

1

Statut de l'éducation pour la santé des jeunes¹

Selon les auteurs du *Traité de santé publique* (Brücker et Fassin, 1989), l'objet de l'éducation pour la santé consiste pour l'essentiel à enseigner des comportements favorables à la santé. Selon ces mêmes auteurs, il existe trois catégories d'éducation pour la santé : primaire, secondaire, tertiaire. L'éducation primaire est toute action éducative visant à renforcer l'état de santé. L'éducation secondaire consiste en des mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou, dans le cas où il est intervenu, à restaurer le plus rapidement possible un nouvel état de santé. L'éducation tertiaire étant toute intervention éducative visant à faire « vivre au mieux » les séquelles de l'accident. L'éducation à la santé intervient donc en amont et en aval de la maladie ou de l'accident de santé.

L'éducation sanitaire trouve sa justification dans les données de santé publique qui soulignent aujourd'hui l'importance des comportements comme facteurs explicatifs de la majorité des décès considérés comme prématurés et évitables, particulièrement chez les jeunes. Il est généralement admis que le coût de l'éducation est bien inférieur aux gains pouvant être réalisés. Ces coûts sont par ailleurs dérisoires quand on les compare aux coûts d'autres secteurs de l'activité dans le système de santé. En France, chaque année, on consacre en moyenne par habitant : 10 F pour l'information et l'éducation pour la santé, 250 F pour la médecine préventive et 11 000 F pour les soins (HCSP, 1996).

L'éducation à la santé ne présente pas seulement des intérêts collectifs et économiques ; elle présente assurément aussi un intérêt individuel et personnel. En effet, elle doit permettre à chacun de développer ses capacités pour améliorer tant la longévité que la qualité de la vie et cela dans la vision holistique de la définition de la santé que propose l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa Constitution adoptée le 22 juillet 1946 à New York : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne

1. Ce travail d'analyse constitue le prolongement d'une étude sur l'approche juridique de la politique de santé publique qu'est l'éducation à la santé. Cette étude a donné lieu à un colloque pluridisciplinaire qui s'est tenu à la faculté de Droit de Rennes les 24 et 25 septembre 1998 et dont les actes sont en cours de publication aux Éditions CFES.

consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Elle concourt au respect de la dignité de la personne humaine en favorisant la qualité de vie et en diminuant les dépendances. Enfin, elle présente un intérêt social en participant à la lutte contre les inégalités sociales. Malgré de tels enjeux, l'éducation à la santé n'est apparue que tardivement dans les politiques de santé.

Les premiers centres régionaux d'éducation sanitaire ont été créés en 1945. Mais ce n'est qu'au milieu des années soixante-dix que l'éducation à la santé prendra son essor. Ainsi, sous l'impulsion de Madame Simone Veil, ministre de la Santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), association à but non lucratif, dépendant structurellement et financièrement du ministère en charge de la Santé, mettra en place les premières grandes campagnes de prévention sur le tabac. Des relais régionaux et départementaux seront également financés par le ministère. Toutefois, l'éducation à la santé n'est pas, en France, le monopole de l'État. Bien au contraire, c'est l'affaire de tous, de tous les acteurs du système de santé. Parce qu'elle est l'affaire de tous, cette mission d'intérêt général pose des problèmes d'ordre juridique, éthique et économique. Or, on constate aujourd'hui que, dans l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire, les quelques dispositions éparses mentionnant l'éducation à la santé offrent une activité mal structurée, mal délimitée qui porte atteinte à sa crédibilité et à sa pertinence. Parce que l'éducation à la santé n'est pas un monopole de l'État, parce qu'elle relève d'une mission de service public, non seulement elle est exécutée par une multitude d'acteurs souvent ignorés les uns des autres, mais elle soulève des questions juridiques et éthiques.

