une politique purement volontariste à la responsabilité d'une partie de la politique de santé publique de la région, en partenariat avec tous les acteurs.

Raison de plus pour accueillir une manifestation comme celle-ci aujourd'hui.

Dans une société qui a du mal à percevoir la réalité des valeurs de laïcité, des valeurs de la République... se poser la question de l'éthique en éducation pour la santé est tout à l'honneur du CRES, organisateur de ce colloque.

### **Pr Jean-Marc Garnier, Président du Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je tiens d'abord à remercier la Commission solidarité, prévention et sécurité du Conseil régional et son Président qui nous a incités à préparer aujourd'hui ce temps de réflexion sur l'éthique, sujet ô combien sensible. La préparation de ce colloque et la concertation entre nos équipes ont été cordiales et fructueuses, ce qui explique la qualité du programme ainsi que celle des intervenants que nous aurons le privilège d'entendre aujourd'hui.

J'éviterai d'anticiper sur ce qu'ils nous réservent, mais je me réjouis de voir l'intérêt porté par les professionnels et par les étudiants à cette question majeure : l'éthique. Plus de trois cent cinquante inscriptions à cette journée : élus, médecins, infirmiers, diététiciennes, cadres de santé, formateurs, universitaires, étudiants, psychologues... y participent.

Il est rassurant de constater qu'au-delà de l'urgence, au-delà du rendement, chacun dans sa pratique s'interroge sur le fond, sur le sens de sa démarche : les inégalités de santé, l'accès aux soins, la qualité, la sécurité, la consommation, les messages de

prévention, la stigmatisation, les limites de la médecine prédictive, les risques de manipulation etc.

S'interroger sur l'éthique est loin d'être marginal ; c'est au contraire se donner les moyens d'atteindre ses objectifs de santé publique en prenant en compte l'individu dans toute sa globalité ; ne pas écarter un déterminant au profit d'un autre mais prendre en compte l'environnement social, économique et culturel de chaque individu, de chaque patient.

L'exercice est complexe ; il s'agit d'éviter le simple formatage pour s'orienter vers la prise en compte individuelle et singulière.

Le réseau CRES-CoDES s'appuie sur les conceptions de la promotion de la santé définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), notamment la Charte d'Ottawa pour laquelle *“la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques”*.

Dans notre région, l'attachement du CRES et des CoDES à l'outil de catégorisation des résultats récemment proposé par Promotion Santé Suisse montre bien l'intérêt permanent porté par notre réseau aux questions d'ordre éthique posées par la démarche préventive. Il s'agit de s'assurer de l'influence de l'ensemble des déterminants sur l'évolution de l'état de santé d'une population et ne pas limiter son analyse à la simple relation connaissance - comportement - santé.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, les participants à ce colloque sont très représentatifs des publics avec lesquels le CRES travaille au quotidien : un public de professionnels mais également de responsables de formations et d'étudiants.

Plusieurs Masters intègrent l'éducation pour la santé ; il en est de même pour les organismes de formations sanitaires et sociales. Au-delà de l'enseignement dispensé, les responsables de ces formations prouvent bien aujourd'hui l'importance qu'ils accordent à la démarche éthique ; environ cent étudiants se sont inscrits et sont parmi nous aujourd'hui.

Je tiens à remercier chaque intervenant, qui va permettre à chacun d'entre nous de ré-interroger ses pratiques. Mes remerciements vont d'abord à mes collègues de la région PACA, mais surtout à ceux qui ont effectué un long trajet pour faire partager leur réflexion : Chantal Lapostolle-Dangréaux de Grenoble, Antoine Lazarus, François Bourdillon de Paris, Claude Bouchet de Lyon, Philippe Lecorps et Christine Ferron de Rennes, Marie-Jean Sauret de Toulouse et enfin Claude Terral de Montpellier. Je salue, une fois encore, le partenariat établi entre le CRES et la Région depuis à présent huit ans ; j'exprime le souhait de le voir se maintenir et se développer.

Je vous remercie.

## ***Zeina Mansour, Directrice du CRES PACA***

En attendant l'arrivée de M. le Coz, notre premier intervenant, je voudrais vous présenter les documents qui vous ont été remis à votre arrivée.

Tout d'abord un dossier documentaire, préparé par les documentalistes du CRES, puis la première brochure du Pôle régional de compétences en éducation pour la santé. Ce pôle de compétences est en place depuis 4 mois, porté par le CRES et les CoDES de la région.

Vous a également été remis un disque sur le calendrier vaccinal 2007, conçu par le CRES et le GRSP, qui a pour objectif d'inciter à se tenir à jour de ses vaccins.

Sans oublier un questionnaire d'évaluation de ce colloque que nous vous remercions de bien vouloir nous remettre à l'issue de la journée.

Pour les personnes impliquées de près ou de loin dans l'éducation thérapeutique, un questionnaire d'état des lieux que réalise le CRES en ce moment est à votre disposition.

La journée étant totalement filmée, certaines séquences seront reprises sur le site Internet du CRES, [www.cres-paca.org](http://www.cres-paca.org), pour la première fois.

## Intervention introductive

### La santé est-elle un droit ou un devoir ?

*Pierre Le Coz, Espace éthique méditerranéen, Marseille, professeur agrégé de philosophie, Faculté de médecine de Marseille, membre du comité consultatif national d'éthique.*

#### Considérations préliminaires sur l'articulation entre les concepts de droit et de devoir

La question de savoir si la santé est un droit ou un devoir appelle quelques remarques préliminaires qui relèvent de la constatation sociologique.

Notre société s'est familiarisée avec cette idée que la santé est à la fois un droit et un devoir. La santé est devenue peu à peu un droit, au regard des produits toxiques répandus dans l'atmosphère par l'industrie chimique, les pesticides ou même les nuisances sonores. Elle est un devoir également en ce sens que chacun désormais est réputé responsable de sa santé, mis en demeure de prendre en main son destin et de ne pas rester un patient passif comme pourrait le laisser entendre l'étymologie désuète du terme patient qui exprime la passivité. Dans notre système contemporain de représentation de la santé, le patient ne doit plus attendre patiemment la guérison et laisser son médecin décider à sa place.

Le mot même de patient est d'ailleurs progressivement évincé du vocabulaire du droit à la santé et de l'éthique médicale, au profit du concept plus dynamique "*d'usager du système de santé*". On peut trouver que ce concept n'est pas tout à fait approprié dans la mesure où chacun sent bien qu'il ne revient pas au même d'être usager d'un service hospitalier et un usager du transport en commun.

Toujours est-il que la diffusion de ce concept, omniprésent dans la loi du 4 mars 2002, est significative d'une évolution sociologique des mœurs vers une éthique centrée sur le principe du respect de l'autonomie des personnes, lequel implique une information toujours plus loyale en vue de les faire participer toujours plus activement aux stratégies thérapeutiques.

Aujourd'hui, à l'ère d'Internet, on en est arrivé à cette situation tout à fait étonnante que le patient est dans son devoir d'aller chercher de l'information sur sa maladie, de ne pas rester passif en s'en tenant aux informations lacunaires de son médecin de proximité qui ne peut pas tout savoir, des articles sont en ligne sur Internet. Voilà une situation totalement inédite, impensable il y a encore une dizaine d'années.

Dans les régimes démocratiques, ce qui est frappant, c'est qu'il y a un devoir de défense des droits. Comme on le voit dans la réprobation publique que s'attirent parfois les citoyens qui refusent d'aller voter.

Le droit et le devoir sont indissolubles lorsqu'il est question de santé. On pourrait essayer de préciser le lien entre eux en se demandant lequel suppose l'autre. Est-ce que les droits découlent des devoirs ou est-ce que les devoirs découlent des droits? Le cas de la transplantation d'organes illustre bien cette idée que les droits reposent sur les devoirs. L'idée de bénéficier d'un greffon en cas de menace vitale n'aurait aucun sens si les citoyens ne se reconnaissaient pas en même temps le devoir de donner leur consentement présumé au don d'organes. Si tout le monde s'inscrit sur le registre du refus, le droit à la transplantation d'organes disparaît. Mais il s'agit-là d'un devoir purement moral, qui n'est pas répréhensible, et ne peut pas être légalement institué. Nous avons le droit de nous inscrire sur une liste d'attente quand bien même on serait un repentant, un ancien opposant à la transplantation, inscrit jadis au registre des refus, et qui aurait changé d'avis du fait que sa propre survie se trouverait compromise par le dysfonctionnement de l'un de ses organes.

En matière d'éducation à la santé, chacun admet que les pouvoirs publics ont le devoir d'informer les citoyens, d'investir des fonds dans des campagnes de santé publique. Certains trouvent qu'on en fait trop, qu'il y a trop de santé publique. Quelques auteurs, comme Roland Gori, vont jusqu'à parler d'une "*santé totalitaire*", tandis que d'autres au contraire trouvent que l'on ne fait pas assez de prévention. Au moins, sur le principe, nul ne peut contester l'intérêt d'informer les populations sur les dangers auxquels elles s'exposent en consommant toutes sortes de produits toxiques ou en adoptant des conduites dites à risques.

Pour autant, il n'y a pas de devoir pour les citoyens à lire et comprendre les informations qui leur sont dispensées dans des spots publicitaires ou sur les panneaux d'affichage qui jalonnent les centres urbains.

On ne peut pas imaginer un devoir légal de ce type-là mais peut-être y a-t-il un devoir moral d'être des citoyens éduqués et éclairés, comme le voulaient les philosophes des Lumières.

Le devoir de santé pourrait alors être un devoir pour chacun d'entre nous de ne pas se comporter "comme des veaux", comme l'eût dit le Général, en tenant compte des informations qui nous sont transmises.

En résumé, à la question qui nous est posée - la santé : droit ou devoir ? - on pourrait répondre qu'il n'y a pas d'alternative logiquement parlant, en ce sens que droit et devoir ne sont pas dissociables, et que ces droits et devoirs peuvent revêtir une forme tantôt juridique tantôt morale.

Mais le fait que nos droits et nos devoirs sanitaires ne soient pas séparables ne doit pas masquer ce qu'il y a de problématique dans l'expression même de "devoir de santé" et même d'un "droit à la santé". C'est ce deuxième point qu'il nous faut à présent éclaircir.

### **Limites de la pertinence sémantique des concepts de "devoir" et de "droit" dans le domaine de la santé**

Dans la deuxième et dernière partie de mon intervention, je voudrais dire un mot sur les limites de l'usage de ces concepts de droit et de devoir dans la question de la santé.

Le fait que les droits et les devoirs en matière sanitaire ne soient pas séparables ne doit pas masquer ce qu'il y a de problématique, d'équivoque, dans ces expressions de droits ou de devoirs de santé.

Peut-on reprocher à un malade de ne pas avoir fait le nécessaire pour préserver sa santé? De n'avoir pas été suffisamment à l'écoute de son corps, de n'avoir pas fait suffisamment de footing? Va-t-on faire la morale à un patient qui arrive aux urgences dans un état de coma éthylique? Le rappeler à ses devoirs de respect à l'égard de l'ordre public, de respect à l'égard de son corps?

Cela peut passer pour une évidence, mais la philosophie consiste à questionner les évidences, et je voudrais que l'on lise une citation très intéressante de Schopenhauer, philosophe allemand du XIX<sup>e</sup> siècle, qui dit ceci : "Lorsque nous considérons la mauvaise action de quelqu'un, nous le condamnons sur-le-champ, mais, si au lieu de cela, nous envisageons seulement la nécessité qui l'y a poussé, nous lui devenons compatissant".

Cette nécessité qui l'a poussé dans ce désœuvrement, nous pouvons la connaître lorsque nous pénétrons le contexte biographique de cet homme, et ce qui va nous permettre de connaître le contexte, c'est la discussion avec sa famille, avec des proches ou des confrères qui connaissent l'histoire et l'environnement du patient. L'idée d'un "devoir de santé" nous paraît alors incongrue et déplacée : nous pouvons difficilement nous en tenir au jugement moralisateur qui chercherait à culpabiliser le malade au nom de ses devoirs envers lui-même et ses semblables.

L'idée d'un "droit à la santé" n'est pas moins paradoxale que celle d'un "devoir de santé". En effet, si nous tombons malade, nous ne voyons pas auprès de qui nous pourrions faire valoir le droit de recouvrer notre santé. Nous avons un droit d'accès aux soins, à la prise en charge des examens diagnostiques remboursés par la sécurité sociale. Mais il ne vient à l'esprit de personne de revendiquer le droit de ne pas tomber malade. On n'imagine pas non plus d'encourager un de nos proches à lutter contre une maladie grave pour défendre son droit à la santé !

Un soignant a en face de lui un corps qui souffre et non un citoyen abstrait, soucieux de faire valoir ses droits. Voir dans le malade un adversaire potentiel qui pourrait brandir son droit à la santé, ce serait détruire la qualité de la relation soignant - soigné. Cette altération de la relation de soin par la peur du contentieux avait été annoncée au lendemain de la loi du 4 mars 2002 qui consolidait les droits du malade. Force est de constater aujourd'hui, avec le recul, que ce scénario d'escalade procédurière ne s'est pas produit, et que le nombre de procès instruits à l'encontre des médecins demeure très limité.

Il existe des cas particuliers, plus que par les temps passés sans doute, mais en règle générale, les malades n'ont pas pris l'habitude de faire valoir leur droit à la santé devant un tribunal. Une fois la colère apaisée, les malades perçoivent ce que leur pathologie doit à la malchance, à un hasard malencontreux ou au vieillissement naturel de l'organisme.

Bien sûr, on a vu des malades porter plainte contre les responsables de certains produits hautement toxiques, tels que le tabac. Mais le cas reste isolé et l'opinion publique demeure globalement mitigée vis-à-vis de ce genre de recours en justice. Chacun sait bien que l'intention des fabricants de tabac n'est pas de nuire à la santé des personnes, mais de tirer profit de leur consommation tabagique. Les fabricants et les débitants de tabac se réjouiraient de pouvoir commercialiser une cigarette inoffensive voire bénéfique à la santé, vers laquelle la foule ne manquerait pas de

se ruer si les experts avaient démontré sa compatibilité avec la protection de la santé. C'est l'argent des consommateurs de tabac qui les intéresse. Leur maladie, liée au tabac, elle, ne les intéresse pas. Au contraire, ces maladies leur font perdre des clients lorsque ces consommateurs tombent malades et cessent de fumer, soit volontairement, soit par la force des choses.

Ceci revient à dire qu'on ne peut faire valoir un "*droit à la santé*" qu'à l'encontre de ceux qui veulent délibérément y nuire. La vente de tabac ou d'alcool ne peut être forcée ni par chantage, ni par persuasion ni par aucune incitation coercitive. Un particulier qui porte plainte contre Marlboro ou Mac Donald's est généralement raillé, montré du doigt pour ses ambitions lucratives mal dissimulées. Il ne pouvait pas ignorer que le tabac ou le hamburger à haute dose nuit à la santé. Nul n'arrive à croire sérieusement qu'on l'a forcé à porter une cigarette à ses lèvres comme si on l'avait gavé au moyen d'un entonnoir. C'est la raison pour laquelle, contre ce prétendu "*droit à la santé*", l'opinion publique est tentée de faire valoir le devoir de protéger sa santé.

D'une manière générale, nous sommes plus spontanément enclins à nous reconnaître un devoir de respecter notre corps qu'un droit à ne pas être malade.

Mais si santé n'est pas un droit, comment rendre compte du fait que la maladie puisse être vécue comme une injustice ? Quand un homme apprend qu'il est atteint d'un cancer, d'une maladie génétique ou neuro-dégénérative, il trouve dépourvu de sens le fait que cette maladie soit venue fondre sur lui. Il commence par se demander pourquoi cette calamité lui arrive à lui. Pourquoi d'autres plus âgés ou moins valeureux que lui ne sont pas frappés par cette maladie à sa place.

Une personne qui se découvre atteinte par une maladie grave n'est pas déstituée d'un "*droit à la santé*" et ne s'estime pas privée de l'exercice de ce droit. Même si elle parle d'injustice, elle perçoit en son for intérieur une nuance entre l'injustice des hommes et l'injustice de la nature. C'est seulement par métaphore que nous parlons d'injustice à propos d'une maladie. La nature, en effet, ne nous avait rien promis au départ. La nature ne nous a pas davantage promis la santé qu'elle ne nous a promis la beauté physique. Contre une grippe qui nous frappe la veille d'un examen ou d'un entretien décisif pour la suite de notre carrière, nous ne pouvons pas faire valoir notre droit à la santé auprès d'un bureau des réclamations.

La nature n'a pas d'intention, elle n'est ni Dieu ni le diable. Nous pouvons chercher des suspects auprès de notre entourage pour savoir lequel d'entre nos proches a

bien pu nous transmettre ce virus qui anéantit nos forces au plus mauvais moment. Mais, en nous raisonnant, nous prenons conscience que même le coupable pressenti n'a probablement pas eu l'intention de nous transmettre la maladie virale qui nous accable.

En soi, la santé n'est pas un droit parce que la maladie n'est pas une injustice. Il n'y a aucune "*injustice*" dans la mesure où par "*injustice*" il faut entendre un mal commis par une personne à l'égard d'autrui. Comme l'a écrit, il y a fort longtemps, Aristote, "*on ne peut pas être victime d'une injustice s'il n'y a personne pour vous la faire subir*"<sup>(1)</sup>.

Comment comprendre alors le sentiment d'injustice qui habite celui qui est frappé d'une pathologie incurable et létale ? Le malade pensera qu'il ne méritait pas cela au regard de ce qu'il a eu à endurer dans sa vie : des épreuves, des deuils, des moments de fatigue, des lassitudes surmontées ou l'ingratitude d'un labeur quotidien. Il se sentira privé non pas d'un "*droit à la santé*" mais de la possibilité de prouver sa valeur aux autres. Il ne peut plus leur montrer ce dont il est capable. Le patient qui se découvre atteint d'un cancer par exemple, est brisé dans son élan, son histoire se trouve interrompue. Il trouve alors que face au sens qu'il s'est toujours efforcé d'introduire dans sa vie, ce coup du sort n'est pas justifié. La perte de sa santé va à contre-courant de l'orientation qu'il a imprimée au cours de son existence. Il a l'impression d'une trahison de Dieu ou d'une indifférence du destin au regard de ses projets personnels.

## Conclusion

Plutôt que la perte d'un droit, la perte de la santé apparaît au malade comme la réduction de ses possibilités d'inventivité et d'adaptation au monde. Quand le monde change, que des événements imprévus s'y produisent, il n'arrive plus à s'adapter comme il y parvenait auparavant. C'est le sens du concept de santé que nous a laissé Canguilhem : le sentiment vécu par le sujet d'un amenuisement de ses possibilités intérieures d'adaptation au milieu extérieur. "*La maladie réduit la marge de tolérance des variations du milieu qui deviennent alors insupportables pour le sujet malade*".

C'est la raison pour laquelle ce philosophe a insisté sur le rôle de la subjectivité dans la définition de la santé. L'hypertendu qu'on a ramené à une tension normale est

désormais en bonne santé du point de vue extérieur, objectif et rationnel. Mais si lui-même se sent plus limité dans ses possibilités qu'il ne l'était jadis, peut-on dire qu'il a réellement recouvré la santé ?

Ce n'est pas une question de droit ou de devoir. C'est une question de rapport au passé et de réduction de perspectives par rapport à l'avenir, donc une question de temporalité. C'est au regard de l'histoire du sujet, de ce qu'il pouvait faire auparavant, de ce qu'il aurait pu faire dans l'avenir que s'évalue la santé.

Le corps médical n'a donc pas à respecter un droit à la santé chez le malade mais plutôt à faire droit à l'exigence de justice qui transparaît sur son visage. Quand un soignant n'a pas une attitude ajustée aux attentes légitimes des personnes malades, qu'il ne trouve pas le ton juste pour lui adresser la parole, quand il n'a pas pris au sérieux ce sentiment d'être réduit dans ses possibilités d'inventivité et d'adaptation au monde, on peut dire qu'il n'a pas été juste. Il n'a pas été juste non pas parce qu'il n'a pas respecté les droits du patient mais parce qu'il n'a pas eu une attitude ajustée au contexte existentiel dans lequel est plongé celui qui souffre.

## Questions de la salle

### *Chantal Lapostolle-Dangréaux*

Nous rencontrons sur le terrain de nombreuses personnes, tellement soucieuses de l'autre, en particulier lorsqu'il s'agit de populations défavorisées, pour qui le droit à la santé équivaut à l'obligation de se soigner. Alors qu'aucun être libre n'est obligé de se soigner !

### *Pierre Le Coz*

Le Comité consultatif national d'éthique, auquel je participe, a rendu un avis sur le refus de soins (avis 87 de 2005). Il rappelle effectivement que l'idée même de consentement aux soins, tellement importante dans notre culture éthique, n'a de sens que si nous avons la possibilité de refuser le soin. Qui dit consentement dit également droit de refuser. Mais ce n'est pas simple.

Après la loi du 4 mars 2002 de Bernard Kouchner, qui allait dans le sens d'un renforcement de la protection des droits des personnes, beaucoup ont pensé que c'était la fin de la relation médecin-malade, parce que les médecins allaient percevoir dans le patient un potentiel ennemi susceptible de le traîner devant un tribunal ! Or ce scénario catastrophe ne s'est pas produit.

### *Dr Didier Febvrel, Ville de Marseille*

Si l'on revient à des concepts de promotion de la santé, le droit à la santé signifie aussi le droit à avoir des déterminants de santé, sociaux, économiques etc. qui soient favorables à la santé.

Cela préoccupe largement par exemple les collectivités territoriales dans l'application de politiques de prévention. Comment intégrez-vous cela dans votre raisonnement ?

### *Pierre Le Coz*

Cette expression de "*droit à la santé*" n'a en fait aucun sens en elle-même, puisque la santé est un fait plus qu'un droit.

La Nature ne nous a rien promis. Ni la santé, ni la beauté physique.

Mais depuis quelques décennies, toute une série de catastrophes sanitaires, comme la transmission du virus du sida chez les hémophiles, la maladie de la vache folle, les hormones de croissance, la pollution, les conditions environnementales... ont détruit la santé des individus, et cette expression a fini par avoir une pertinence sémantique.

### *Dr Claude Terral, Montpellier*

Quand vous parlez de droit et de devoir à la santé, parlez-vous bien de "*santé*" ou s'agit-il plutôt de "*soins*".

### *Pierre Le Coz*

Je crois que les campagnes de santé publique ne peuvent s'en tenir qu'à une vision négative et classique de la santé, qui est l'absence d'infirmité, de maladie etc.

Je suis personnellement favorable à ce que la santé publique se limite à l'absence de maladie et qu'elle ne vise pas les dimensions existentielles et subjectives.

---

<sup>(1)</sup> Aristote, *Ethique à Nicomaque*, GF, Flammarion, Paris, 1992, p. 159.

## Table-ronde n°1 : Questions éthiques et éducation pour la santé

### Ethique et santé,

*Pr Jean-Robert Harlé, Vice-Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, Chef de service de médecine interne à l'Hôpital de la Conception, Marseille*

L'éthique est un sujet qui préoccupe la Faculté de Médecine de Marseille, à tel point qu'a été créé il y a quelques années un cycle d'enseignement de l'éthique médicale, destiné à tous les étudiants de médecine ainsi qu'aux soignants des hôpitaux et des réseaux de soins.

Le thème "*éthique et santé*" me paraît très important à aborder dans le domaine de la formation des étudiants, et de façon très régulière aujourd'hui, nous intervenons dans différents cursus.

### Quelques définitions

- L'éthique peut être définie comme la recherche des règles de vie, bonnes pour soi et pour autrui ; il est alors incontournable de parler d'éthique dans un monde où les protagonistes de la santé vont intervenir auprès de publics.
- L'éthique en amont de la morale, qui rassemble des normes.  
Certains auteurs différencient la morale et l'éthique. La morale est le lieu de la réunion des normes. L'éthique est en amont, il s'agit du lieu où l'on est en droit et en devoir de discuter des normes, alors que la morale est plus figée, puisque c'est sur la morale que vont s'établir les réglementations, les déontologies...
- L'éthique appliquée : elle peut être considérée comme l'aptitude à discerner la droite règle à suivre dans les circonstances difficiles de l'action. Cela signifie qu'un grand nombre de nos décisions ne relève pas d'une discussion éthique, mais que nous rencontrons dans certaines activités, en particulier dans les décisions de santé, des moments de tension dans lesquels peuvent s'appliquer des règles de discussion, d'éthique appliquée.

### Un consensus autour de l'éthique

L'éthique est nécessaire, utile... mais aussi peut-être une caution morale ?

Implicite, l'ensemble des acteurs du domaine médical est d'accord pour appliquer des démarches éthiques. Les médecins, au terme de leurs études, prononcent le serment d'Hippocrate, qui énonce l'un des éléments majeurs de la discussion pour l'action dans le domaine du soin : *primum non nocere* (d'abord ne pas nuire).

Pour autant, on sait pertinemment que ce consensus, datant de cinq siècles avant Jésus Christ, a parfois été terriblement oublié. L'histoire du XX<sup>e</sup> siècle ne manque pas d'exemples atroces où les principes de l'éthique dans le soin et la santé n'ont pas été respectés.

Dans le domaine du soin, en réanimation, vis-à-vis des mourants, des personnes vulnérables, des nouveau-nés, des cancéreux... on renouvelle régulièrement une sorte d'obligation de justifier de principes éthiques. Dans les domaines de la prospective et du progrès également, on est amené à aborder les nanotechnologies, la génomique, la thérapie du futur... et l'éthique.

Je me pose régulièrement la question de savoir si cette démarche éthique, à force d'être implicite, n'est pas galvaudée, sorte de caution morale que l'on cherche à avoir, rassurante, pour continuer.

### L'éthique et la santé publique

En matière de santé publique, la délibération éthique va s'articuler autour de certains points comme l'autonomie, le respect de la vie privée, la promotion de la vie en bonne santé, la défense du bien commun.

Dans le domaine de la vaccination par exemple, il existe une injonction de se vacciner, mais l'individu doit rester maître de cette injonction et décider par lui-même s'il le fait ou pas. Chaque année, dans mon service hospitalier, la question de savoir si les soignants doivent se faire vacciner contre la grippe ou pas est discutée. Alors que le soignant doit le faire, d'une part pour ne pas tomber malade lui-même, mais d'autre part pour ne pas être contaminant pour les malades (grippe nosocomiale) !

Des valeurs peuvent s'opposer, certains estimant que décider de leur santé relève de leur propre responsabilité.

Prenons l'exemple de la délivrance d'un message d'éducation pour la santé. Personne ne trouve à redire lorsque ces messages privilégient la cible des adolescents, des seniors, sur des thèmes comme l'alimentation, la vaccination...

Mais lorsque l'on cherche à s'adresser aux "déviant", comme les toxicomanes, les accros au tabac, les alcooliques... il s'agit-là de populations stigmatisables à travers des actions de promotion de la santé. On se heurte alors à l'individualisme, au respect de l'autonomie et à cet idéal de justice qui accompagne la santé publique.

### Les principes de Bauchamp et Childress

Dans le débat éthique, des principes sont proposés par les écoles anglo-saxonnes. Ils fournissent un cadre de discussion utile. Ces principes sont les suivants :

- l'autonomie
- la bienfaisance
- la non-malfaisance
- la justice

### L'éthique et les progrès de la médecine

Je voudrais vous convaincre que l'éthique est utile : c'est autour du débat éthique que se construisent parallèlement des normes.

En France, le Comité consultatif national d'éthique, qui instruit des saisines autour de problématiques, a récemment rendu un avis très ambivalent sur le dépistage néonatal de la surdité.

Avec l'instauration de ce dépistage, certaines populations, et en particulier les sourds-muets, se sont retrouvées dans une espèce de stigmatisation absolue et de non-reconnaissance de leur état, dans la mesure où la personne humaine présentant une surdité pouvait être désignée comme handicapée, ce qui va à l'encontre de leur combat.

A propos de la vaccination BCG également, de nombreux allers retours ont eu lieu à propos de l'abandon ou du maintien du BCG dans le calendrier vaccinal. Le BCG figure finalement toujours dans le calendrier vaccinal mais n'est plus obligatoire, il reste fortement recommandé pour certaines populations.

J'ai abordé la possible stigmatisation de populations cibles que peuvent entraîner les injonctions de santé publique de rester en bonne santé. La santé envahit notre vie entière, en matière d'alimentation, d'exercice physique, de comportement sexuel, de relations interpersonnelles...

Mais on conserve avec le débat éthique la possibilité d'une surveillance vigilante dans l'utilisation de techniques nouvelles :

- en matière de communication par exemple, avec le débat sur l'informatisation du dossier patient par exemple, actuellement au point mort pour des raisons qui relèvent de questions éthiques
- en matière de thérapeutique : en biothérapie, ou dans l'utilisation de matériel génétique, nous devons être particulièrement vigilants
- dans la traque des détournements flagrants de la loi, qu'il s'agisse des greffes ou des essais thérapeutiques : l'industrie pharmaceutique par exemple, lorsqu'elle rencontre des difficultés en France à faire tel ou tel essai thérapeutique, ne se g ne pas pour aller l'effectuer en Europe de l'Est ou en Afrique !

### Ethique et santé

La santé me paraît une norme en perpétuelle précision, productrice d'une "nouvelle religion laïque". Dans le domaine de la "bonne santé", il existe des gens tout à fait pour, des ouailles prêtes à suivre les injonctions de santé publique. Et puis il y a les "déviant", qui boivent, fument, ne font pas de sport... Et enfin les intégristes... Une nouvelle religion laïque ne s'est-elle pas bâtie progressivement en France, à partir du début du XX  siècle ?

Je voudrais terminer mon propos en soulignant ces tensions éthiques susceptibles d'être ressenties par chacun, entre le bien pour le plus grand nombre et le respect de l'autonomie, de la liberté individuelle.

Tout en souhaitant la promotion d'une bonne santé pour chacun, cela doit-il passer par la promotion de mesures collectives pour les individus ?

### Questions de la salle

#### Une enseignante à l' cole de puériculture

Que reste-t-il de l'autonomie de la personne face à cette culpabilisation, à toutes ces informations stigmatisantes, injonctions de bien manger, d'être mince, de ne pas boire, de ne pas fumer...

Comment se situer lorsque l'on est enseignant pour rester dans le juste milieu et donner aux étudiants la liberté de se faire leur propre opinion ?

### **Pr Jean-Robert Harlé**

Vous êtes enseignante et les messages positifs que vous essayez de faire passer sont des injonctions à se conformer au bien manger, au bien se comporter. J'ai indiqué qu'il s'agissait de non-respect de l'autonomie de chacun.

Comment expliquer cela à vos étudiants ? Je crois que nous avons aussi le devoir de leur expliquer que le fait de recevoir des gens qui ne participent pas de ces injonctions mérite le respect et la volonté de non-stigmatisation de toute forme de déviance.

Vis-à-vis des étudiants comme des soignants nous devons prôner l'idée que l'autonomie doit être respectée, et qu'il faut respecter les déviants.

### **Dr Claude Terral**

Je suis mal à l'aise avec la notion de déviance. On pense que quelqu'un dévie lorsque l'on a soi-même fixé une norme !

Ne sont-ce pas ceux qui justifient leur profession qui dévient ? C'est tellement plus facile d'accuser le commun des mortels ! Est-ce que la déviance n'est pas également chez celui qui, parce qu'il est spécialiste de la nutrition, va dire "*il faut manger ou pas tel acide aminé ou tel acide gras*" ? Alors que celui d'à côté qui est intéressé par l'alcool va donner d'autres injonctions, le spécialiste du tabac de même...

Ce débat sur les déviations me fait peur et nous devrions nous-mêmes, professionnels, nous interroger sur nos propres déviations.

### **L'éducation pour la santé, au nom de quoi ?**

**Chantal Lapostolle-Dangréaux, coordinatrice des formations  
Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé, Education  
Santé Isère, Grenoble**

Je travaille au sein de la Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la santé en tant que psychologue formatrice, chargée de projets, animatrice de groupes de travail. En 1989, je n'avais jamais entendu parler d'éducation pour la santé. Dans le cadre d'une recherche-action sur le Sida, je me suis rendu compte que la principale démarche était d'aller à la rencontre des personnes, d'entendre ce qu'elles avaient à dire pour pouvoir faire quelque chose avec elles. Et j'espère que vous êtes comme moi convaincus de l'importance de cet "aller vers l'autre".

Dans ma pratique, je me suis nourrie de tous les travaux qui ont pu être menés autour de la question de l'éthique en éducation pour la santé : avec l'ex-CFES ou avec le réseau des comités d'éducation pour la santé, tout particulièrement le réseau Rhône-Alpes, avec lesquels nous avons mené des réflexions du type "de quoi se mêle-t-on lorsque l'on parle de conduite à risque, sans doute pour éviter précisément de parler de "conduite déviante" ?". A l'époque, en effet, on parlait des conduites à risque comme de conduites déviantes, et de nombreuses personnes ont alors aidé à mettre des mots sur ce comportement, cette attitude, et ce qui nous engageait dans une relation d'éducation pour la santé.

Je suis également nourrie des travaux de Philippe Lecorps, qui est dans la salle, et à qui je souhaite rendre hommage. L'un de ses livres nous a aidé à réfléchir sur ce que pourrait être la prévention du Sida, à une époque où peu de choses existaient en éducation à la sexualité, à nous engager à nous positionner nous-même sur le sujet, à mettre des mots sur notre engagement. Merci à lui, je ne cesse de me nourrir de ses articles, de ses ouvrages.

Je rends également hommage à tous ceux qui travaillent dans ce sens dans le réseau français des comités d'éducation pour la santé. Depuis un certain temps, nous travaillons sur l'élaboration d'une culture commune.

Dès qu'il s'agit d'écrire des textes de référence, comme ce fut le cas en région Rhône-Alpes pour le Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), on s'aperçoit combien les mots "responsabilité", "santé", "éducation pour la santé", "démarches

participatives”... ont des sens différents pour chacun et combien il faut prendre le temps de s’accorder là-dessus.

A propos de cette culture commune, je reste persuadée que nous avons à poursuivre la tâche de mettre des mots sur ce que nous faisons et de les ré-interroger sans cesse, et je me situe évidemment dans une position éthique pour pouvoir dire la complexité des démarches que nous mettons en œuvre.

Culture commune ne signifie pas pensée unique, comme on pourrait nous le reprocher ! Il ne s’agit pas d’avoir un langage sectaire, excluant les autres, il s’agit de s’interroger sur la façon dont nous pouvons construire cette culture commune en nous ouvrant toujours aux autres pour la compléter.

L’éducation pour la santé au nom de quoi ? Sans doute au nom d’une certaine idée de la santé, de l’éducation, de l’éducation pour la santé et de ses finalités.

Sans citer de définitions, il convient tout de même de rappeler la vision de la santé que nous avons : il s’agit bien d’une vision globale de la santé, ne relevant pas seulement du secteur sanitaire mais visant le bien-être. Cela ne facilite certes pas les choses pour intervenir, mais il s’agit bien de la santé vécue comme une ressource, et non comme une fin en soi ; on travaille de plus en plus sur la qualité de vie.

A propos de l’éducation, il s’agit de placer le sujet - c’est-à-dire tout interlocuteur avec qui on va travailler - au cœur d’un processus éducatif, où il est l’auteur de sa propre vie ou de son propre apprentissage.

L’éthique est au cœur de l’éducation, qui se donne pour fin la recherche de l’émergence de la liberté, au sens de Philippe Meirieu, l’émergence d’un sujet libre capable de se situer dans ses propres projets, d’effectuer le plus judicieusement possible ses propres choix et de décider en toute indépendance ses propres valeurs.

L’éducation pour la santé se situe dans le cadre de la promotion de la santé, qui est définie dans la charte d’Ottawa. Notre démarche nous engage dans un processus qui confère aux populations le moyen d’assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d’améliorer celle-ci.

Dans ce contexte, nous sommes également amenés à travailler sur tout ce qui peut concerner la personne et son environnement, le milieu qui l’entoure.

La démarche d’éducation pour la santé est complexe. Loin d’être une démarche informative, il s’agit d’un véritable engagement lorsque nous accompagnons un

sujet dans ses trois dimensions, un sujet individuel - désirant et contradictoire - inséré dans sa culture - qui le modèle et le contraint - et politique, collectivement responsable des choix de société qui conditionnent sa qualité de vie (Philippe Lecorps).

Nous avons affaire à des personnes qui peuvent vouloir mais ne pas pouvoir, pour diverses raisons, parce qu’elles ne sont pas maîtres dans leur maison par exemple, parce que des règles et des cultures, véritables colonnes vertébrales, les aident à vivre.

Comment pouvons-nous penser l’éducation pour la santé ?

Comment faire en sorte que l’état de santé de la personne soit maintenu ou amélioré ?

Les démarches d’éducation pour la santé doivent toujours relever de la rencontre.

Les intervenants n’ont pas pour objectif de prêcher la bonne parole sur tel ou tel sujet, mais de venir à la rencontre de personnes. Soit parce qu’on le leur a demandé, et un travail préalable d’analyse de demande et de réflexion sur la problématique a été effectué, afin de sortir d’une simple approche thématique ; et quand on ne leur a rien demandé, il leur est possible de proposer une réflexion sur une problématique de santé désignée comme prioritaire par la santé publique, et de voir comment chacun peut se sentir concerné, individuellement ou collectivement, et comment, de cette histoire-là, chacun peut avancer à sa manière et donner ses propres solutions.

En santé publique, ou dans les démarches traditionnelles biomédicales, on se demande de quelle façon intervenir avec un bon message. Or la démarche d’éducation pour la santé consiste moins à aller chercher le bon message que d’essayer de comprendre ce qui peut être problématique dans une question de prévention ou de promotion de la santé, afin de voir ce que l’autre a à dire, l’inviter à donner son avis, à réfléchir, à parler de ses ressources, et pouvoir se mettre en chemin avec nous pour construire des projets liés à nos propres préoccupations.

Pour mettre en place ce travail d’accompagnement, il faut surtout savoir où l’on en est soi-même, notamment de ses représentations, ne pas les mettre de côté, mais aller à la rencontre de l’autre pour mieux entendre ses propositions et en faire quelque chose.