Diversité des acteurs

Ce n'est que récemment que le législateur et le pouvoir réglementaire ont reconnu officiellement la mission d'éducation à la santé bien que des travaux juridiques aient depuis fort longtemps montré la nécessité d'une telle approche des problèmes de santé. Ainsi, dans une thèse soutenue à la faculté de Droit de Montpellier en 1909 sur « les abus commis au nom de l'hygiène publique contre les droits et les libertés des individus » (Donnadieu de Lavit, 1909), un juriste défendait le développement de l'hygiène par l'éducation. Il insistait sur l'enseignement de l'hygiène comme de nature à limiter la réglementation de celle-ci parfois très contraignante. On pense bien sûr aux pouvoirs de police administrative (c'est-à-dire les pouvoirs de prendre toutes mesures nécessaires à la protection de l'ordre public entendu comme la sécurité, la tranquillité et la salubrité publique) définis à l'époque par la loi municipale de 1884 et la loi du 15 février 1902 (Comiti, 1983). Aujourd'hui, l'éducation sanitaire apparaît dans divers textes aux objets différents. Sans donner un contenu bien précis à cette mission, ces textes en confèrent néanmoins l'exercice à une grande variété d'acteurs.

C'est ce qui ressort notamment de l'article R767-6-CSP relatif aux programmes régionaux de santé (déterminés sur la base des priorités établies par les conférences régionales de santé), dans sa rédaction issue du décret d'avril 1997 pris en application des ordonnances Juppé (Journal officiel, 18 avril 1997). On peut y lire que ces programmes comportent des actions d'éducation pour la santé élaborées et mises en œuvre avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations. Formule classique figurant dans le Code de Sécurité sociale et qui a été reprise par le législateur lors de l'adoption de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (Journal officiel, 31 juillet 1998).

Parce que l'éducation à la santé contribue à la santé, il apparaît alors comme une évidence que tous les acteurs sanitaires interviennent dans cette politique de santé publique, particulièrement les professionnels de santé et les établissements de santé, mais aussi les organismes financiers comme les caisses d'assurance maladie ou encore les collectivités locales, notamment les départements compétents en matière d'action sanitaire et sociale, et enfin les nombreuses associations agissant dans le domaine de la santé. Il apparaît également que les établissements scolaires, chargés de l'instruction et de l'éducation des enfants et des jeunes, ne sont pas l'unique lieu d'une action qui, parce qu'elle concerne la santé, dépasse le seul cadre scolaire. Pour autant l'école, le collège et le lycée ne doivent être ni oubliés ni minimisés. En effet, ces établissements sont non seulement investis de la mission fondamentale de l'enseignement, mais ils demeurent les endroits obligés par lesquels passent les populations concernées (les jeunes) bien avant le cabinet médical, l'établissement de santé ou le service de protection maternelle et infantile du département. Pour ces raisons et pour rattraper aussi le retard pris en la matière, le législateur et le gouvernement ont inclus l'éducation à la santé dans les institutions et programmes scolaires.

Partenaires du champ de la santé

Outre le CFES placé sous la tutelle du ministère en charge de la Santé et le réseau qu'il a développé par ses comités régionaux et départementaux, c'est une kyrielle d'acteurs qui évoluent ou se sont vu confier la participation à la mission d'éducation sanitaire.

Le rôle joué par le ministère de la Jeunesse et des Sports est particulièrement révélateur de l'implication de tous ces partenaires. Conformément à sa mission d'information auprès des jeunes et dans le cadre d'une politique d'association des jeunes aux décisions qui les concernent, le ministère de la Jeunesse et des Sports a mis en place des Conseils départementaux et un Conseil permanent de la jeunesse. Les Conseils départementaux, placés sous l'autorité des

préfets, visent à entretenir un dialogue avec les services de l'État, les collectivités territoriales et tous les partenaires concernés par les questions de jeunesse. Le développement des Conseils départementaux respecte les spécificités locales et permet une grande diversité de projets et de modalités de fonctionnement. Ils sont ouverts à toute participation de jeunes (environ 3 000 actuellement), membres ou non d'associations. Le Conseil permanent de la jeunesse (CPJ), créé par l'arrêté du 7 janvier 1998 (Journal officiel, 29 janvier 1998), est présidé par la ministre de la Jeunesse et des Sports et a pour mission de formuler des avis et propositions sur toutes les questions concernant les jeunes. Le CPJ est composé de jeunes de 16 à 28 ans, répartis en trois collèges : représentants d'organisations nationales de jeunes, représentants d'associations locales et de conseils départementaux de la jeunesse, personnalités qualifiées. Il s'est organisé autour de sept commissions de travail : citoyenneté, accessibilité, emploi/formation/éducation, violence et société, statut et identité sociale du jeune, santé, parité/égalité. Par ailleurs, l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), établissement public du ministère de la Jeunesse et des Sports a pour vocation de promouvoir l'éducation populaire, favoriser le développement de la vie associative, participer à la mise en œuvre d'actions en faveur de la jeunesse, concourir au développement de la coopération internationale dans le domaine de la jeunesse et de la vie associative. La mission de l'INJEP est de développer les échanges, les confrontations d'expériences, les connaissances sur les questions qui concernent la jeunesse et les politiques qui sont engagées à son intention.

Collectivités locales

Les lois de décentralisation de 1982-1983 ont, en premier lieu, confié aux départements de nouvelles compétences dans le domaine sanitaire et social. Aujourd'hui les départements français sont responsables de la protection maternelle et infantile, des vaccinations, de la prévention de la tuberculose et du cancer et des politiques en faveur des publics les plus en difficulté et des personnes âgées. En conséquence, et selon le budget consenti par les organes délibérants respectifs, les départements ont la mission de participer à la prévention de certains fléaux, comme le cancer, par une politique d'information ou de soutien financier, le plus généralement en partenariat avec les caisses d'assurance maladie, les établissements de santé et les professionnels de santé.

Structures de proximité par nature, les 36 000 communes françaises jouent un rôle important dans l'action sanitaire et sociale. Cette politique municipale en faveur de la promotion de la santé se développe et n'est plus limitée à l'exercice du pouvoir de police administrative du maire en matière de salubrité publique qui, selon l'article L.2212-2 CGCT, est habilité à prendre toutes mesures de nature à éviter les troubles à l'ordre public, notamment à la salubrité publique. Beaucoup de municipalités qui ont rejoint le réseau Ville-Santé s'inscrivent dans l'esprit de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Elles

interviennent ainsi autant sur les facteurs d'environnement comme le bruit, la circulation, l'habitat, mais aussi sur les problèmes tels que la violence, la drogue ou l'équilibre alimentaire des enfants à la cantine qui concernent plus précisément les jeunes.

Caisses d'assurance maladie

En premier lieu, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) s'est vu confier le Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) institué par la loi du 5 janvier 1988 (Journal officiel, 6 janvier 1988). À cette fin, chargée de promouvoir la prévention, l'éducation et l'information sanitaires, la CNAMTS mène des actions financées sur le FNPEIS dans le cadre des priorités de santé publique retenues par l'État dans divers domaines dont la prévention et le dépistage bucco-dentaires des enfants de 4 à 12 ans et des jeunes de 15 à 18 ans, des campagnes d'éducation relatives au tabac, à l'alcool, au sida ou encore la prévention du suicide.

En second lieu, à l'échelle des départements, les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) disposent d'un budget d'action sanitaire et sociale qui, bien que modeste, constitue cependant un champ d'intervention libre et spontané pour les conseils d'administration. En effet, cette intervention n'est pas encadrée comme pour les prestations légales de sécurité sociale et d'aide sociale par des réglementations nationales contraignantes. Ainsi, selon les organes délibérants, une politique peut être développée en faveur d'actions d'éducation sanitaire, en relation avec les priorités définies par les conférences régionales de santé.

Enfin, à partir de priorités définies par leurs conseils d'administration, depuis une dizaine d'années certaines caisses ont créé des services chargés d'éducation et de promotion de la santé. Ces services, plus ou moins étoffés et spécialisés, proposent par exemple le service de diététiciennes et organisent des lieux d'exposition, de documentation et d'information.

Il faut ajouter que les sociétés mutualistes, d'une part, et les caisses d'allocations familiales, d'autre part, participent très largement à des actions de promotion de la santé en faveur de leurs ressortissants et/ou des familles et publics en difficulté.