Passer d’une simple transmission d’information à une médiation, une capacité à pouvoir mettre au travail des personnes ensemble, à partir de savoirs médicaux, est particulièrement important dans la relation éducative du patient, mais également pour tout message ou toute injonction.

Voici un exemple qui illustre le fait d'être porté par des valeurs humanistes de liberté, de citoyenneté, de respect de soi et de responsabilité.

A l'occasion d'une formation, nous proposons comme d'habitude une démarche qui respectait cette idée d'aller à la rencontre de l'autre avec un projet et demandait sans cesse l'adhésion du groupe avec lequel nous travaillons.

Après avoir défini le programme d'un module de formation d'éducation à la sexualité de quatre jours pour de futurs éducateurs, après avoir insisté sur le fait qu'il ne s'agissait pas seulement d'un cours de biologie sur le corps humain et la reproduction, mais qu'il fallait prendre en compte les dimensions physique, mentale et sociale, ainsi que les préoccupations de l'amour, du rapport aux autres, de respect des valeurs de chacun... une des participantes s'est levée pour exprimer sa gêne et son inconfort. Elle a révélé son incapacité à faire de l'éducation pour la sexualité en raison de sa représentation de la reproduction, de la contraception...

La contraception étant pour elle trop proche de l'avortement.

Je me rappelle les réactions de certains membres du groupe, très surpris, se demandant ce qu'on allait pouvoir faire.

C'est ici qu'entre en jeu la question éthique. Nous ne pouvions pas lui répondre que cela n'était pas grave et qu'elle pourrait intervenir quand même ! Elle avait envie de faire quelque chose mais était enfermée dans ses valeurs et dans sa culture. En travaillant sur ce moment, nous l'avons reconnue dans sa difficulté, nous avons réaffirmé qu'on ne pouvait pas intervenir sans les valeurs de l'autre.

Or il se trouve qu'un an plus tard, lorsque nous sommes revenus travailler sur les effets que peut produire une formation, cette personne, qui se disait dans l'impossibilité de pouvoir parler de contraception, se demandait comment adresser une jeune élève enceinte à un centre de planification.

Que s'était-il passé ? Elle a pu nous dire combien il lui avait été important d'être reconnue, de voir notre intérêt pour ce qu'elle disait, les questions qu'elle se posait, la honte qu'elle pouvait ressentir d'être différente. Elle avait pu faire cette expérience d'être entendue, de parler sans avoir peur d'être jugée.

Voici un autre exemple où la question éthique s'est révélée très forte, lors d'une intervention auprès d'un groupe de professionnels de ce qui ne s'appelait pas encore la Protection judiciaire de la jeunesse.

Alors que j'évoquais nos principes d'intervention, de la responsabilité, de l'autonomie de l'individu etc., l'un des participants m'a brusquement stoppée pour dire qu'il était impossible de parler d'éducation à la sexualité avec le public de la PJJ "*car nos jeunes en sont incapables*". Il a été alors nécessaire à la fois d'aller à la

rencontre de cette personne pour qu'elle exprime sa façon d'exercer son métier, et pour moi de continuer à affirmer les principes de l'éducation et de la promotion de la santé. Dans une démarche éducative, la personne en face de nous est toujours en capacité d'évoluer, de travailler, d'advenir à elle-même.

Je me demande fréquemment, lors d'interventions d'analyse de pratiques, de formations, ou de conseil méthodologique, en écoutant les projets éducatifs des acteurs de terrain, s'il n'existe pas encore cette position de celui qui sait et de l'autre qui est incapable.

Il existe pourtant un presque rien mais qui pourtant nous porte, nous anime, nous engage, lorsque nous prenons le risque d'entrer en relation dans une rencontre éducative.

## Table-ronde n°2 : L'éducation pour la santé, au carrefour de plusieurs points de vue éthiques

### L'éducation pour la santé, au carrefour de plusieurs points de vue éthiques, Pr Antoine Lazarus, professeur de santé publique, Université Paris XIII

Professeur de médecine, j'enseigne la santé publique et la médecine sociale à Bobigny, en Seine Saint-Denis, à l'hôpital Avicenne qui s'appelait autrefois l'hôpital franco-musulman. Je suis également Président du CoDES de Seine Saint-Denis, et ai été désigné par les CoDES d'Ile-de-France comme leur représentant à la Conférence régionale de santé.

Nous avons aujourd'hui pris l'habitude de faire référence aux sciences humaines lorsque nous évoquons la santé ou la santé publique, mais lors des événements de Mai 68, à la Faculté de médecine de Paris, j'ai dû organiser une conférence de presse pour proposer l'introduction des sciences humaines en médecine.

L'utilisation de l'éthique s'est imposée peu à peu. Il n'y a qu'une dizaine d'années que l'on propose aux étudiants un enseignement intitulé "*Histoire et méthodes des sciences et de la médecine*", l'histoire de l'application des savoirs de la biologie au champ de la santé.

Cet enseignement montre comment on cherche à organiser la société pour la meilleure santé de la population, et qu'en organisant la société on doit lutter contre les facteurs de risque pour un bien supérieur qu'est la santé. Si l'on ne sait pas comment cela s'est installé peu à peu, pour devenir un objectif en soi, largement porté par les progressistes et par la gauche dans les années d'entre-deux guerres, sans cette dimension historique, on ne peut pas comprendre où se situe l'enjeu éthique.

#### L'éducation pour la santé, au carrefour de plusieurs points de vue éthique.

Si l'on garde l'image du carrefour, il s'agit d'un carrefour très encombré ! Entrer dans le carrefour éthique, mais pour aller où ? Pour y rester ou pour en

sortir, et dans quelle direction ? Pour y rester afin de le dominer, de devenir le maître du carrefour, l'agent de ville, qui fait circuler certains, en arrête d'autres, met des contraventions etc. ?

Si l'on prend l'éducation pour la santé comme image du carrefour, on y trouve l'idée de "*éduquer*", qui a à voir avec la norme, l'autorité, la correction de quelque chose de distordu par rapport à quelque chose de mieux ; celui qui corrige sait ce qui est bon, c'est l'idée de "*prescrire*", de l'exercice du pouvoir.

Je vous renvoie à l'un de mes textes, intitulé "*l'éducation pour la santé comme exercice du pouvoir*"<sup>(1)</sup>. Il se trouve dans le dossier documentaire qui vous a été distribué.

De quel type de pouvoir s'agit-il ?

Si l'on se situe dans l'empathie et la gentillesse, lorsque l'on est capable d'empathie pédagogique, on se trouve alors dans un pouvoir susceptible de s'inscrire comme discours de la société, financé par les pouvoirs publics... On ne voit pas comment l'espace privé dans lequel nous nous adressons à des personnes est un espace en même temps politique, idéologique (de bonnes idées par rapport à d'autres, des idées qui organisent la règle et les comportements des gens), un espace d'emprise, non seulement sur les personnes en tant que groupe mais également sur les personnes privées.

Dans le cas d'un entretien, par exemple, il s'agit bien d'un face-à-face avec quelqu'un, durant lequel ce qui vient de soi doit transformer l'autre ; les autres m'apportent, certes, mais pour me donner encore plus la capacité d'agir sur eux, les moyens d'exercer le bon pouvoir sur eux.

Quelles voies peuvent partir de ce carrefour ? Le politique, l'institutionnel, l'universitaire, le professionnel de terrain, le groupe de population...

Il y a tout d'abord ce que j'appellerais **l'histoire des origines**, pour ne pas dire **les relations avec les croyances**.

Dans logique positiviste, on imagine qu'en expliquant aux gens ce qui est bon pour eux, ils vont le faire. Or ce n'est pas vrai ! Les médecins savent très bien qu'en matière d'observance par exemple les patients ne les croient pas toujours et ne suivent pas toujours leur traitement.

Cela a à voir avec les cultures, la représentation des origines, les croyances avec le monde invisible. Le fait d'être en bonne santé dépend-il de moi, est-ce écrit quelque part ?

Cela réserve parfois de drôles de surprises.

Je pense à des travaux réalisés il y a longtemps avec une sociologue/anthropologue, sur une population de Lapons, ouvriers d'usines en URSS qui croyaient en la réincarnation. A chaque naissance, ces derniers puisaient dans un stock d'âmes et en attribuaient une à l'enfant. Comme la population augmentait, un beau jour ils eurent plus de naissances que de morts, et les âmes se sont mises à manquer. Ils ont donc adopté les morts de la commune de Paris !

Dans cette population, le problème de santé classique que représentait la noyade, notamment celle des adolescents, était complexe. Pour nous, il s'agit d'un drame affreux. Alors que pour eux, celui qui se noie est emporté par le génie de l'eau, un génie positif, ce qui va lui permettre d'être réincarné dans une forme supérieure d'avant la noyade.

Si je sauve quelqu'un de la noyade, je le prive donc d'un destin de meilleure qualité ! Au premier abord, il nous paraît évident de devoir porter secours. L'instant d'après, ce n'est plus si simple. Lorsque des gens croient à un au-delà positif - comme dans le modèle chrétien, où plus on a souffert, plus on sera récompensé dans l'au-delà - travaillons-nous à la santé du corps ici et maintenant, ou travaillons-nous au salut ? A noter que dans certaines langues, comme l'Espagnol, le mot "*salud*" signifie à la fois la santé du corps et le salut de l'âme.

Nous parlons rarement de cela et nous nous trouvons donc dans une zone aveugle, extrêmement active et opératoire pour comprendre le comportement de toute une série de personnes, nous y compris.

Autre exemple étonnant, en matière d'environnement : ceux d'entre nous qui se sont promenés dans des pays très pauvres ont pu voir des usines polluantes de façon effroyable, des vallées noires de poussière de charbon... Evidemment c'est affreux ! Ceci étant, pour la population locale qui autrefois crevait de faim, cette usine est une bénédiction, et la pollution n'est qu'un effet secondaire de moindre importance.

L'éducation pour la santé se situe également à un carrefour en matière de **loyauté**. Des conflits de loyauté apparaissent lorsque, par exemple à l'école, il est dit à un enfant, dans le cadre d'un programme de prévention de l'obésité, qu'il ne faut pas manger trop gras ni trop sucré. Nous pensons qu'on lui fait du bien en lui disant cela, mais lorsque l'enfant rentre à la maison où la cuisine traditionnelle et familiale est à base d'aliments sucrés, qui a raison ? L'école ou la culture familiale ? Sans doute les deux. Mais il m'est arrivé très souvent de préférer le cas de l'enfant

qui a des caries mais qui reste en confiance avec son modèle familial, plutôt que celui de l'enfant qui donne raison à l'école, dans un système de conflit de loyauté lisible d'un point de vue psychopathologique. Qu'est-ce qui fait le plus de bien à un enfant : être en confiance avec sa famille, même si celle-ci a de mauvaises habitudes alimentaires, ou bien avoir de bonnes habitudes alimentaires et vivre une enfance et une adolescence en défiance avec cette famille ?

Entre également en jeu **la durée normale d'une vie**.

Nous vivons statistiquement beaucoup plus longtemps que nos parents. Lorsque nous définissons des programmes d'éducation pour la santé, sur quel modèle de vie cela doit-il se faire ? Sur ce que l'on a acquis aujourd'hui, ou sur le modèle des générations passées ?

Ensuite, il y a l'appartenance à une classe sociale. Je pense à un film réalisé dans les années 70 qui s'intitulait, "*La santé, un droit pour tous*". Un jeune homme, plutôt beau, était interviewé dans sa caravane, près d'une décharge. Il présentait un grand trou dans la bouche, il lui manquait une dent. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait "*la dent, ce n'est pas un problème de santé, c'est un problème de femme !*"

Dans sa représentation, la dent avait un sens pour être beau, mais sa principale préoccupation était de trouver du travail et de survivre. Or la meilleure façon de chercher du travail n'est pas de se présenter avec un sourire édenté ou couvert de tatouages ! A tel point qu'à une époque où je travaillais au Ministère des affaires sociales, on avait admis de faire prendre en charge par la Sécurité sociale le détatouage, considéré à l'époque comme une pratique d'insertion sociale et non comme une pratique esthétique.

Les représentations de l'état du corps sont propres à chaque classe sociale. Lorsque nous voulons que le corps des pauvres soit aussi beau que le corps des riches, faisons-nous un travail de type politique ou un travail de type "déli" (nous ne voyons pas qu'il s'agirait de traiter la pauvreté et non seulement de donner des conseils pour se laver les dents !).

Se posent également les questions de **dépassement**.

En éducation pour la santé, il s'agit toujours de dépasser quelque chose, ou de souhaiter que les autres le fassent. Idéalement, il s'agit de dépasser la finitude de la vie.

Si nous étions beaucoup mieux éduqués, les maladies auraient moins de chances d'apparaître, les accidents également, et finalement nous arriverions à une vie qui n'a pas de fin marquée.

Sans oublier la question du dépassement de la soumission de l'esprit à l'inéluctable. Lorsque nous pensons que via le canal de l'éducation pour la santé les gens doivent devenir plus responsables de leur propre vie, plus capables de maîtriser l'environnement... il s'agit d'un projet de prise de pouvoir, pas seulement sur les autres mais sur soi-même, par rapport au désir, aux envies.

Si je suis bien éduqué et que j'ai envie de manger du sucre, ou de rouler très vite, je vais me retenir ; il s'agit de la mise en place d'une discipline rigoureuse de soi, avec une morale disciplinaire, un idéal du bien du corps, idéal de la forme fantasmée ou objective.

J'en arrive maintenant à **la question du modèle de santé**, que nous avons en tête, en tant que collectivité, praticien ou enseignant.

Dans la morale médicale, il existe depuis la nuit des temps le serment d'Hippocrate : je ne vais pas nuire aux gens avec le pouvoir que l'on m'a donné sur eux, je ne vais pas faire ce que je ne sais pas faire, je ne vais pas me servir de mon savoir pour les tuer...

Cette éthique médicale est une sorte d'idéal du bien se conduire par rapport aux autres.

Or elle a failli ! Je pense au procès de Nuremberg qui révéla que des médecins nazis, parfois professeurs d'université, ayant écrit des textes éthiques, s'étaient mis à nuire en utilisant leur savoir médical.

Aux États-Unis également, dès 1904, deux États ont voté le droit à la mise à mort d'enfants nés vivants mais mal-formés. Des stérilisations y ont été faites par dizaines de milliers, des lobotomies... bien avant l'Allemagne nazie qui d'ailleurs fait référence à l'expérience américaine.

Cela a permis de constater que la régulation des médecins par d'autres médecins s'appuyant sur la morale médicale ne fonctionnait pas.

La régulation de l'exercice du pouvoir de la médecine doit être le fait de personnes extérieures à la médecine. Il en est de même, par extension, pour l'application des savoirs médicaux sur la santé de la population en général, c'est-à-dire l'espace de l'éducation pour la santé, et de la santé publique.

Pour la première fois lors du procès de Nuremberg, des médecins ont été jugés pour des pratiques médicales par des non-médecins.

On a ensuite cherché dans la société à s'organiser différemment, d'autant plus qu'apparaissent de nouveaux pouvoirs de la médecine, et notamment les nouvelles fécondations.

La France, en 1983, a été le premier pays à créer un comité consultatif national d'éthique des sciences de la vie et de la santé, destiné à ce que des philosophes, des médecins, des représentants des religions, des groupes politiques, de la société dans son ensemble... émettent des avis.

La question du modèle de santé auquel nous faisons référence doit être posée. Enseignons-nous la santé à l'intérieur d'une modalité de type médical, c'est-à-dire partant des maladies existantes, et empêchant les gens de tomber malades ? Ou bien, comme en matière d'éducation pour la santé auprès du grand public, s'agit-il de faire une politique publique, des réglementations sur le tabac, l'alcool, la vitesse etc. ?

Il faut savoir où l'on se situe, et là-dessus pour ma part je suis assez critique, puisqu'en éducation pour la santé nous sommes essentiellement mandatés pour prévenir des maladies connues et soignables, à travers les comportements particuliers.

Prenons l'exemple de la santé au travail : de qui relève-t-elle ? de l'INPES, des conférences régionales de santé ? Les lombalgies par exemple sont très invalidantes. Des secrétaires sont venues me consulter récemment pour savoir comment acheter des sièges adaptés pour ne pas avoir mal au dos ? Il n'y a pas de réponse et on ne sait vers qui se tourner, alors que les lombalgies sont bien plus fréquentes que les toxicomanies adolescentes...

Nous ne sommes pas ici dans un modèle médical, mais dans un modèle pratique social ordinaire.

Par ailleurs, comment lutte-t-on contre les déterminants sociaux lorsque l'on est éducateur de santé ?

Faut-il éduquer à la mobilisation, en sachant que seul on ne peut agir et qu'il faut une action de groupe pour améliorer la santé ? Faut-il éduquer les uns et les autres à la façon de s'organiser, de devenir une force de pression en matière de pollution, de conditions de travail... ou bien vais-je arriver à infléchir les décisions au titre de la santé ? En tant qu'éducateur pour la santé, ai-je cette marge ?

La souffrance fonctionne bien aujourd'hui. Elle appelle le soin et la compassion, la prise en charge sociale et médico-sociale. Mais tant que nous restons dans cette logique de compassion, qui nous est préférable à celle de la condamnation, nous ne

sommes pas dans la bonne position pour interpellier les déterminants politiques. De plus, comme le disait Aristote *“on ne peut être victime d'une injustice s'il n'y a personne pour vous la faire subir”*. Lorsqu'il arrive quelque chose de terrible à quelqu'un de non-religieux celui-ci se demande *“pourquoi suis-je maudit ?”* Si nous sommes uniquement dans l'espace rationnel, notamment en termes d'éducation et de santé, quand la maladie et la difficulté apparaissent, on va immédiatement évoquer d'autres sources.

Dans de nombreux pays du monde il n'y a pas une seule maladie, catastrophe ou bonheur dont on n'aille pas chercher la cause à l'extérieur. C'est l'extérieur qui vous envoie la maladie, la joie etc. Or dans notre système nous pensons que cela vient de l'intérieur, que la personne le secrète et que c'est de sa faute.

*“On ne peut être victime d'une injustice s'il n'y a personne pour vous la faire subir”*. Sommes-nous là pour corriger ? Pour qu'il y ait un peu plus de justice par l'éducation pour la santé ?

---

<sup>(1)</sup> -Antoine Lazarus, *Éthique, éducation pour la santé et exercice du pouvoir*, in : *Éducation pour la santé et éthique*, Vanves, Éditions CFES, 2001, pp 52-74.

## Prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé par l'éducation pour la santé

### *Claude Bouchet, Directeur de la Fédération Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé*

Le titre de mon intervention est un peu une provocation. Nous vivons dans une période marquée par un fort interventionnisme ambiant, une culture du résultat accéléré. Il me paraît donc sain et éthique de dire qu'il faut peut-être revaloriser le temps de comprendre avant d'agir, car l'action en elle-même ne se suffit pas.

Je dirige une Fédération d'éducation pour la santé, suis un acteur de terrain, confronté à la nécessité de financer une activité de santé publique. Je baigne comme beaucoup d'entre vous dans la culture de la Charte d'Ottawa, problématique transversale et globale par définition, approche d'un ensemble de déterminants (cadre de vie, système de soins, politiques publiques etc.)