Établissements de santé

La grande loi hospitalière du 31 décembre 1970 (Journal officiel, 3 janvier 1971) énonçait déjà en son article 2 que le « service public hospitalier participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire ». Aujourd'hui, le Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi Évin du 31 juillet 1991 (Journal Officiel, 2 août 1991), contient deux dispositions très explicites qui font de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés, participant ou ne participant pas au service public hospitalier, des acteurs privilégiés en matière d'éducation pour la santé.

Selon l'article L.711-1 CSP, les établissements de santé, publics et privés, participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées, ainsi qu'à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. On observe que si cette mission n'est que secondaire par rapport à la mission première, curative (les établissements assurent les soins d'une part, ils participent d'autre part à ces missions davantage préventives), elle est néanmoins commune à tous les établissements.

Selon l'article L.711-3 CSP, le service public hospitalier concourt aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination. Cette disposition va au-delà de la précédente puisqu'elle donne aux établissements qui participent au service public hospitalier une place privilégiée non seulement dans l'exercice même d'une action d'éducation pour la santé, mais elle en fait le noyau d'un dispositif plus large par la reconnaissance du rôle de coordination. Le texte, initiateur en quelque sorte, est aujourd'hui repris par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (Journal officiel, 31 juillet 1998) dont l'article 71 définit le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

L'hôpital, établissement public investi de la mission de service public, est ainsi au cœur du dispositif d'éducation pour la santé. De plus, pour certains établissements, développer ou coordonner une action d'éducation sanitaire constitue une chance, voire un enjeu, dans la perspective soit de la coopération sanitaire, soit de la contractualisation avec l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Professionnels de santé

Les codes de déontologie des professions médicales et paramédicales ou les textes réglementaires qui tiennent lieu de code font de l'éducation sanitaire une obligation professionnelle. Il résulte de l'article R.5015-2 CSP que le pharmacien doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Le code de déontologie médicale dans sa rédaction issue du décret du 6 septembre 1995 (Journal officiel, 8 septembre 1995) prescrit au médecin de conseiller toutes les personnes qui lui font appel (article 7) et d'apporter son concours à l'action des autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire (article 12). La mission de conseil est également rappelée aux infirmiers et infirmières par l'article 32 du décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles (Journal officiel, 18 février 1993).

Ce rappel des textes appelle deux observations. Non seulement, l'éducation sanitaire apparaît comme une évidence pour le professionnel de santé : lors d'une consultation, par une prescription, ou lors de la mise en œuvre d'un traitement, la démarche curative et la démarche préventive, sans se confondre, sont naturellement complémentaires ; mais elle n'est pas qu'une modalité de l'exercice de la profession, elle est une obligation professionnelle et comme telle source de responsabilité.

Associations

Les associations intervenant dans le domaine de la santé, recensées dans l'annuaire de B. Tricot (2000) sont très nombreuses. Principalement thématiques, mais aussi généralistes, elles ont pour objectifs la défense des malades, l'aide sociale et psychologique, l'aide à la recherche, mais aussi la prévention, la communication et l'éducation.

Bénéficiant très largement de financements publics ou faisant appel à la générosité populaire, ces associations interviennent dans la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, le cancer, le sida, les maladies cardio-vasculaires, la toxicomanie, les maladies respiratoires et la tuberculose, les maladies génétiques, le diabète... soit par des campagnes d'information, en partenariat avec les institutions publiques, soit par des actions régulières auprès de leurs adhérents.

Rôle des établissements scolaires

En délivrant à l'école mission de développer la personnalité de l'élève et de lui permettre d'exercer sa citoyenneté, la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 (Journal officiel, 14 juillet 1989) impulsait l'éducation à la santé en milieu scolaire. Selon un paragraphe du rapport annexé au texte et intitulé « Favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé », la formation des élèves dans le domaine des sciences de la vie, l'éducation pour la santé et la prévention des agressions et des consommations nocives doivent également constituer une préoccupation pour les parents d'élèves, l'équipe éducative et le service de santé scolaire. À cette fin, les pouvoirs publics ont introduit l'éducation à la santé dans les programmes scolaires et ont doté les établissements d'une nouvelle instance : le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Éducation à la santé dans les programmes scolaires

Le plan de relance adopté en mars 1998 et prévu sur plusieurs années comporte une vingtaine de mesures organisées autour de quatre grands thèmes : la prévention, l'accès aux soins, le renforcement de la place et du rôle des personnels médicaux et l'éducation à la santé.