Il y a comme un effet de sidération entre l'ampleur du champ de la promotion de la santé et le fait de mener des actions limitées dans le temps et dans l'espace, faiblement reconnues. En effet, la prévention n'est pas portée d'une manière très forte par les pouvoirs publics et l'éducation pour la santé l'est encore moins.

Je serais bien incapable de faire un cours sur les déterminants de santé, mais je peux vous proposer un certain nombre de repères qui m'ont aidé à me questionner dans ma pratique - aujourd'hui longue - autour de quatre univers :

- **le domaine de la santé publique**, auquel on appartient et qui est très structuré, en particulier avec l'épidémiologique
- **le domaine des sciences sociales** : lorsque j'ai débuté en éducation pour la santé, les secrétaires de médecins jouaient le rôle des éducateurs de santé et apportaient la bonne parole dans les écoles ! J'ai vu les choses évoluer ; peu à peu sont arrivés des professionnels issus des champs des sciences humaines, nourris de l'univers des sciences sociales et ceci a été très important pour notre façon de penser les déterminants de santé
- **la question éducative**, au cœur de l'éducation pour la santé
- et enfin les **conditions de notre exercice professionnel**, aujourd'hui dans le cadre des Plans régionaux de santé publique

## La santé publique

La santé publique donne à penser que la santé des populations est différente de celle des individus. Elle travaille sur une immense variabilité et se veut très prudente. En santé publique, corrélation n'est pas causalité, les relations de causalité ne sont définies qu'avec méthode et rigueur.

Je lui rends finalement hommage sur ces aspects-là. Même si parfois l'impérialisme des chiffres me semble horripilant, je reconnais que la production scientifique en santé publique, l'épidémiologie en particulier, nous permet d'enrichir progressivement notre socle de connaissances. C'est l'inverse d'une tendance naturelle au déterminisme et à la causalité, aux relations courtes.

J'ai autrefois entendu des médecins dire : *“Vous fumez, vous aurez un cancer dû au tabac”*. La santé publique permet de prendre des distances. Il s'agit d'autre chose que d'un facteur de risque, du risque individuel couru par une personne. Cela se joue à un autre niveau.

On s'aperçoit également que s'il est légitime de se focaliser sur la partie de la population qui est particulièrement exposée à un problème, l'enjeu consiste aussi à agir sur l'ensemble de la population.

## Les sciences sociales

Les sciences sociales ont été en quelque sorte fondatrices pour les éducateurs de santé d'aujourd'hui.

Face à la question des déterminants, on se trouve devant un univers d'une complexité et d'un savoir scientifique extrêmement diversifiés. Il est très difficile d'y trouver son propre chemin. Nous avons tous une focalisation, due à notre formation d'origine, l'économie, la psychologie etc. qui influence notre manière de voir les choses. Notre objectif consiste à avoir des niveaux de connaissance suffisants, qui nous permettent de mettre en perspective des savoirs.

Prenons l'exemple classique de l'alimentation, sur lequel le champ de l'éducation pour la santé s'implique beaucoup, avec le Programme national nutrition santé notamment. Certains d'entre vous ont présenté la prévention de l'obésité comme l'application de normes, avec une forme de culpabilisation etc. Il s'agit donc de l'inverse de la Charte d'Ottawa qui insiste sur le fait de ne pas blâmer les victimes. Or dans un domaine aussi complexe que la nutrition, des pressions maximales sont en jeu, de tous les niveaux, économique, culturel, familial, biologique, psychologique... Que pouvons-nous faire, nous, modestes acteurs de terrain, dans un univers aussi complexe et déterminé par des grandes forces ? Je pense que nous pouvons essayer de

mieux comprendre, organiser des travaux collectifs, travailler sur des enquêtes, tenter de mieux agir, avec les associations de consommateurs, par exemple, les organismes d'aide alimentaire, les enseignants, les professionnels de la restauration collective etc. Nous pouvons également favoriser les échanges de savoirs et de pratiques, tout en luttant contre la stigmatisation et la dévalorisation.

Il me semble que ces éléments-là sont à notre portée, pour partie. Et les pratiques que nous développons peuvent tenir compte le plus intelligemment et éthiquement possible d'un ensemble de déterminants, dans ce domaine comme dans d'autres.

## L'approche éducative

Ce qui est frappant dans la relation éducative, c'est que l'on doit à la fois connaître le mieux possible les contraintes et les capacités des personnes avec lesquelles on travaille, mais aussi être capable de rester en retrait, de ne pas occuper le terrain avec notre savoir professionnel, de laisser les individus participer. Plus on s'enrichit de connaissances, plus on affine notre perception des personnes, plus on doit être capable de leur laisser la place. C'est l'un des défis de l'éducation pour la santé.

## Les conditions d'exercice professionnel

Aujourd'hui, les acteurs de l'éducation pour la santé agissent sous de fortes contraintes financières, dans le cadre des Plans régionaux de santé publique (PRSP) notamment. Les PRSP nous invitent à travailler sur les déterminants de santé.

Alors finalement, utilisons ces cadres, cela peut être intéressant. Les cadres sont indispensables pour avancer, mais ils sont surtout intéressants si on peut les ouvrir.

Pour nous, responsables de structures d'éducation pour la santé, l'enjeu consiste aujourd'hui à investir ces cadres en étant capables de négocier, notamment par rapport aux exigences d'efficacité que l'on nous demande, sur les changements de comportements par exemple. Il s'agit aussi d'ouvrir ces cadres parce notre mission va au-delà de la réalisation d'actions prévues dans un PRSP, vers des besoins détectés ou perçus à travers notre travail, nos contacts...

Par ailleurs, il me semble que l'éthique dans nos pratiques d'éducation pour la santé est un enjeu collectif. Nous devons parvenir de plus en plus à travailler ensemble, à représenter une force de proposition, de résistance, de contribution collective. J'appelle de mes vœux des formes d'organisations collectives plus structurées dans le champ de l'éducation pour la santé.

## L'éducation pour la santé, élément d'une biopolitique

*Philippe Lecorps, ancien professeur à l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes - Président d'honneur du CRES Bretagne*

Énoncer l'éducation pour la santé comme élément d'une biopolitique dans un colloque "Questions éthiques et éducation pour la santé" impose au préalable de s'interroger sur la question de l'homme. Est-il un produit de nature totalement prévisible lorsqu'on aura déchiffré ses composantes génétiques par exemple, et donc sans liberté ni responsabilité ? En effet, si tout était déterminé par la génétique, il n'y aurait pas de choix et donc pas d'éthique possible. En revanche, la question est tout autre si l'on accepte de penser l'homme dans sa dimension d'"animal dénaturé"<sup>(1)</sup> se construisant dans un environnement. Cette opposition étant posée, on en tirera les interrogations d'un rapport à la santé structuré dans une biopolitique dont l'éducation serait un instrument.

### La question génétique

Sous les habits modernes du développement de la génétique et plus spécifiquement du décryptage du génome humain, réapparaît le vieux débat de l'attribution des comportements entre l'inné et l'acquis. Comme si cette séparation avait un sens. On pourrait ainsi renvoyer à l'inné par exemple les conduites humaines incompréhensibles, inacceptables, voire criminelles. Rappelez-vous cette affirmation célèbre : "J'inclinerais, pour ma part à penser qu'on naît pédophile, et c'est d'ailleurs un problème que nous ne sachions pas soigner cette pathologie. Il y a 1200 ou 1300 jeunes qui se suicident en France chaque année, ce n'est pas parce que leurs parents s'en sont mal occupés ! Mais parce que génétiquement, ils avaient une fragilité, une douleur préalable. Prenez les fumeurs : certains développent un cancer, d'autres non. Les premiers ont une faiblesse physiologique héréditaire. Les circonstances ne font pas tout, la part de l'inné est immense."<sup>(2)</sup>

En réponse, les experts rappellent quelques points : bien sûr il existe des gènes de *susceptibilité* dont la présence favorise les probabilités de développer telle ou telle pathologie. Pour autant, "les gènes ne peuvent pas être dissociés de l'environnement et ne déterminent rien en dehors d'un environnement [...] De par sa constitution génétique, un individu qui produit beaucoup de testostérone

deviendra ici un grand sportif, là un délinquant violent et là un obsédé sexuel."<sup>(3)</sup> Et pour conclure, cette affirmation d'Axel Kahn, le généticien : "Il n'y a pas de gène d'un destin malheureux"<sup>(4)</sup>. Nous voilà rassurés. Pour autant, la question reste ouverte de l'origine et de l'orientation de cette possible liberté de l'homme.

### La néoténie de l'homme

L'homme est libre parce qu'il naît néotène. Cette découverte du début du vingtième siècle<sup>(5)</sup> décrit l'homme comme un être prématuré à la naissance, incapable d'atteindre son développement germinal complet. Cet animal, non fini, à la différence des autres animaux doit se parachever, dans une "seconde nature", généralement appelée culture. C'est en ce sens que Melman parle de l'homme comme un "animal dénaturé". C'est sur le constat de son inachèvement que se fonde la possibilité et la nécessité de son éducation. Cette opposition, instinct pour l'animal et raison pour l'homme, justifie pour Kant la possibilité et la nécessité de l'éducation conçue comme une transmission généalogique : "Un animal est par son instinct même tout ce qu'il peut être; une raison étrangère a pris d'avance pour lui tous les soins indispensables. Mais l'homme a besoin de sa propre raison. Il n'a pas d'instinct et il faut qu'il se fasse à lui-même son plan de conduite. Mais comme il n'en est pas immédiatement capable, et qu'il arrive dans le monde à l'état sauvage il a besoin du secours des autres. L'espèce humaine est obligée de tirer peu à peu d'elle-même par ses propres efforts toutes les qualités naturelles qui appartiennent à l'humanité. Une génération fait l'éducation de l'autre."<sup>(6)</sup>

Ainsi, ayant échappé à la stricte détermination génétique, c'est-à-dire à la dictature du code des ancêtres, le néotène se trouve contraint d'écrire la loi du monde. Il va créer des sons, acquérir le langage, habiter sa peau, la vêtir, jouer avec son sexe en découplant la sexualité de la reproduction, le cerveau va réguler la main, permettre la création des "objets intermédiaires pour lui permettre d'habiter ce monde"<sup>(7)</sup>. Pour Dany-Robert Dufour, l'homme non fini à la naissance est un être d'une très grande plasticité capable de s'adapter aux situations diverses.

### Qui donne le sens à l'éducation ?

La question suivante est celle de l'orientation de ces apprentissages d'où viendra le sens, la direction légitime ? Les dieux y ont contribué, puis la raison s'y est essayée. Les Lumières ont défini les principes moraux, tel l'impératif catégorique de Kant,

dont une des formulations est la suivante : “*Agis de telle sorte que tu puisses également vouloir que ta maxime devienne une loi universelle.*”

Hans Jonas<sup>(8)</sup> témoin de son temps et conscient des effets potentiels des nouveaux pouvoirs de l’homme concernant la nature et la vie même, ajoute à cet impératif Kantien un nouvel impératif : “Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d’une vie authentiquement humaine sur terre”.

Ces principes altruistes fondaient la possibilité du “vivre ensemble”. La question sur laquelle nous ne nous attarderons pas est celle de leur survie aujourd’hui. Dans ces temps de “désenchantement du monde”<sup>(9)</sup>, la domination idéologique et politique néolibérale prône la liberté, et nous ne pouvons que nous en réjouir. En revanche, cette liberté singulière et collective apparaît sans frein symbolique pour en réguler les effets. La loi du marché oblige chacun à défendre à mort ses intérêts privés, et l’addition servirait comme par miracle l’intérêt général. Qui peut croire à ces fariboles ? Pour autant, c’est la nouvelle religion du marché qui légitime, tant dans l’économie matérielle que dans l’économie psychique, l’exercice sans contrôle des passions et des pulsions.

### La santé de l’homme et la biopolitique

Le concept de *biopolitique* proposé par Michel Foucault rend compte des divers appareils de pouvoir qui “ont à prendre en charge les “corps”, [...] pour les aider, au besoin les contraindre, à garantir leur santé. L’impératif de santé : devoir de chacun et objectif général”<sup>(10)</sup>

Cependant, “le prix à payer de la soumission à cet impératif de santé est lourd, puisqu’il ne s’agit rien moins que de renoncer à la liberté individuelle et à toute intimité pour n’être que le sujet - assujetti - du groupe”<sup>(11)</sup>

On peut décrire deux lignes distinctes de ce pouvoir moderne sur la vie. L’une, anatomo-politique qui traite le corps humain comme machine, l’autre comme “biopolitique de la population”, qui s’intéresse au corps humain comme espèce.<sup>(12)</sup> Foucault présente ce biopouvoir, sous cette double forme de contrôle de l’individu et de l’espèce, comme “élément indispensable au développement du capitalisme.”<sup>(13)</sup> Celui-ci n’a pu être assuré continue-t-il : “qu’au prix de l’insertion contrôlée des corps dans l’appareil de production et moyennant un ajustement des phénomènes de population aux processus économiques.”

La biopolitique s’accompagne d’une “thanatopolitique”. Sur ce terrain, le “souverain” agit de plus en plus en symbiose avec le médecin, le juriste, le savant,

l’expert, le religieux, voire même le militant, pour élaborer la définition normative des critères de la vie et de la mort. Comme l’écrit Agamben, “la vie et la mort ne sont pas proprement des concepts scientifiques, mais des concepts politiques qui, comme tels, n’acquiescent une signification précise qu’à travers une décision.”<sup>(14)</sup> En témoignent les débats récurrents, dans nos démocraties occidentales, sur le statut de l’embryon ou le droit à l’euthanasie.

### La biopolitique et la santé publique

Les champs d’action recouverts par la santé publique représentent l’un des maillons de ce biopouvoir. Lorsqu’elle s’adresse à nous, la santé publique utilise, selon l’expression de Jean de Kervasdoué, une “sémantique macabre”<sup>(15)</sup> qui puise sa légitimité sur des études épidémiologiques reliant des faits, des conduites, aux risques de pathologie et de mort. Pour autant, on n’insiste jamais assez sur le fait que “les facteurs de risque” (fumer, boire, conduire une automobile, trop manger...) ne sont pas des “causes de décès”; entre les uns et les autres il y a le temps, la maladie et la (mal)chance<sup>(16)</sup>. Cependant, la santé publique fait comme si ces données statistiques s’appliquaient au sujet singulier et assoit sur ces études probabilistes les normes comportementales qui vont s’imposer à chacun comme des absolus moraux exigeant compliance et soumission.

Le risque, qu’il soit probable, réel ou non, devient le ressort, au moyen duquel le biopouvoir quadrille la vie. Sous prétexte de prévention, les instances spécialisées, dont les éducateurs en santé, vont décliner des protocoles et édicter les façons de manger, boire, respirer, marcher, se divertir, envahissant peu à peu tous les compartiments de la vie.

Rien ne nous est épargné des effets de la consommation des boissons alcoolisées sur la survenue de cancers, des affections digestives, des maladies cardio-vasculaires. Mais rien ne nous est dit des effets positifs paradoxaux de ces conduites décriées. “Notre vie ressemble à une histoire clinique, à une histoire d’évitement de la maladie et de guérison à tout prix [...] Nous devons éviter un maximum de dangers, à tel point qu’on peut se demander si, dans la poursuite de ce fantasme consistant à “mourir en bonne santé”, il y aura une place pour une vie...”<sup>(17)</sup>

### L’éducation pour la santé, élément d’une biopolitique

Pour éviter d’être malade, nous acceptons une somme étonnante d’interdits. Dans le cadre du biopouvoir, la défense de la dimension biologique de la vie fonde la réorganisation nécessaire des façons de vivre. C’est la défense de la dimension

biologique de la vie qui prend le pas sur la qualité de la vie. On peut se demander ce qui justifie tant de discipline.

La justification repose sur la possibilité de diminution des “morts évitables”. Il suffirait nous dit-on d’une transformation des comportements individuels, liés à la consommation de tabac, d’alcool, et de stupéfiants, à une conduite motorisée débridée, aux jeux sexuels dangereux, etc. pour éviter les cancers du poumon, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, l’alcoolisme, les accidents de la circulation, les suicides et le sida. Le message est très fort : on pourrait maîtriser les “morts évitables” en changeant nos comportements qui concernent les trois-quarts de cette catégorie de décès, du moins pour les hommes. Est-ce si simple ? Miguel Benasayag, dans son récent ouvrage, “La santé à tout prix, médecine et biopouvoir”, proteste contre cette façon de s’en prendre aux individus et à leurs comportements, au lieu d’investiguer l’ensemble du territoire où ces questions se construisent. “Pour ce qui est [...] du risque du cancer, il est clair aujourd’hui que la responsabilisation des individus quant au risque de maladie (fumer tue, boire tue, manger gras tue, ne pas manger assez de légumes tue, manger des légumes traités tue...[...]) est en partie abusive : ne sait-on pas que les causes environnementales sont largement responsables de l’augmentation des cancers ?”<sup>(18)</sup>

Alors que la question des cancers implique l’urbanisme, les politiques sociales, les modes de production industrielle, la place de la chimie dans nos vies quotidiennes etc. c’est à la conduite singulière de l’individu qu’on s’en prend. Les campagnes de prévention, la mise à disposition des tests de surveillance, les protocoles de soins formatent de plus en plus l’opinion. Le biopouvoir modélise les conduites acceptables et insinue peu à peu que la non-soumission à ses normes aura des conséquences, la maladie peut-être, le coût des prises en charge, la responsabilité envers la société que l’insoumission met en danger.

### L’éthique en éducation pour la santé

Pour le biopouvoir, l’éducation pour la santé ne se réduit-elle pas à l’asservissement, à la propagande, à un dressage dont l’objectif est de faire appliquer les consignes des experts ? Le fumeur ne peut que désirer arrêter de fumer, l’obèse ne peut que désirer maigrir, l’anorexique vouloir se remplumer, le sédentaire vouloir faire du sport ? En revanche, prendre au sérieux l’éducation pour la santé nécessite de reconnaître la valeur intrinsèque du “sujet”, de respecter la place de chacun dans le monde commun, d’accompagner le “sujet” dans sa capacité d’intégrer des

informations, de faire des choix, de développer des liens avec les autres avec qui il fait société.

Le biopouvoir promeut un mythe unificateur, une vie saine, un corps sain ! Il oublie que le sujet humain ne se réduit pas à un corps, c’est un “corps-sujet” vivant une vie possible pour lui, dont le bon état du corps biologique n’est qu’un élément et pas toujours prioritaire.<sup>(19)</sup>

Plutôt que de se soumettre à un modèle de santé parfaite, la question du sujet singulier est celle de l’affirmation de son être : “Je suis ce que je suis. La seule question à laquelle je dois répondre est : quelle puissance puis-je déployer, étant donné ce que je suis, ce qui me traverse ou me convoque dans les situations où j’habite ?”<sup>(20)</sup> On voit par-là que la santé publique s’impose à l’opinion comme une morale exigeant la soumission au bien de la santé, alors que l’éducation pour la santé considère l’être humain comme un sujet singulier dans sa capacité éthique de développer à son rythme, en lien avec les autres qui l’entourent, sa puissance d’être.

<sup>(1)</sup> - Charles MELMAN, *L’homme sans gravité, jouir à tout prix*, DENOËL 2002

<sup>(2)</sup> - Nicolas SARKOZY, dans un dialogue avec Michel ONFRAY, “confidences entre ennemis” *Philosophie magazine*, N°8

<sup>(3)</sup> - Pierre-Henri GUYON Pr. au Muséum d’histoire naturelle et à l’école polytechnique, *Philosophie magazine*, N°9

<sup>(4)</sup> - Axel KAHN, généticien, RTL 8 avril 2007

<sup>(5)</sup> - Dany-Robert DUFOUR, *On achève bien les hommes, de quelques conséquences actuelles et futures de la mort de Dieu*, DENOËL 2005

<sup>(6)</sup> - E.KANT, *Traité de pédagogie [1776-1787]*, Paris, Hachette, 1981, cité par Dany-Robert DUFOUR op.cit

<sup>(7)</sup> - Dany-Robert DUFOUR, *ibid* p.71

<sup>(8)</sup> - Hans JONAS *Le Principe responsabilité*, Les éditions du Cerf, Paris 1993, p. 30-31.

<sup>(9)</sup> - Marcel GAUCHET, *Un monde désenchanté ? Les éditions de l’atelier*, 2004

<sup>(10)</sup> - M. FOUCAULT, “La politique de santé au XVIIIe siècle”, in *Dits et écrits*, tome III, 1976-1979, Gallimard, 1994, p16

<sup>(11)</sup> - Ph. LECORPS, J-B. PATURET, *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, ENSP éd.1999. p.47

<sup>(12)</sup> - M. FOUCAULT, *La volonté de savoir*, Gallimard, 1976, p 183

<sup>(13)</sup> - M. FOUCAULT, *ibid*. p.184-185

<sup>(14)</sup> - Giorgio AGAMBEN, *Homo Sacer, le pouvoir souverain et la vie nue*, Seuil, 1997, p. 177.

<sup>(15)</sup> - Jean de KERVASDOUÉ, *Les prêcheurs de l’apocalypse*.

*Pour en finir avec les délires écologiques et sanitaires*. Plon, 2007, p.67

<sup>(16)</sup> - Jean de KERVASDOUÉ, *ibid*.p.68

<sup>(17)</sup> - Miguel BENASAYAG, *La santé à tout prix, médecine et biopouvoir*, Bayard, 2008 p.10

<sup>(18)</sup> - Miguel BENASAYAG, *Ibid*, p. 47

<sup>(19)</sup> - Ph. LECORPS, J-B. PATURET, *ibid*, ENSP éd. 1999, p.34

<sup>(20)</sup> - Miguel BENASAYAG, *ibid*. p.39

## Éthique en éducation pour la santé dans une pratique de pédiatre de PMI, Dr Anne Roudaut, pédiatre, Protection maternelle et infantile, Conseil général 13

Dans ma pratique, je suis persuadée de l'utilité et de la nécessité de la médecine préventive, mais je reconnais que depuis quelques années certaines questions m'ont progressivement poussée à réfléchir à l'éthique.

La Protection maternelle et infantile (PMI) est un service médico-social pluridisciplinaire, de la compétence du Conseil général depuis les lois de décentralisation de 1982. Ce service de proximité réalise des interventions directes auprès des familles et des enfants de moins de six ans.

La PMI a deux missions essentielles : une mission de prévention, d'accompagnement et de protection pour toute la population, et une mission de santé publique (épidémiologie, recherche des indicateurs de santé, orientations des actions de santé publique...).

Un pédiatre de PMI, comme d'autres professionnels, se trouve confronté à des représentations de la santé que je catégoriserais de trois sortes :

- du point de vue de l'expert, avec son savoir
- du point de vue de l'individu, avec ses croyances, son irrationalité
- du point de vue de la société, avec ses coutumes.

Notre pratique va passer d'un point de vue à l'autre.

Je définirais la médecine dans laquelle j'exerce comme un domaine d'application des sciences, un mélange de savoirs et d'art, comme le disait Aristote. Il s'agit en même temps de donner du soin et de prendre soin d'un individu.

Cette démarche éthique va mettre en lumière des discordances entre les pratiques et les valeurs qui les fondent.

“L'éthique, c'est collaborer à la liberté de l'autre”. Il ne faut pas l'oublier, mais il ne faut pas non plus mettre la liberté trop en avant, car trop de liberté peut être de l'abandon, or nous devons accompagner l'individu.

En éducation pour la santé, comme en médecine, l'éthique va avoir un rôle de régulateur des actes, de pourvoyeur de sens, parce qu'il y a des impératifs contradictoires. Ce n'est pas rien de dire “*je vais vous rendre autonome*” tout en mettant la personne sous notre dépendance, parce que c'est nous qui savons.

A propos des principes éthiques que sont la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice et l'autonomie, il me semble dans notre pratique que le principe relatif à l'autonomie ressort des conflits éthiques.

La bienfaisance consiste à aider les autres à satisfaire au mieux leurs intérêts légitimes et importants, en tenant compte de leur conception du bien, fondé sur le respect, et en pédiatrie il s'agit de faire dans l'intérêt de l'enfant. Cette notion d'intérêt de l'enfant est apparue dans la loi en 2003 et reste difficile à déterminer : qui décide de l'intérêt de l'enfant, les parents, les médecins, l'Etat ?

La non-malfaisance, c'est le *primum non nocere*. En effet la bienfaisance n'a pas toujours des effets bénéfiques pour l'individu. A partir de quand est-il mal de vouloir le bien ?

Ce principe se traduit dans ma pratique par le fait que l'on n'a pas le droit d'accompagner les gens puis de les laisser tomber, mais aussi qu'il faut accepter et reconnaître leurs différences.

La justice revient à traiter comme semblable tout individu, en respectant ses particularités. Cette justice se trouve également dans les moyens alloués à l'accompagnement et à la prise en charge.

L'autonomie est un but à atteindre, un moyen pour que le travail de prévention soit posé comme un choix discuté, partagé avec la famille, comme un acte de liberté tant dans l'élaboration du travail que dans ses conséquences futures. C'est aussi l'accès à la dignité, à la reconnaissance et à l'estime de soi.

En pédiatrie, l'autonomie a un sens particulier à cause du sujet visé : l'enfant, dépendant par essence. Cela nous met dans une situation complexe. L'enfant est dépendant de ses parents et de l'entourage mais parfois les intérêts ne sont pas toujours identiques. L'enfant est l'objet du “*prendre soin*”, mais les parents sont nos interlocuteurs.

Comment avons-nous à nous positionner dans cette défense de l'autonomie ?

La démarche éthique est particulière par le sujet visé : l'enfant dans sa dépendance absolue, est aussi une personne, avec un caractère, des droits, des besoins, un être en développement, qui va rechercher l'autonomie, à la fois vulnérable et à la recherche de son indépendance. C'est un dilemme en pédiatrie.

Le médecin est par ailleurs dépendant des parents sur qui il doit s'appuyer pour soigner l'enfant. Dans une pratique de pédiatrie, l'attitude éthique consiste à se demander comment accompagner les situations que nous rencontrons, comment faire ensemble et comment avancer avec humilité.

L'autonomie est un chemin à parcourir pour s'approprier des règles qui vont nous permettre d'être en harmonie avec les valeurs de notre société.

L'éthique inclut la dépendance, mais il va falloir veiller à ce que cette dépendance reste passagère et ne devienne pas aliénante. Ne pas rendre l'enfant aliéné par l'accompagnement que nous lui proposons. Le danger réside moins dans l'existence de conflits de valeurs que dans leur négation.

Cette complexité justifie une approche pluridisciplinaire et la création de lieux de réflexion pour que puissent se croiser les différents regards des citoyens, des experts et des décideurs :

- complexité de l'individu, sa subjectivité, ses affects
- complexité des niveaux de dépendance, le bébé par rapport aux parents, les parents par rapport au médecin...
- complexité des approches multidisciplinaires en santé, en santé publique ou en pédiatrie par rapport au petit enfant

D'où la nécessité d'une éthique de la discussion.

Le fait de croiser nos regards nous expose aussi aux regards des autres et peut être un rempart face au totalitarisme en santé.

## Table-ronde n°3 : L'éducation pour la santé : moyens et éthique

**Les enjeux éthiques liés au respect de l'autonomie de la personne : limites entre persuader, convaincre, contraindre et manipuler,**  
*Thémis Apostolidis, Maître de conférences, UFR Psychologie sciences de l'éducation, Aix-en-Provence*

Je vais tenter de partager avec vous un certain nombre de réflexions autour des enjeux éthiques que pose l'utilisation de différents moyens par rapport à l'autonomie de la personne : persuader, convaincre, utiliser la contrainte ou la manipulation.

En tant qu'observateur armé des outils de la psychologie sociale de la santé et plus globalement des sciences humaines et sociales, je réfléchis à la question éthique à partir d'un constat : les comportements de santé - au cœur de l'éducation à la santé - sont des comportements complexes éminemment sociaux qui s'inscrivent dans les modes de vie et de socialité des individus et des groupes. Ils expriment non seulement un rapport à la santé mais aussi un rapport aux autres, à la société, à l'ordre social. Les acquis des sciences humaines et sociales montrent que le comportement de santé, la santé et la maladie ne sont pas seulement des états biologiques mais aussi des états psychosociaux.

En scrutant les fondements psychosociaux des comportements de santé, on observe des mouvements contradictoires et conflictuels d'affirmation de buts et de valeurs parmi lesquels la promotion de la santé est loin d'être la seule force motrice. Cette affirmation des buts et des valeurs varie en fonction des catégories sociales qui tissent et fondent la société. La santé est un objet privé et public, un domaine où se manifestent de façon quasi exemplaire les conflits fondateurs de la vie sociale entre intérêt individuel et intérêt collectif.

Parler de santé et de comportements de santé se réfère à un état biologique et un état social où l'inscription et la participation sociale sont révélatrices des fonctionnements idéologiques et socioéconomiques du système global considéré. J'ai eu l'occasion de travailler sur la prévention du cannabis chez les jeunes. Aborder cette question montre aussi comment notre société construit la jeunesse en tant

que catégorie sociale, comment, au-delà de la question sanitaire, la promotion de la santé peut s'apparenter à une façon de faire de la société.

La question de la politique de santé est un domaine privilégié où s'observent des évolutions plus larges au niveau de la société. Je prends appui sur un article paru dans le journal suisse "Le temps", la semaine dernière, à propos du referendum sur l'interdiction totale du tabagisme.

Les débats sur ce thème révèlent des évolutions plus globales, de la pensée sociale vers l'hygiénisme ou le moralisme, qui posent désormais l'acte de fumer comme un acte moral. Pourquoi la commercialisation du tabac à sucer est-elle toujours interdite alors que les experts estiment que ce produit réduirait à 98% les risques pour la santé ?

Sur la base de ces éléments de conceptualisation du fait sanitaire, en tant que fait social et moral, il convient d'examiner les moyens que peut offrir l'éducation pour la santé, qui n'est pas non plus une activité sociale neutre. La recherche psychosociale offre une littérature scientifique solide qui permet de penser ces moyens et leur efficacité pour amener quelqu'un à avoir tel ou tel comportement. Dans le livre "Petit traité de manipulation", Robert-Vincent Joule montre que, dans le cadre du paradigme de l'engagement, on peut amener un sujet à réaliser pour autrui un comportement qu'il n'aurait pas réalisé de son propre chef et à se soumettre dans un contexte de liberté affirmée. Cependant, force est de constater que ces acquis conceptuels et techniques autour de la persuasion et de la manipulation sont utilisés par les psychologues sociaux pour étudier les fonctionnements sociaux et notamment pour analyser les dimensions idéologiques de ces comportements d'adhésion aux normes et aux valeurs, autrement dit pour analyser la production et la reproduction de l'ordre social établi.

Du point de vue de l'éthique, ce n'est pas seulement l'autonomie de la personne qui est en jeu dans ces procédés, mais c'est aussi la question de la production et de la reproduction de l'ordre social. Le lien entre savoir scientifique et conflit moral nous amène à poser certaines questions : pourquoi par exemple utiliser les techniques de manipulation dans le cadre de l'observance ? Dans le cas des trithérapies, force est de constater qu'entre 1995 et 2008, les choses ont beaucoup évolué et ce qui était établi en 1995 n'était plus établi de la même manière quelques années après.

D'un point de vue étymologique, voyons ce que les mots convaincre, persuader, contraindre, manipuler veulent dire :

- Convaincre consiste à amener quelqu'un à reconnaître la vérité d'une proposition ou d'un fait ou encore lui donner des preuves de sa culpabilité ou de sa faute.

- Persuader, c'est amener quelqu'un à croire, à penser, à adhérer, à admettre une croyance, une conviction, une vérité.
- Contraindre revient à une action sur quelqu'un pour le forcer à agir contre sa volonté.
- Manipuler, c'est manier avec soin dans un but scientifique de la matière pour exercer une domination, c'est une manœuvre.

Deux questions se posent : celle de la vérité et celle de la domination. Elles sont au cœur de l'utilisation de ces techniques. Dans le cadre de la psychologie sociale de la persuasion, il est établi que ce n'est pas le contenu du message mais bien sa source qui peut être d'une efficacité redoutable pour amener les gens à penser telle ou telle chose. Ces questions et ces techniques posent des enjeux éthiques et problématiques par rapport à l'autonomie de la personne. Je rappellerai pour finir la définition de l'OMS de la santé : bien-être physique, mental et social que les acteurs ont la capacité de prendre en charge. On peut donc se poser des questions dans l'utilisation de ces techniques et de la domination pour amener les gens à réaliser un comportement pour leur bien.

## Les tensions entre intérêt collectif et intérêt individuel

*Pr François Bourdillon, Président de la Société française de santé publique*

La santé publique s'intéresse à des populations dans un souci de protéger, préserver, promouvoir son état de santé. Les choix qu'elle amène à prendre au bénéfice d'une collectivité peuvent parfois apparaître en contradiction avec des intérêts individuels. Le meilleur exemple est celui de la décision de vaccinations qui se fait sur une analyse des bénéfices liés à la protection vaccinale par rapport aux effets indésirables du vaccin sur des individus. L'obligation vaccinale est longtemps apparue comme une atteinte à la liberté individuelle. Les quelques exemples d'excellentes couvertures vaccinales pour des vaccins non obligatoires comme le ROR (Rougeole Oreillon Rubéole) ont montré qu'une politique vaccinale bien comprise relayée par des actions d'éducation pour la santé était à la fois pertinente, respectueuse des libertés individuelles et opérantes. De même, en matière de dépistage, les tenants de l'obligation pour le test VIH ont bien dû admettre qu'une proposition systématique d'un test chez la femme enceinte sur une base volontaire permettait d'obtenir une acceptation proche de 100%.

Dans une société moderne, l'obligation est-elle devenue un outil qui semble relever du passé ? Toutefois, les récentes épidémies internationales (SRAS, grippe aviaire) l'ont remise au goût du jour ; l'obligation d'isolement pour le bien public au détriment de la liberté d'un individu qui ne peut s'y soustraire est inscrite dans le Code de la santé publique.

Les principes de l'éducation pour la santé sont d'amener une personne ou un groupe de population à adopter des comportements favorables à sa santé et ceci dans une démarche citoyenne. Il s'agit, à travers une démarche éducative, de développer l'autonomie des personnes, de les amener à maîtriser leur environnement, de faciliter la résolution de problèmes. Toutefois, si un colloque sur "éthique et éducation pour la santé" nous est aujourd'hui proposé, c'est que toute une série de questions se pose. Ainsi les acteurs de l'éducation pour la santé aussi bien que les décideurs doivent-ils s'interroger sur les normes ou les valeurs qu'ils portent ou véhiculent ? Sur la signification d'agir pour l'intérêt d'une personne ? Sur la vérité scientifique ? Sur les possibles effets délétères de leurs actions ? Sur la place de la transgression dans une société ? Enfin plus généralement sur les règles du bien vivre dans nos sociétés occidentales et sur celles du plaisir... Il y a toujours un

risque lorsque l'on veut protéger la collectivité d'oublier l'individu ; heureusement la médecine nous rappelle constamment que la collectivité est faite d'individus, qu'il ne faut pas leur nuire et qu'il faut prendre en compte leur souffrance.

La prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé sont certainement pavés de bonnes intentions. Mais il faut aussi savoir que parfois l'enfer est pavé de bonnes préventions. Tel était d'ailleurs le titre d'un récent colloque du collectif "Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans" faisant suite à un rapport très controversé de l'INSERM sur les troubles des conduites. Ce rapport recommandait le dépistage de ces troubles qui toucheraient entre 2 et 9% de nos enfants pour permettre un suivi et proposer des thérapies rééducatives et si besoin des médicaments psychotropes. Les experts recommandaient également le développement de programmes de prévention de la violence dès le plus jeune âge (c'est-à-dire en période périnatale) et suggérait des interventions dans les familles à risque en particulier "chez les jeunes primipares à faible niveau d'éducation et en situation de précarité". Le "Quotidien du médecin" titrait "Non à la traque des gosses à des fins d'ordre public". Ce rapport a suscité une grande émotion chez les professionnels de la petite enfance et chez les parents. La pétition "Pas de zéro de conduite" a recueilli en quelques mois plus de 200 000 signatures. Cette histoire a le mérite, au-delà de la polémique, de rappeler trois points importants :

- **le premier point est que la prévention est très souvent légitimée dans son action par les scientifiques.** C'est eux qui chiffrent l'importance de la mortalité prématurée, d'une pathologie, d'un problème de santé et qui déterminent la part des déterminants auxquels ils sont liés. En d'autres termes, les données épidémiologiques légitiment l'intervention de prévention. Ainsi, la progression du surpoids et de l'obésité légitime le Programme national nutrition santé et les stratégies de promotion de la santé qui sont développées. Mais n'oublions pas que les travaux scientifiques :
  - peuvent être discutés et les controverses sont parfois très importantes comme cela a été le cas pour le rapport INSERM sur les troubles des conduites
  - peuvent être instrumentalisés ; les résultats de la science ne préjugent pas de ce que l'on va en faire et c'est bien à la démarche éthique de s'assurer de leur bonne utilisation.
- **le second point, c'est que toute proposition d'intervention préventive sur un groupe de population n'est jamais neutre.** Il convient de bien analyser les raisons qui amènent à la choisir et s'assurer qu'il n'y a pas de polémique sur les modalités d'actions. Il est toujours nécessaire de s'interroger sur les modes d'intervention

proposés dans une logique bénéfique / risque. D'une manière générale, la question du dépistage pose toujours la question entre le bénéfice collectif et le risque individuel. Ainsi, dans le dépistage du cancer du sein, il faut apprécier la balance entre le bénéfice attendu d'un traitement précoce sur des lésions débutantes dans une logique individuelle et collective et les possibles effets délétères des diagnostics sur des individus ;

- **le troisième point est que, depuis quelques années, il existe, dans le champ de la santé, une réflexion citoyenne capable de se mobiliser** : pour s'élever contre des stratégies pouvant être considérées comme des atteintes aux libertés individuelles (comme dans cette histoire de dépistage qui a mobilisé le collectif "Pas de zéro de conduite"), mais aussi à l'inverse pour que soit renforcées les campagnes de prévention comme cela a été le cas pour le Sida, par exemple notamment en direction de la communauté gay ou des usagers de drogues intraveineuses.