Dès la rentrée 1998, l'éducation à la santé a été étendue à tous les collèges par la généralisation du module de formation de 20 heures qui avait été expérimenté dans plusieurs académies. Bien que faisant l'objet de plusieurs circulaires de la ministre chargée de l'enseignement scolaire (MEN, 1998a, b, c) la mise en place de ces heures est laissée à l'appréciation des établissements.

Ainsi les méthodes utilisées, les formes de l'enseignement et les intervenants sollicités varient d'un établissement à un autre. L'éducation à la santé est tout d'abord intégrée dans certaines disciplines comme, par exemple, les sciences de la vie et de la terre. Mais elle prend aussi des formes variées : participation à des groupes de parole autour d'un professionnel (médecin par exemple),

réalisation de documentaires, d'expositions et de cassettes vidéo, création et mise en scène de sketches ou de théâtre-forum. Les établissements font appel soit à l'équipe enseignante, soit à des personnels d'autres services publics (gendarmes, magistrats, universitaires), soit plus fréquemment à des bénévoles, membres d'association.

Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Créés en 1990 (MEN, 1990), les Comités d'environnement social ont été transformés en Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté en 1998. Bien que fortement recommandée par la ministre chargée de l'enseignement scolaire dans sa circulaire du 1^{er} juillet (MEN, 1998a), la mise en place de ces Comités est laissée au bon vouloir des établissements ; d'une part la création du Comité est soumise au vote du conseil d'administration, d'autre part sa composition est évolutive et adaptable à chaque situation locale. La seule exigence est que le Comité associe l'ensemble de la communauté éducative : personnels de direction, d'enseignement, d'éducation, de surveillance, sanitaires et sociaux, d'orientation, ATOS, élèves, parents d'élèves et partenaires extérieurs. L'éducation à la santé n'est qu'un des six axes retenus dans la mission de ce Comité qui consiste en l'organisation de la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.

Cet état des lieux, particulièrement en ce qui concerne l'éducation à la santé des jeunes dans les établissements scolaires, invite à la vigilance et nourrit un certain nombre d'interrogations sur le double plan, juridique et éthique.

Problèmes juridiques et éthiques

Parce que l'éducation à la santé participe de deux droits : le droit à l'éducation et le droit à la protection de la santé, sa mise en œuvre constitue une mission de service public assurée et financée par les pouvoirs publics. Or le législateur et le pouvoir réglementaire, dans leur volonté d'impulsion de l'action, n'ont pas suffisamment encadré cette activité. Le dispositif actuel, particulièrement en milieu scolaire, ne présente pas toutes les garanties requises pour assurer le respect des grands principes du service public : égalité, neutralité et continuité.

Risque de disparité

Usagers du service public de l'enseignement, les élèves disposent d'un droit d'égal accès à l'enseignement. Ce droit ne s'entend pas comme une uniformité des établissements, ni comme une uniformité des enseignements. Comme le rappelle l'article 1^{er} de la loi du 10 juillet 1989, il s'agit de permettre à chacun de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation et de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté.