Revenons sur quelques-uns de ces points en prenant un exemple d'actualité : la lutte contre le tabac et la politique de prévention.

La politique de lutte contre le tabac est à mon sens exemplaire.

Voici un domaine où les effets néfastes du tabac sont scientifiquement démontrés depuis 1950. Le tabac est la première cause de mortalité évitable et responsable de 66 000 morts par an. Il y a donc une vraie légitimité à intervenir.

### L'importance de la perception sociale : son poids, ses dangers

Les politiques de prévention et d'éducation pour la santé se sont heurtées à de multiples obstacles dont le plus important est probablement celui de la perception sociale : la cigarette était synonyme de plaisir, d'espace, de liberté, de virilité, d'émancipation, de luxe ou de paillettes. Le seul discours moraliste sur les dangers du tabac pour un risque de survenue après plus de 30 ans d'usage ne pouvait qu'être sans effet. Il a fallu trois éléments cruciaux pour modifier les représentations autour du tabac :

- la Loi Evin et les politiques qui ont suivi de dénormalisation du tabac
  - l'accompagnement au sevrage des fumeurs,
  - les données sur les risques du tabagisme passif.
- **La dénormalisation du tabac dans la société française** a commencé en 1991 avec toute une série de mesures : l'interdiction de la publicité qui réduit la possibilité des firmes de véhiculer une image positive, la réduction de l'attrait des

emballages du tabac, des campagnes de prévention grand public et d'éducation pour la santé multiples et variées allant des campagnes choc aux messages relayés et diffusés par la presse féminine, les entreprises. Cette dénormalisation du tabac a créé un environnement favorable pour les campagnes d'éducation pour la santé dont l'impact devient alors plus net. Force est de constater que les campagnes grand public qui jouent sur les représentations sont des outils très importants en éducation pour la santé. Mais elles peuvent avoir leurs limites sur le plan éthique ; ces outils et techniques sont les mêmes qu'utilisent le marketing et les régimes non démocratiques, seule l'intention qui les utilise fait la différence.

- **L'accompagnement au sevrage des fumeurs.** Il a eu un double intérêt : d'une part celui d'un témoignage de solidarité et d'autre part celui d'ancrer l'usage du tabac dans le registre de la dépendance et d'être ainsi à contre-courant d'un des symboles forts des "cigarettes" qui dans leur publicité s'appuient sur cette dimension : rappelez-vous le "cow-boy" à cheval à Monument Valley...
- **Les données sur le tabagisme passif** (c'est-à-dire l'inhalation par le non-fumeur de la fumée des autres). Elles montrent un effet délétère certain sur l'adulte, la femme enceinte et l'enfant même si le risque relatif est beaucoup plus faible que chez le fumeur. Le nombre de décès annuels liés au tabagisme passif est estimé à 3000 par an. Ce risque pour autrui, lié à une exposition non consentie, très différent du risque pour soi-même et librement consenti, a fortement légitimé l'intervention de l'Etat, garant de la santé de tous les concitoyens.

### Une santé publique liberticide ?

La politique d'éducation pour la santé a donc trouvé dans le contexte d'une politique affirmée et cohérente de lutte contre le tabagisme un bien meilleur ancrage. Pour autant, la publicité pour le tabac n'a pas complètement disparue notamment au cinéma et dans les lieux fréquentés par les jeunes. Depuis quelques mois, les acteurs de santé publique sont l'objet de nombreuses attaques. Le débat que nous avons pu suivre après l'entrée en vigueur de l'interdiction du tabac le 1<sup>er</sup> janvier 2008 s'est centré sur les messages de santé publique considérés comme moralisateurs, hygiénistes, liberticides. Qu'est-ce que cette vie que proposent les "censeurs" publics, sans alcool, sans tabac, sans excès de vitesse, toujours avec un préservatif, bref une société sans risque. Ras le bol de ces "ayatollahs" qui stigmatisent une partie de la population (les fumeurs) en les obligeant à quitter les lieux de convivialité pour aller fumer dehors et qui demain leur interdiront de manger du confit de canard, du camembert au lait cru non pasteurisé. Déjà, ils interdisent les distributeurs de boissons sucrées dans les écoles...

## Serions-nous les seuls à nous interroger sur l'éthique ?

Alors que nous nous interrogeons sur l'éthique de l'éducation pour la santé, sur le sens des interdictions en santé publique, y a-t-il une voix pour s'interroger sur l'éthique des firmes de tabac :

- qui continuent à vendre du tabac alors que tout le monde connaît l'extrême toxicité de ce produit,
- qui continuent à promouvoir de façon indirecte la publicité en direction des jeunes car pour eux un jeune devenu dépendant au tabac équivaut à plusieurs années de vente assurée,
- qui n'ont pas hésité à acheter des scientifiques afin de minimiser la toxicité du tabac, ni à augmenter insidieusement le taux de nicotine dans les cigarettes afin de rendre encore plus dépendant les fumeurs,
- qui investissent les pays en développement alors même que le coût du tabac pour les ménages a un impact sur leur pouvoir d'achat et que les niveaux d'information sur les effets toxiques du tabac sont très faibles.

Je pourrais encore donner d'autres exemples, en particulier sur les campagnes visant à minimiser la nocivité de la fumée de chicha. Rares sont les voix pour rappeler ces réalités. N'est-ce pas l'industrie du tabac qui fait tout pour donner une image d'ayatollah, de moraliste aux acteurs de santé publique alors même que la cigarette n'est pas interdite et qu'aucune politique prohibitive n'est promue. Je ne doute pas une seule seconde que le tabac, s'il était un nouveau produit, n'obtiendrait jamais son autorisation de mise sur le marché à l'ère du principe de précaution.

Pour résumer, la différence entre les professionnels de santé publique et les firmes du tabac, c'est fondamentalement l'attention que l'on porte à l'autre, la place que l'on laisse à autrui. L'état quant à lui joue son rôle de régulateur et définit les règles.

## L'utilisation de la peur en éducation pour la santé : réflexions sur le plan de l'éthique, de l'efficacité et de la pertinence

*Christine Ferron, psychologue, Directrice du Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne*

Le recours à la peur est une technique utilisée depuis bien longtemps pour inciter le commun des mortels à choisir le Bien, quand c'est le Mal qui le tente.



En témoigne ce "chaudron de l'enfer" qui cherche à terroriser les fidèles depuis le fronton de la cathédrale de Bourges. En témoignent aussi, dans le champ de la communication en santé, ces deux affiches anciennes :



Prévention de la syphilis, 1920



Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France, 1910

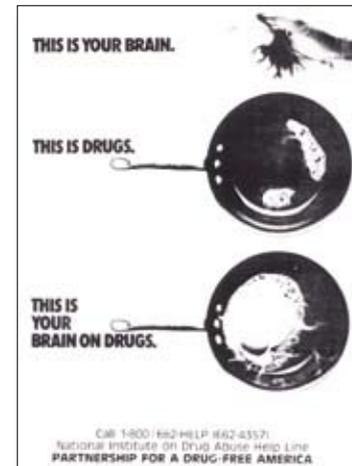
Aujourd'hui encore, il reste communément admis, voire encouragé, de susciter volontairement la peur pour communiquer sur des questions de santé. Depuis les années 50, l'utilisation, presque banalisée, de ce ressort de communication a fait l'objet de multiples études issues de champs disciplinaires très divers. Or, toutes ces études, qui étaient censées répondre à la simple question : "est-ce que ça marche ?", sont caractérisées par la cacophonie qui résulte de leurs conclusions. Comme le dit Kim Witte<sup>(1)</sup>, qui est l'un des plus grands experts mondiaux de ce que l'on appelle "fear appeals" ou "scare tactics" dans cette littérature, ces conclusions sont au mieux incohérentes, au pire contradictoires. Kim Witte avance à cela plusieurs explications :

- la première serait que l'objet de ces études est trop souvent mal défini. Trop souvent, la peur, le dégoût ou la menace y sont considérés comme des notions équivalentes, ce qui induit beaucoup de confusion dans la nature même de ce qui est étudié ;
- la deuxième serait que ces études se sont centrées de manière presque exclusive sur les processus mentaux associés à l'acceptation des messages, au détriment des processus conduisant au rejet du message ;
- la troisième raison serait que l'interaction entre la menace et l'efficacité perçue des mesures à prendre pour y faire face aurait été insuffisamment étudiée ;
- enfin, une dernière raison tiendrait à l'importance accordée dans ces études aux cognitions, c'est-à-dire aux processus de compréhension, au détriment de l'analyse des émotions.

Tout cela contribue donc à composer un fond théorique de l'utilisation de la peur en éducation pour la santé, particulièrement flou et mouvant. C'est la raison pour laquelle je me sens assez libre de ne pas vous infliger un exposé des résultats de toutes ces études conduites dans les champs de la psychologie expérimentale, du marketing social ou des sciences de la communication. Au lieu de cela, je vous propose "un certain regard" sur l'utilisation de la peur, dans les cadres conceptuels qui sont les miens, et qui sont ceux de la psychologie clinique (voire de la psychanalyse), et de la promotion de la santé.

Mais d'abord, de quoi parlons-nous lorsque nous parlons d'une utilisation du ressort de la peur en éducation pour la santé ? Il s'agit de "messages persuasifs destinés à effrayer les gens en leur décrivant les choses terribles qui vont leur arriver s'ils ne font pas ce que les messages leur commandent de faire".

Voici quelques exemples en images :



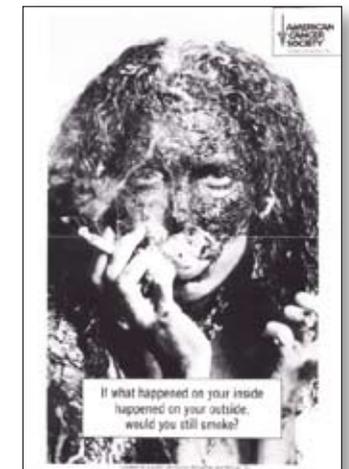
*Si vous ne voulez pas voir votre cerveau frire comme un vulgaire œuf au plat, vous ne devez pas prendre de drogues.*



*Si vous êtes une jeune fille qui vient de décrocher son bac et que vous ne voulez pas mourir en passant au travers d'un pare-brise, vous ne devez pas boire avant de conduire.*



*Si vous êtes un conducteur et que vous ne voulez pas voir le crâne d'un écolier s'écraser sur votre pare-brise, vous ne devez pas rouler vite.*



*Si vous êtes une jolie femme et que vous ne voulez pas vous transformer en morille, vous ne devez pas fumer.*

Certaines campagnes de l'INPES, sans être aussi spectaculaires visuellement, s'inscrivent tout à fait dans cette optique. Or, de mon point de vue, la réception de ces messages n'est pas sans conséquence sur la vie psychique des personnes destinataires ; elle n'est pas non plus sans avoir un impact sur la relation entre les porteurs de ces messages et leurs destinataires.

Ce sont ces aspects que je vais développer brièvement dans une présentation en trois parties centrées successivement sur l'éthique, l'efficacité et les alternatives à l'utilisation de la peur en éducation pour la santé.

### Le débat éthique

La mobilisation d'émotions négatives dans la démarche éducative en santé soulève d'abord des questions éthiques. Dominique Chouanière<sup>(2)</sup> souligne que l'un des niveaux auxquels l'éthique du professionnel de la santé se trouve questionnée est "l'utilisation d'un savoir et d'un pouvoir pour imposer des normes ou des valeurs par la peur, la manipulation, la coercition ou le dirigisme". Eduquer pour la santé devrait viser à promouvoir la santé, c'est-à-dire à développer la qualité de la vie et à fournir aux individus les moyens de comprendre la santé et ses enjeux ; leur fournir les moyens de clarifier leurs croyances et leurs valeurs personnelles et culturelles, de développer leur estime de soi et des autres, de les entraîner à la responsabilité et à la décision, et de favoriser leur engagement dans des projets communautaires. L'éducation pour la santé basée sur la peur pose des questions éthiques lorsqu'elle prétend parvenir à de tels objectifs en suscitant la peur ou l'angoisse, en provoquant l'effroi ou le dégoût. En éducation pour la santé, n'est-il pas paradoxal de vouloir, comme le dit Michel Develay<sup>(3)</sup>, "faire grandir le sujet de l'éducation", et en même temps, de le ramener à ses terreurs primitives ; de vouloir "le faire exister comme différent de soi, comme autonome", et en même temps, d'établir une relation de dépendance où la peur suscitée par les menaces de l'émetteur ne peut se dissiper que si le destinataire du message obéit à ses injonctions ?

Dans les messages sur la santé, la présence d'une menace suscitant la peur présente des caractéristiques susceptibles de déstabiliser profondément leurs destinataires. La personne subit cette forme de violence sans l'avoir anticipée et elle n'est pas en situation de pouvoir la retourner vers l'émetteur ; la menace lui est infligée "pour son bien" et elle s'appuie de façon très importante sur la culpabilité. Dans ce cas, il est difficile de croire qu'à l'issue du processus, les personnes ont acquis plus de pouvoir sur leur vie, ont accru leurs compétences ou sont devenues plus capables de prendre en charge leur propre santé. Au contraire, le philosophe Jean-Michel Besnier<sup>(4)</sup> affirme : "La peur est à l'origine de l'asservissement, et non pas de l'émancipation".

L'approche par la peur est très souvent associée à une approche thématique. Comme le soulignent Hastings et Mc Fadyen<sup>(5)</sup>, la fragmentation thématique de la santé

conduit à une prolifération des risques. Cette approche revient à dire aux gens : "si la cigarette ne vous tue pas, un conducteur ivre, une infection sexuellement transmissible ou une overdose de beurre le fera"... Ce "maillage de risques" transforme la promotion de la santé, "fantastique opportunité d'accroître le plaisir de vivre, en une énumération menaçante et déprimante". Au contraire, ces auteurs suggèrent "d'émettre des messages à la fois crédibles et respectueux des personnes, et de construire des relations à long terme, non infantilisantes, avec le public".

*Primum non nocere*<sup>(6)</sup> : au nom de quoi la communication sur la santé serait-elle affranchie de ce principe ?

### Le débat sur l'efficacité

Mais enfin, l'éthique, l'éthique, me direz-vous, quelle importance lorsqu'il s'agit de sauver des vies ? Après tout, la fin ne justifie-t-elle pas les moyens ? S'il faut faire peur aux gens pour provoquer des changements salutaires de comportements, pourquoi hésiter ? Justement, la question se pose également de l'opportunité d'une telle approche en termes d'efficacité, et je poserai simplement la question suivante : la réception d'un message choquant ou effrayant peut-elle être à l'origine d'une prise de conscience favorisant la mise en œuvre à long terme d'une action positive pour soi ou pour les autres ?

Hastings et ses collaborateurs<sup>(7)</sup> soulignaient en 2004 que les études conduites en laboratoire sur ce sujet présentaient des biais méthodologiques majeurs, parmi lesquels : l'exposition forcée aux messages, des mesures à court terme, et un recours excessif à des échantillons d'étudiants. Ils citent également des évaluations conduites, elles, sur le terrain, démontrant d'importants effets délétères non intentionnels, comme l'accroissement du niveau d'anxiété chez les personnes non concernées par les messages, et une inégalité sociale d'accès aux recours pour faire face à l'émotion négative suscitée par ces messages.

Il y a déjà trente ans, Howard Leventhal<sup>(8)</sup> affirmait qu'un message suscitant la peur entraînait un désir d'éliminer le danger contenu dans ce message. Selon lui, un contrôle de la peur se mettait en place grâce à plusieurs mécanismes tels que le déni, l'évitement, la distraction, voire l'affaiblissement de l'impact émotionnel par la consommation d'alcool ou de drogues... Ce même auteur<sup>(9)</sup> a également montré qu'un individu en état de dissonance cognitive et ressentant la peur avait plus de

chances que les autres de développer une stratégie psychologique de réduction de la dissonance basée sur le rejet du message (atténuation du message, mise en doute de sa crédibilité, sous-estimation des risques, etc.).

Plus tard, Hale et Dillard<sup>(10)</sup> ont découvert que les messages effrayants étaient inefficaces dans plusieurs cas, somme tout très fréquents :

- D'abord, auprès des personnes non volontaires (qui n'avaient pas demandé à être exposées au message), personnes dont la majorité des téléspectateurs font évidemment partie ; ces non volontaires s'engagent alors dans un processus dit de "réactance" (*reactance*), qui est un processus psychologique se produisant lorsqu'une personne pense que sa liberté d'action est restreinte. Le résultat de la "réactance" est que l'individu refuse de suivre les recommandations qui lui sont faites, dans un effort pour recouvrer sa liberté perdue.
- Ensuite, ces messages s'avèrent inefficaces parmi les jeunes ayant un faible sentiment de vulnérabilité personnelle par rapport à la menace (je pense par exemple au message "fumer provoque l'impuissance" figurant sur certains paquets de cigarettes),
- Ils sont également inefficaces parmi les personnes anxieuses, dites "évitantes" (*avoiders*),
- Et enfin, quand le coût de la réponse est perçu comme plus élevé que les bénéfices associés à la non-compliance. La plupart des comportements addictifs sont concernés par cette limitation<sup>(11)</sup>. Alain Morel<sup>(12)</sup> constate que la peur, "censée déclencher un mouvement de répulsion et de défense, court-circuite toute mentalisation, toute pensée", et qu'elle est encore plus inefficace lorsqu'il s'agit, comme dans la prévention des consommations de drogues, de dissuader des gestes ne comportant aucun danger immédiat et au contraire, procurant un plaisir immédiat à leurs auteurs. Je citerai également les menaces de maladies cardio-vasculaires proférées dans la lutte contre l'obésité, dont on sait qu'elle touche principalement les familles à revenus modestes. Ces personnes sont en effet fondées à considérer que, lorsque nous leur aurons retiré le plaisir de la satiété et la satisfaction ressentie suite à un repas consistant, nous n'aurons rien à leur offrir en échange, si ce n'est la frustration et la perspective non garantie d'une vie plus longue. La menace n'est donc pas la bonne approche. Ce point a été confirmé récemment par une étude menée auprès de femmes de 45 ans issues de milieux sociaux divers<sup>(13)</sup> ; cette étude a montré que, plus les femmes étaient défavorisées socialement et culturellement, plus elles percevaient les

messages de santé comme menaçants, et plus elles tendaient à mettre en place des stratégies de "coping" inefficaces. Inversement, dans le domaine de la prévention du cancer du sein, certaines données montrent clairement que ce ne sont pas les femmes qui ont le plus peur qui se plient le plus volontiers au dépistage<sup>(14)</sup>.

Prenant l'exemple des spots de la prévention routière projetant des horreurs sanguinolentes, Philippe Lecorps<sup>(15)</sup> fait remarquer que l'approche par la peur "sous-estime la capacité des humains à échapper à l'information qui les dérange". Il évoque le concept de "réduction psychologique d'une complexité ingérable" de Niklas Luhmann, qui rend compte des "manœuvres psychiques plus ou moins conscientes qui amènent le sujet à sélectionner dans le discours de l'autre les éléments lui permettant de continuer à vivre sa vie sans trop de bouleversements". En bref, les messages de peur cherchent à propulser leurs destinataires dans une situation, un avenir, où il leur est humainement impossible de se projeter : la dépendance physique, la mort lente et douloureuse, le nouveau-né anormal, l'accident qui tue leurs enfants, etc.

De façon tout à fait compréhensible, des mécanismes de défense<sup>(16)</sup> se mettent alors en place :

- la régression ou l'infantilisation,
- l'annulation, le déni ou la négation,
- la transformation en contraire.

Il faut souligner qu'il ne s'agit pas là de mécanismes a priori négatifs. Ce sont des mécanismes adaptatifs qui répondent au besoin de l'organisme de maintenir son homéostasie, son intégrité, afin de pouvoir durer. On devine ici l'importance des ressources du moi, ou des ressources à mettre à la disposition du moi, pour limiter les effets potentiels d'un message perçu comme intrusif ou menaçant.

Dans la réflexion sur l'efficacité de l'utilisation de la peur, ce sont deux logiques différentes qui s'affrontent : la première, basée sur la conviction selon laquelle les gens adoptent des comportements de manière rationnelle, considère que si la menace est crédible, si le danger paraît réel, si l'action à mettre en œuvre pour échapper à la menace est présentée comme facile à réaliser, alors les personnes concernées vont forcément abandonner leurs néfastes habitudes. A l'opposé, on trouve la conception selon laquelle les humains agissent la plupart du temps de manière irrationnelle et, comme le rappelle régulièrement Philippe Lecorps, ne veulent pas toujours leur propre bien.

## Les alternatives à l'utilisation de la peur

En tant que professionnels impliqués dans la santé de nos concitoyens, sous prétexte du “droit à l'information” de chacun, nous sommes constamment soumis à des pressions pour oser : oser dire, oser montrer, oser faire peur, ne pas être frileux ou timorés... S'agit-il vraiment de cela ? Soumis à la dictature de l'objectivable, ne sommes-nous pas encouragés à laisser de côté notre sens clinique, notre intuition, pour mettre en place ce dispositif simple : un stimulus effrayant (menace verbale, image terrifiante), qui entraîne une réponse de peur immédiatement perceptible, voire mesurable (par l'évaluation de l'“intention de changer de comportement” par exemple) ? Soumis à la pression des démarches qualité nous enjoignant à toujours “mieux faire”, ne sommes-nous pas tentés de rejeter ce que l'humanité de l'autre, affaibli par la maladie, la souffrance ou la dépendance, nous renvoie de notre propre angoisse de mort, de notre propre impuissance à le soulager ? Dans le cadre de la relation duelle soignant-soigné, il est important de reconnaître le rôle défensif de l'utilisation de la peur par les soignants, pour donner à ces derniers une chance de trouver d'autres modes d'approche et d'interaction avec leur patient. Dans la relation entre l'éducateur pour la santé et les participants à une action, c'est la recherche créative d'autres étayages conceptuels et méthodologiques qui permettra une autre approche des questions de santé. Dans la relation entre les pouvoirs publics et le grand public, il faut bien admettre que l'utilisation de messages-chocs relève davantage d'une volonté de prise de pouvoir médiatique, que de la prise en compte des besoins réels du public.

Et c'est ce qui me rend un peu pessimiste par rapport aux approches des questions de santé qui seront privilégiées dans notre pays au cours des prochaines années. Il me semble évident que l'utilisation de la peur pose bien des problèmes d'éthique, d'efficacité et de pertinence. Cependant, il faut bien reconnaître que le ressort de la peur est terriblement en phase avec le climat social actuel. D'abord, l'utilisation de la peur renvoie à une tendance générale consistant à se concentrer de plus en plus sur les déterminants comportementaux et individuels de l'état de santé des populations, au lieu des déterminants sociaux, politiques, économiques et collectifs, de la santé<sup>(17)</sup>. Ensuite, ce renvoi de chacun à sa responsabilité individuelle dans la crainte d'une justice immanente, qui ignore le rachat et le pardon (comme dans le slogan : “Alcool : votre corps se souvient de tout”) - vision finalement éminemment calviniste de l'existence - cette conception est évidemment inspirée de la communication des pays anglo-saxons, devant lesquels les tenants de ce type de communication en France sont tellement admiratifs.

Enfin, ce type de communication s'inscrit dans un climat de tension sécuritaire, où les gens éprouvent de plus en plus de difficultés à vivre ensemble, par la peur - entretenue - qu'ils ont les uns des autres : l'“autre” fumeur, l'“autre” violent, l'“autre” drogué, l'“autre” différent. Or, comme le rappelle fort justement André Ruffiot<sup>(18)</sup>, “n'oublions pas que la peur et la haine sont sœurs jumelles”, et qu'en misant sur la première, nous nous exposons à libérer aussi la seconde.

En témoigne cette affiche de prévention de la violence conjugale, où l'homme violent est représenté littéralement comme un monstre.

Sommes-nous prêts à prendre le risque de cette haine de l'autre, de ce rejet de l'autre, pour gagner en visibilité et en impact à court terme ?

**Pour conclure**, je reviens à Jean-Michel Besnier, qui affirme : “Y a-t-il donc, en définitive, un bon usage de la peur ? Au final, je ne le crois pas. En revanche, il y a toujours lieu d'être courageux”. Le courage de nous décentrer par rapport aux tendances lourdes qui pèsent sur les orientations des pratiques en santé, sera la clé de la “juste évaluation des dangers” et de la meilleure façon d'aider les autres à s'en prémunir.



- (1) - Witte K. (professeur de sciences de la communication à l'Université du Texas) “Putting the fear back into fear appeals : the extended parallel process model”. *Communication Monographs*, 59, 1992.
- (2) - Chouanière-Briançon D. “Réflexion sur éthique et éducation pour la santé”. Enseignement dans le cadre du DU de santé publique de l'Ecole de santé publique de Nancy, document non publié, 1990.
- (3) - Develay M. “A propos de l'éducation du patient”. *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris : PUF, 2000.
- (4) - Besnier JM. “La peur en question”. *Bruxelles Santé*, n° spécial 2003.
- (5) - Hastings G., Mc Fadyen L. “The limitations of fear messages”. *Tobacco Control*, 11, 2002.
- (6) - Devise hippocratique basée sur le principe de bienfaisance
- (7) - Hastings G., Stead M. Webb J. “Fear appeals in social marketing : strategic and ethical reasons for concern”. *Psychology and Marketing*, 21, 11, 2004.
- (8) - Leventhal H. “Fear appeals and persuasion : the differentiation of a motivational construct”. *American Journal of Public Health*, 61, 1971.
- (9) - Leventhal H. “Findings and theory in the study of fear communications”. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 1970.

- (10) - Hale J. L. & Dillard J. P. "Too much, too little, or just right : the role of fear in message design." *Designing health messages : perspectives from communication theory and public health*, Newbury Park : Sage, 1995.
- (11) - Walton D.N. "Practical reasoning and the structure of fear appeal arguments". *Philosophy and Rhetoric*, 29, 4, 1996.
- (12) - Sous la direction de Morel A., "Prévenir les toxicomanies". Paris : Dunod, 2000.
- (13) - Iversen A.I. & Kraft P. "Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media ?" *Health Education Research*, 21, 5, 2006.
- (14) - Roskos-Ewoldsen D., Yu J., Rhodes N. "Fear appeal messages affect accessibility of attitudes toward the threat and adaptive behaviors". *Communication Monographs*, 71, 1, 2004.
- (15) - Lecorps P. "Ma santé, c'est aussi celle des autres". *Le Bloc-Notes*, Juin 2001.
- (16) - Freud A. "Le moi et les mécanismes de défense". Paris ; PUF, 1970.
- (17) - Castro J. "Déterminants de santé : quelques éléments pour nourrir la réflexion". *Comité pour l'annulation de la dette du Tiers Monde (CADTM)*, avril 2007.
- (18) - Sous la direction de Ruffiot A. "Psychologie du sida : approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-éthiques". Liège - Bruxelles : Pierre Mardaga, 1989.

## Questions de la salle

### Pr Jean-Louis San Marco

Christine, vous avez critiqué les actions de prévention basées sur la peur. Pouvez-vous donner des exemples d'une promotion de la santé hédoniste, basée sur le plaisir, la joie et l'épanouissement ?

### Christine Ferron

En terme de communication, les deux ont existé : des communications qui cherchent à provoquer l'effroi et d'autres qui cherchent davantage à questionner les personnes dans leur comportement ou leur consommation. Les exemples ne manquent pas de communications qui ont cherché à s'appuyer sur des ressorts différents. En termes d'action de terrain, heureusement, ça se réalise tous les jours dans la relation duelle soignant-soigné, dans la relation d'un éducateur pour la santé avec un groupe d'adolescents. Il y a des moyens de s'appuyer sur les ressources des personnes plutôt que sur leur vulnérabilité ou leur fragilité.

## Le malentendu de la prévention

### Marie-Jean Sauret, Professeur de psychopathologie clinique, Université Toulouse II

Mon champ de travail concerne le rapport entre le sujet et le lien social et c'est par ce biais que je croise les préoccupations de cette journée. J'ai divisé mon exposé en trois points à partir d'une question sur le malentendu de la prévention que je formule ainsi : est-il légitime d'interpréter le pathos humain en termes de santé mentale dûment mesurable, rectifiable et évaluable - condition préalable à toute prétention à la moindre prévention ? Nous ne doutons pas des progrès de la médecine en ce qui concerne l'organicité. Mais toutes les dimensions de l'humain se ramènent-elles à la biologie, ainsi que les thèses de la détermination familiale de la délinquance, génétique de l'homosexualité, bio-psycho-sociale de la dépression le laisseraient croire ?

J'aborderai trois points :

- L'homme neuro-économique
- Le sujet de la parole
- L'imprédictible qui me paraît être le fond de la question éthique.

### L'homme neuro-économique

L'humanité a surgi quand un animal a quitté sa niche écologique pour un habitat langagier. Il s'y découvrait aussitôt mortel. Il s'engageait alors, par les moyens de la culture, dans le lent processus de civilisation, dont le but semble être de guérir l'homme de la mort, ce dont la tombe témoigne, et de traiter le drame qui le constitue d'être divisé entre vie biologique et vie symbolique. Longtemps, deux rationalités se sont déployées ensemble ou parallèlement : l'explication scientifique du monde, l'interprétation herméneutique du monde. Jusqu'aux Lumières qui ont inventé un moyen radical de résoudre la question de la mort : elles contribuent à disqualifier la question même du sens de la vie, de la présence de l'homme, de l'existence de l'univers - en autorisant la réduction de l'humain à sa seule dimension naturelle. En même temps que les mathématiques permettent une mutation sans précédent de la physique et plus largement du discours de la science, elles ont permis l'avènement de l'homme calculable, et, avec l'utilitarisme, d'une nouvelle science économique capable d'évaluer les relations entre les individus en termes marchands.

La domination de la science et du marché confère sa forme moderne au néolibéralisme - lequel se donne comme un réel, alors qu'il s'agit d'une conséquence d'un certain état et d'un certain usage des possibilités symboliques exploitées par la science. Cet oubli du caractère non naturel de l'économie en cache un autre. Si le capitalisme ne se réduit pas à un système économique, c'est qu'il est aussi une civilisation : il formate l'homme qui le fréquente et qui se laisse suggestionner par lui - autant dire, d'une façon ou d'une autre, nous tous. Par-là, il contribue à la mutation anthropologique de l'homme économique - que les neurosciences actuelles perfectionnent en homme neuro-économique (*Roland Gori, Marie-José Del Volgo, Exilés de l'intime, Paris, Denoël, 2008*).

Cet homme identique à un ordinateur digital, dont le neurone humide serait un équivalent du neurone informatique, fonctionne à l'intérêt : spontanément il se dirigerait vers le plus grand plaisir et éviterait le plus grand déplaisir. Et l'intérêt général serait obtenu par la somme des intérêts particuliers : suivre son vice est alors littéralement une vertu. Inutile de s'arrêter sur les figures de l'actualité qui montrent le riche étaler sans complexe sa fortune, même quand il bénéficie d'arrangements douteux (appartement, voyages, loisirs, pots de vin, exonérations abusives, placements frauduleux, fausses déclarations, etc.) ; sa capacité à régler ses affaires privées est une preuve de sa capacité à faire gagner la Nation ! Christian Laval attribue à l'oubli de cette anthropologie l'échec de la prédiction de Marx annonçant la faillite du capitalisme du fait de ses contradictions internes : loin de s'unir contre le capitalisme en crise, le prolétaire, formaté par lui, vole à son secours (*L'homme économique, Paris, Gallimard, 2007*) !

### **Le sujet parlant**

L'humain se trouve confronté à la question de ce qu'il est, du sens de sa vie, de l'existence d'un monde plutôt que rien... Celui-là se heurte au fait qu'il n'existe de réponse à ses questions que langagière. Autant dire qu'il y est représenté et seulement représenté : s'introduit alors la question de ce qu'il est réellement - au-delà des mots. C'est ce manque qui cause son désir et qui, avec la représentation de sa mort, fait, je le répète, le drame humain. La mélancolie, ainsi que toutes les civilisations jusqu'à nous l'ont repéré, est une dimension constitutive de l'humain, et même un fondement de l'activité culturelle créatrice (cf., outre la mélancolie grecque, le *tædium vitae* romain, le spleen anglais, le romantisme "international"...). Ce n'est donc pas un hasard si la civilisation contemporaine

transforme la mélancolie et l'angoisse existentielle (qu'elle ne peut dénier cependant) en dépression : en trouble qui affecte les performances de l'homme neuro-économique.

Celui-là doit exceller dans tous les domaines : la vie professionnelle, le sexe, le sport - paradoxalement débarrassé du désir, du corps, de la culpabilité, de la parole. Traité comme une panne ou un accidenté dès lors qu'il n'est pas capable d'optimiser la machine qu'il est et dont ses neurones sont les entrepreneurs, il sera dopé : il prendra du Viagra indépendamment de toute référence au désir, sans considération aucune pour sa partenaire ; il fera l'objet de dépistage visant à le guérir de perturbations qui n'existent pas encore ; surtout, on le débarrassera de toute velléité de s'interroger sur le sens de sa vie et de ses actes (le fascicule sur la dépression distribué par le Ministère insiste sur le fait que la dépression n'a rien à voir avec un trouble existentiel mais est bel et bien une maladie biopsychosociale). Paradoxalement, les moyens les plus efficaces pour se réaliser se révèlent parfois n'être que des placebo : c'est-à-dire fonctionner à la suggestion et au transfert sur le spécialiste - confirmation indirecte du primat de la parole !

L'humain est ainsi fabriqué, il veut que l'Autre soit à sa disposition : qu'il lui fournisse de quoi se satisfaire. Certes, l'Autre se charge au mieux de son être et de son organisme : il confère un nom, un prénom (un être fabriqué de mots), fournit des soins, est à l'occasion un bon parent nourricier ; mais il est incapable de prendre en charge l'existence du sujet, de vivre sa vie à sa place. D'où l'expérience de détresse que Freud repérait aux fondements de la vie de chacun - et qui participe du drame subjectif, avec la mélancolie, l'angoisse devant la mort, l'expérience de la perte, de l'insatisfaction, du désir, de la quête du sens...

Il y a plus. Le sujet ne veut pas être joui par l'Autre - par aucun Autre, quel qu'il soit. Et il s'assure à la fois de son lien aux autres et de son irréductibilité par le symptôme. Ainsi de cette femme, amoureuse de son homme, mais qui devant l'amour exclusif et étouffant qu'il lui porte ne trouve, certes inconsciemment, d'autre réponse pour sauver sa singularité des dangers fantasmés de la fusion, que de prendre du poids : une femme forte refroidit ses ardeurs. Il n'est pas rien que fleurissent aujourd'hui des pathologies de la consommation : anorexie, addiction, boulimie, traitement alimentaire des tensions, vols compulsifs, sans parler des violences et autres conduites à risques supposées sortir le sujet de l'ennui où le plonge sa confusion avec la masse... Le sujet trouve dans le symptôme le rappel de ce qui

fonde son humanité : l'espèce humaine est une espèce composée d'exceptions, où chacun est assuré de sa singularité. Dès lors, tenter une définition de l'humain et de son fonctionnement par des lois générales empruntées à la science, fut-ce à des fins de prévention, ne peut participer que du malentendu : même si telle maladie est organique et obéit à un fonctionnement identique pour tous, le rapport de chacun à sa maladie, le sens qu'il lui donne, est singulier (et pourtant, dans ce cas, la prévention est parfois possible).

### **L'imprédictible**

Comment l'humain est-il capable d'un processus de civilisation qui, s'il allait à son terme, le détruirait ? C'est que l'inhumain l'habite. Comment pourrait-il d'ailleurs créer s'il n'était capable de détruire ce qui précède ? Comment pourrait-il parler s'il ne pouvait s'émanciper des discours tenus avant lui ? Une grande partie de la question est là : quel destin pour ce que Freud a identifié sous le terme de pulsion de mort ? Faute d'en prendre la mesure, il se pourrait bien que cette pulsion soit utilisée contre soi-même. Chaque fois que les hommes ont eu entre les mains un moyen de destruction, ils l'ont utilisé : guerres, armes nucléaires, génocide... Pour la première fois, ils ont le moyen de détruire la planète elle-même.

Il n'y a aucun mérite à suspecter la présence de cette violence au cœur de chaque sujet - puisqu'elle s'y trouve toujours ! Mais il n'y a aucun moyen de savoir ce qu'il en fera : comment il y répondra, s'il en sera déprimé ou excité, s'il la mobilisera pour ou contre la civilisation. Par contre, l'issue dépend pour une part des rencontres contingentes que fera le sujet. C'est ici que les cliniciens et d'autres, quelle que soit leur formation, ont leur partie à jouer, quand ils croisent celui qu'ils ont à accueillir. Cette partie est celle que seul peut jouer un "vivant" convainquant dans le pari pour la vie, parce que c'est le pari qu'il fait pour lui-même et dont il tire les conséquences : je veux bien appeler cela de la prévention...

## **Table-ronde n°4 : Nécessité et risques du ciblage populationnel dans le domaine de la santé**

### **L'éducation thérapeutique, place du soignant et du soigné Dr Claude Terral, Maître de conférence, Praticien hospitalier, Président du CRES Languedoc-Roussillon, Montpellier**

Pour aborder le thème de cette table-ronde, je vais vous présenter un patchwork de problématiques que j'ai rencontrées sur le terrain. Il y a dans cette salle un certain nombre d'anciens jeunes militants de l'éducation pour la santé qui ont infléchi leur réflexion et leur action vers l'éducation du patient et qui ont porté à bout de bras ces notions totalement marginales et incongrues mais qui reposaient sur une réflexion solide au service de l'homme et au service du public. Aujourd'hui, l'éducation du patient, un nouveau paradigme de la communauté des soignants, se voit officialisée, encensée et presque imposée par des lois, des textes et des circulaires. On en parle, on en débat, on s'affronte, on discute sur le poids des mots : éducation pour la santé, éducation du patient, éducation pour la santé du patient, éducation thérapeutique, entraînent des débats sémantiques qu'on aurait bien voulu voir porter sur deux autres mots : le soin et la santé.

L'éducation thérapeutique procède-t-elle de l'évolution des concepts de l'éducation pour la santé ? Pendant ce temps, sur le terrain, des soignants et des soignés font émerger des questions relevant du quotidien. La demande est là, les bonnes volontés sont présentes, les arguments épidémiologiques sont annoncés. Mais la formation est la grande absente. Les textes qui enjoignent de faire de l'éducation du patient sortent en même temps que les textes qui disent qu'on ne peut pas valoriser, qu'on ne peut pas faire reconnaître ce que l'on fait donc qu'on n'a pas le temps de faire. Eternel débat de la volonté politique face à une forme de réalité économique.

Est-ce que le ciblage professionnel intéresse le soigné ? Oui car il souhaite pouvoir en bénéficier. Mais il n'y peut pas grand-chose sauf à se regrouper pour bénéficier du poids associatif. Le soignant, quant à lui, n'a pas vraiment le choix. Les textes actuels l'orientent vers des actions d'éducation ciblées vers des maladies chroniques, sans considérer l'âge ou le sexe. Sont prioritaires les maladies respiratoires telles que l'asthme,

le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance rénale. Pour les autres, il est beaucoup plus difficile de justifier des actions éducatives. Les textes disent que "l'éducation est partie intégrante des soins". Donc, chaque soignant y contribue avec chaque patient quelle que soit la pathologie. Mais, c'est oublier que rares sont les formations initiales qui préparent les soignants à cette mission ; c'est oublier que la durée moyenne de séjour a considérablement diminué, c'est oublier que la tarification à l'activité (T2A) ne reconnaît pas le temps passé à éduquer.

Une autre forme de ciblage populationnel concerne les soignants. Puisqu'ils ne sont pas formés initialement, pourquoi ne pas en former un par équipe pour qu'il devienne le référent ? On a vu ainsi se développer des postes de soignants dédiés à l'éducation.

Les limites sont très rapidement atteintes car le reste de l'équipe se désintéresse de l'éducation et ce poste apparaît comme privilégié au sein de l'équipe. Au sein du CHU de Montpellier, nous avons prévu lors de la mise en place de formations à l'éducation du patient, en 1995, de former plusieurs membres d'une équipe et jamais des personnes isolées. Depuis 2-3 ans, nous avons le plaisir de voir que quelques chefs de services ont souhaité former la totalité de leur équipe, eux y compris. C'est un engagement pour un service que d'accepter de se former ensemble, tous métiers confondus. Mais cela a entraîné des modifications considérables dans l'organisation des services et les soignants témoignent qu'ils en sentent la cohérence.

Autre forme de ciblage populationnel : l'expérience montpelliéraine a montré que les personnels infirmiers et les cadres de santé sont les plus sincèrement investis dans l'élaboration et la réalisation d'actions éducatives au quotidien. Une des raisons à cela paraît être que les infirmiers ont une occasion remarquable de mettre en avant leur rôle propre, de mettre en œuvre leur compétence. Mais encore faut-il que l'information leur parvienne car l'organisation hospitalière est telle que bien souvent circulaires et textes dépassent rarement les sphères administratives et médicales. Pour remédier à cela, nous avons mis en œuvre dès 1999 des correspondants en éducation pour la santé. Ce sont des cadres infirmiers qui se sont engagés en soutenant un diplôme d'université en éducation du patient et qui ont la charge d'assurer un relais entre une unité de coordination des actions de prévention et les équipes médicales et paramédicales. Ils apportent appuis, conseils, soutien méthodologique et font remonter les attentes. Cette place est fondamentale pour assurer le développement des actions éducatives et le lien entre elles. Quant

aux médecins, ils n'ont pas vraiment investi cette place même s'ils sont de plus en plus nombreux à prendre conscience de l'intérêt de favoriser le développement de ces pratiques. Notre formation médicale est toujours bio-médico-technico centrée sur la forme d'ordonnance ; or, la posture éducative consiste à favoriser l'acquisition et l'autonomie par le patient.

L'ordonnance, elle, impose ; elle est en lien avec la compliance, ce métal que l'on frappe avec un marteau. La tension est importante entre ces deux postures. Prescrire des soins et donner des soins sont deux métiers différents aux yeux du patient.

De plus, une situation nouvelle apparaît depuis quelques années. Pour des raisons liées à leurs logiques économiques, certains laboratoires pharmaceutiques proposent aux médecins des programmes éducatifs clés en main dont la finalité est de renforcer la compliance du patient au médicament.

S'agit-il alors d'éducation ou d'instruction ?

Le comité interassociatif des patients (CISS) tire la sonnette d'alarme et demande que ces programmes soient discutés et élaborés à plusieurs partenaires. Si l'éducation doit conduire vers l'autonomie, de tels programmes qui conduisent à l'observance en font-ils partie ?

La majorité des actions d'éducation thérapeutique se déroule dans les hôpitaux alors que les patients porteurs de maladies chroniques ne vivent pas dans les hôpitaux. Comment réaliser ces actions éducatives au plus près du lieu de vie ?

Notre réflexion peut également porter sur la position des soignés. Il semble qu'ils attendent des soignants d'être écoutés et entendus ; ils connaissent parfaitement leur maladie, ils souhaitent construire avec les soignants une réponse originale adaptée à leurs questions et à leurs attentes. Ils n'attendent pas de nous des modèles à reproduire mais ils souhaitent des exemples parmi lesquels ils pourront choisir. Ils s'interrogent également sur la notion de compétences que l'on attend d'eux, la seule qu'ils voient sourde est la compétence à l'observance. Il faut que nous arrivions à sortir de ce lien de dépendance pour aller vers un lien de coopération avec des patients, certes très différents, mais qui sont de plus en plus acteurs et aussi auteurs.

Aujourd'hui, nous ne devons plus considérer que le savoir du patient aurait moins d'importance que le savoir médical. Nous ne sommes pas dans une inégalité de savoirs mais, comme le dit Philippe Meirieu, dans une disymétrie de savoirs entre le soignant et le soigné.

Cette disymétrie est temporaire car les connaissances et les représentations chez le patient évoluent comme chez le soignant. Le soignant doit éviter de croire que c'est la procédure éducative qui est à l'origine du changement quand celui-ci a lieu. Car le soigné n'adhère pas toujours à une science dite bonne, il a aussi une part obscure qui le pousse à agir contre son bien. Tout compte fait, un soignant peut-il être aussi un éducateur ? Ce n'est pas évident car la formation du soignant le pousse à guérir et à dire à l'autre sa vérité et ce qui serait bien pour lui. Or, l'éducateur n'a pas d'obligation de résultats ; il est un accompagnateur qui va permettre à l'autre de repérer ses propres ressources et de trouver ainsi sa propre voix.

Si on parle de morale, on renvoie à la conformité, à la santé publique et à la médecine ; si on parle d'éthique, on s'intéresse au rapport que l'on entretient avec autrui. L'éthique est ce qui rend la vie possible, c'est la façon dont nous nous approprions les valeurs qui ont du sens pour nous faire vivre. La question éthique se pose toujours dans l'éducatif. De la même façon, nous devons rester très vigilants sur le discours sur la compétence du patient car cela peut ressembler à un transfert de responsabilité. Ces questions sont le témoignage que la santé n'est pas de l'ordre du marché et ne peut pas être prise en compte sous le seul éclairage de la tarification à l'activité. Elles sont aussi le témoignage que la question de la place du soignant et du soigné sont graves au sens étymologique.

Pourquoi la formation initiale des professionnels de la santé est-elle si hermétiquement fermée sur l'approche bio-medico-technique ? Aujourd'hui, ce sont les professionnels de la santé qu'il faut cibler dans leur formation initiale.

Le système actuel de gestion et de prise en charge des soins est-il vraiment animé par une approche globale de la santé ? Les soignants et les soignés s'interrogent pour savoir si le concept d'éducation n'est pas en train d'évoluer vers un concept d'instruction ou d'apprentissage avec toutes les conséquences en terme d'éthique ou de responsabilité qui peuvent en découler.

## **L'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : perspectives et limites**

***Dr Anne Galinier, chef de service médecine préventive, praticien hospitalier, AP-HM, centre pénitentiaire de Marseille Les Baumettes***

J'ai été recrutée comme médecin en milieu pénitentiaire en 1993 pour mettre en place la loi de janvier 1994 qui a complètement transformé la médecine en milieu pénitentiaire. En effet, avant cette loi, les soignants qui intervenaient en milieu pénitentiaire étaient des médecins généralistes vacataires sous la tutelle du Ministère de la santé ; ils ont été intégrés dans la fonction publique hospitalière. De la même manière, l'éducation pour la santé était auparavant sous la responsabilité du service socio-éducatif pénitentiaire. La loi de janvier de janvier 1994 a fait entrer l'hôpital à l'intérieur de la prison ; à Marseille par moi-même accompagnée de quelques autres médecins et infirmiers. Nous avons été aidés par le guide méthodologique mis en place en 1995 et réactualisé en 2005. Cette période a été une période de confusion car les services socio-pénitentiaires se sont vus confier par la circulaire de l'administration pénitentiaire de 1994, la coordination de l'action d'éducation pour la santé. A l'inverse, le guide méthodologique confie au médecin de l'UCSA la responsabilité de la coordination de l'éducation à la santé. Par ailleurs, les équipes hospitalières ne savaient pas faire de l'éducation à la santé. Nous avons dû appréhender un nouveau terrain de jeu, la prison, avec de nouveaux partenaires, l'administration pénitentiaire et avec de nouvelles règles du jeu, l'éducation pour la santé.

En prison, où les personnes sont confinées dans une unité de lieu, on a l'impression que l'éducation pour la santé doit être suivie de résultats ; la population étant captive et ne pouvant s'échapper rend les intervenants extrêmement confiants dans la pertinence de leur action.

Pourquoi l'éducation pour la santé a-t-elle été extrêmement développée dans le guide méthodologique de 1995 ? L'épidémie de Sida-VIH est à l'origine du passage du système sanitaire pénitentiaire vers l'hôpital public. L'administration pénitentiaire et le Ministère de la justice se sont sentis totalement dépassés par cette épidémie à l'intérieur de la prison.

A l'échelle de l'Europe, il y avait un manque équivalent de prise en charge et de connaissances des réponses à faire à ce type d'épidémie.

Avec Michel Rotily de l'ORS, nous avons mis en place un travail de réseau européen qui a mis en évidence l'épidémie de Sida et d'hépatite B dans les prisons en raison d'un défaut de moyens de protection mis à la disposition des patients incarcérés.

Pourquoi promouvoir la santé en prison ?

Les prisons sont le lieu de prolifération de maladies contagieuses et d'apprentissage et de développement de comportements à risque. Le programme Health in Prisons Project (HIPP) de l'OMS a essayé de 1995 à 2005 de prendre en charge dans les prisons les maladies contagieuses, la santé mentale et les drogues.

Quels ont été les obstacles rencontrés pour mettre en place ce programme ?

- Les compétences du corps médical et des équipes hospitalières en matière d'éducation pour la santé sont insuffisantes malgré l'édition, en 1998, du guide de promotion de la santé en milieu pénitentiaire édité pour aider les équipes. Ce guide n'existe plus. Les équipes confondent éducation et information en pensant que donner une information suffit à éduquer.
- L'évolution de la population carcérale : un taux d'occupation générale de 250%, entre 5000 et 6000 entrées par an pour 2000 places, un turn over important avec une moyenne de séjour de quatre mois. Cette période ne permet pas de constituer des groupes isolés avec lesquels faire des actions d'éducation pour la santé.
- L'extrême dénuement des personnes détenues : elles sont essentiellement préoccupées de se procurer les éléments de la vie quotidienne car ces services (brosse à dent, savon, papier toilette...) sont payants alors que l'incarcération les a privés de leurs moyens de ressources.
- Le vieillissement prématuré dû à l'incarcération : tabagisme, sédentarité, erreurs nutritionnelles répétées, stupéfiants font que l'état de santé se dégrade progressivement et amène les détenus à paraître, en général, 5 à 10 ans plus vieux qu'ils ne le sont en réalité.

Le seul espace de liberté du détenu est d'accepter ou de refuser les soins. Il est difficile dans ce contexte de violence institutionnelle de proposer à la fois des soins imposés et une éducation pour la santé qui soit pertinente.

Les obstacles imposés par les équipes soignantes sont essentiellement la primauté du soin curatif. De plus, les programmes d'éducation pour la santé inscrits dans la loi sont en retard par rapport aux besoins. Nous savons que les épidémies de Sida

et d'hépatite sont dues à la contamination par des seringues et des aiguilles. C'est la troisième fois que j'essaie de développer aux Baumettes un programme d'échanges de seringues à l'intérieur de la prison. La première fois, c'était il y a 8 ans.

Les autres difficultés sont l'insuffisance des ressources financières disponibles. Parmi les projets développés, plusieurs n'entrent pas dans le cadre des programmes régionaux de santé.

Quelles sont les perspectives ?

Le Comité d'éducation pour la santé au sein de la prison permet de définir les axes à mettre en œuvre.

La circulaire interministérielle d'éducation pour la santé spécifique au milieu pénitentiaire est en cours de rédaction.

Les partenaires sont présents : associations, université (recherche-action), institutions (CLAT, COREVIH).

Voici quelques thèmes d'éducation pour la santé mis en place aux Baumettes : Journée mondiale du 1er décembre, actions santé vers les jeunes majeurs, vers les populations migrantes, trousse distribuées aux arrivants, patchs nicotiques, journée de la femme, forum pour les sortants, hygiène bucco-dentaire, groupe de parole autour des problèmes d'alcool, violence en détention.

En conclusion, l'incarcération n'est pas le moment adapté pour proposer une éducation pour la santé. Les acteurs ne sont pas correctement formés. Les thèmes privilégiés ne sont pas ceux de l'extérieur. Les résultats sont difficiles à évaluer par absence de suivi des personnes à leur sortie.



## Questions de la salle

### **Françoise Rey, Centre de lutte contre la tuberculose**

Certaines populations de détenus sont-elles plus sensibles aux actions d'éducation pour la santé ? Les multirécidivistes reviennent-ils aux ateliers ?

### **Dr Anne Galinier**

Certains multirécidivistes qui ont suivi des ateliers de prévention du Sida sortent séronégatifs et reviennent séropositifs. Il est vrai aussi que dans les ateliers de lutte contre le tabagisme, nous obtenons avec les patchs nicotiniques de réels sevrages qui perdurent à la libération. Il est certain aussi que certains programmes d'éducation pour la santé ne sont suivis que pour ne pas rester en cellule ou dans la cour de promenade.

### **Sylvain Girard, ADES du Rhône**

Sur quel levier devons-nous agir pour permettre de réfléchir en France à un programme d'échanges de seringues dans les prisons ?

### **Dr Anne Galinier**

Les produits de substitution existent. Ils ne sont pas légalisés en France. L'Europe pourtant les encourage. C'est donc un problème politique qui ne permet pas dans notre pays, sinon à enfreindre la loi, de les proposer dans les prisons. Tant que cette situation ne sera pas prise en compte par le législateur, les programmes d'échange de seringues ne pourront pas être mis en œuvre.

### **Pr François Bourdillon**

Une question pour Claude Terral : peux-tu nous préciser le distinguo que tu fais entre les programmes d'éducation thérapeutique et les programmes d'accompagnement. Peux-tu aussi nous donner très rapidement ton avis sur les programmes d'accompagnement de l'Assurance maladie par téléphone ?

### **Dr Claude Terral**

Un programme d'éducation thérapeutique repose sur des principes et des valeurs identiques à ceux de l'éducation pour la santé. On accompagne, on fait avec l'autre, on parle de ses représentations de la santé pour essayer de lui donner d'autres

formes de représentations. Les programmes que, comme vous l'avez compris, je dénonce sont des programmes coercitifs dans lesquels l'objectif est de dire : "*il ne faut pas fumer*" et qu'on accompagne de procédures qui sont souvent des apports de connaissance bio-médico-technique. Je m'interroge beaucoup sur les programmes dans lesquels l'objectif est la stricte observance. Je m'interroge beaucoup sur les raisons des programmes par téléphone où on demande aux gens s'ils ont mesuré leur glycémie, s'ils ont pris leur médicament. Je m'interroge sur cette société partant du principe que chacun choisit de conduire sa vie librement dans une société organisée avec ses règles. Je suis un farouche partisan de l'autonomie.

## Conclusion

***Chantal Lamouroux,  
Présidente de la Commission Environnement,  
Conseil régional PACA***

Nous sommes arrivés au terme de ce colloque très important au regard des valeurs et des priorités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le domaine sanitaire. La richesse des débats ainsi que l'affluence à ce colloque témoignent des priorités et des valeurs partagées. Je souhaite saluer le Pr Jean-Marc Garnier, Président du CRES, sa directrice Zeina Mansour, les élus présents ainsi que tous les intervenants qui se sont succédés aujourd'hui. Je remercie Zeina Mansour et le Pr Jean-Louis San Marco qui ont su animer avec brio les débats de cette journée. Je tiens à vous remercier tous et toutes pour votre participation, pour la richesse que vous avez apportée sur la question essentielle de l'éthique en éducation pour la santé.

C'est un sujet qui me tient particulièrement à cœur, pour lequel j'ai essayé d'œuvrer pendant toute ma carrière d'enseignante en biologie. Les réflexions et les savoirs que vous avez partagés au cours de vos différentes interventions ont démontré la nécessité de s'interroger constamment sur la légitimité des politiques et des actions menées dans le champ de l'éducation et notamment dans le champ de l'éducation pour la santé. Comme vous le savez, la Région a développé une politique de santé volontariste donnant la priorité à l'éducation pour la santé en direction des jeunes.

Dans ce contexte, les questions d'éthique sont forcément au cœur de nos préoccupations. Notre société est confrontée à des urgences en terme de santé publique mais cela n'autorise pas n'importe quelle stratégie d'éducation pour la santé d'autant plus quand celle-ci concerne les jeunes. L'alcool tue, le tabac fait des ravages. Faut-il immédiatement interdire aux jeunes de boire et de fumer ? Aujourd'hui, l'éducation pour la santé est encore basée sur le modèle hygiéniste qui consiste à donner une information ponctuelle sur les comportements et leurs conséquences.

Pour éminemment justifiables qu'elles soient au plan épidémiologique, ces injonctions s'avèrent bien peu compatibles avec le rôle de l'éducation pour la santé dont la mission consiste à développer les capacités de l'individu comme personne et comme citoyen. Ce qui paraît essentiel est de permettre à l'autre de développer ses capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable.

Les objectifs de ce colloque étaient de répondre aux questionnements sur les valeurs et les enjeux sociaux de l'éducation pour la santé et également de mettre en exergue certaines situations spécifiques pouvant servir d'expériences. Ces objectifs sont pleinement atteints grâce à l'implication de chacun d'entre vous. La Région va s'appuyer sur l'apport des débats pour affirmer sa politique de santé en direction des jeunes.

En vous souhaitant bon retour, je vous renouvelle les plus vifs remerciements du Président Michel Vauzelle ainsi que les miens pour votre participation.