En matière d'éducation à la santé, cela signifie que les établissements doivent assurer la mission qui leur est dévolue d'une manière cohérente et suivie, en se fixant des objectifs et en se dotant de moyens pour les atteindre. Cette exigence paraît compromise. En effet, les établissements vivent cette nouvelle mission comme une contrainte supplémentaire et sont peu enclins à se précipiter dans l'action. La principale préoccupation des chefs d'établissement est aujourd'hui d'assurer la sécurité des élèves et des personnels. L'insuffisance des moyens humains pour assurer l'encadrement des élèves dans certains établissements est telle qu'elle fait nécessairement passer ces nouvelles préoccupations au second rang. Le dispositif étant plus incitatif que contraignant, nombreux sont les établissements qui n'ont pas suivi les recommandations du ministère. Le phénomène n'est pas nouveau et ce d'autant que les établissements sont démunis. On a pu observer par exemple que la brochure « Passeport pour le pays de la prudence », élaborée par le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Éducation nationale, était inégalement distribuée dans les établissements primaires : soit elle n'était pas distribuée par peur de réaction ou par négligence, soit elle était distribuée sans explications, soit au mieux elle était accompagnée de petits développements par les maîtres. De plus, les chefs d'établissement sont, malgré le concours des conseillers médicaux des rectorats d'académies, démunis quant au contenu à donner et aux méthodes à suivre dans le domaine de l'éducation à la santé. Le contenu de l'éducation à la santé n'est pas défini. De l'avis des intervenants, le plus souvent bénévoles, aucune ligne d'action n'est tracée, chacun intervient en fonction de ses connaissances et de son savoir-faire, de manière morcelée, épisodique et sans lien avec les autres partenaires.

Manifestement, l'éducation à la santé souffre d'un défaut d'organisation que les nouveaux comités ne semblent pas prêts à corriger. D'une part, ces comités ne sont pas mis en place dans tous les établissements, d'autre part leurs missions sont très éclatées. Enfin, leur composition très large risque d'être un facteur de blocage pour une ligne d'action cohérente et consensuelle. La souplesse est très certainement indispensable pour gérer les particularismes de chaque établissement (on pense en particulier aux politiques spécifiques aux zones d'éducation prioritaires), elle ne doit pas pour autant être facteur d'inégalité. L'éducation à la santé en milieu scolaire semble avoir été mise en place trop rapidement, de manière parfois spontanée, pour répondre à un besoin de circonstances sans réflexion sur le long terme. Les instructions ministérielles donnent aux établissements une marge de manœuvre trop grande, source de disparités.

La réduction des inégalités, notamment en matière de santé, à laquelle participe cette action d'éducation, nécessite une organisation plus structurée et donc, au besoin, plus réglementée, et qui, pour être efficace, doit s'inscrire dans la durée et la continuité.

Exigence de neutralité

Bien que peu ou pas contraignante, l'éducation à la santé peut néanmoins constituer une menace pour la liberté de chacun.

Parce qu'elle vise à informer, l'éducation à la santé est peu contraignante ; aucune sanction, ni administrative, ni financière, ni pénale ne censure celui qui n'a ni suivi ni accepté les recommandations formulées. L'éducation à la santé se distingue de l'obligation aux soins (injonction thérapeutique, hospitalisation sans consentement) ou de l'obligation vaccinale. Elle est même un facteur de promotion de la liberté : mieux informés des risques, les individus peuvent librement infléchir leurs comportements, mieux se soigner, recouvrer un état de santé, voire une liberté qu'un état de dépendance leur avait fait perdre.

Cependant, si l'éducation à la santé participe indiscutablement à la construction du libre arbitre, particulièrement chez le jeune en pleine formation de sa personnalité, elle peut constituer aussi un danger pour la liberté. L'éducation à la santé tend à infléchir les attitudes et les comportements des individus envers leur corps et leur manière de vivre. La promotion de la santé et de la liberté peut alors devenir l'instrument d'objectifs moins nobles (économiques, politiques) et de prosélytisme.

L'éducation à la santé peut tendre à favoriser des intérêts économiques comme, par exemple, ceux d'un groupe de pression. N'oublions pas que la santé, si elle a un coût, est aussi productrice de richesses : elle procure des emplois et des gains, notamment par la consommation de produits plus ou moins nuisibles à la santé. Économiquement, la santé n'est pas neutre. En conséquence, il y a lieu de s'interroger sur la présence de groupes d'intérêt derrière les associations œuvrant pour la promotion de la santé.

S'agissant de populations jeunes, un autre danger est cependant plus grand que la dérive économique car plus pernicieux, c'est la dérive moralisatrice, voire partisane. Au cours du XX^e siècle, la santé a déjà été utilisée comme instrument de propagande. On ne doit pas ignorer que l'éducation à la santé peut véhiculer des idées, inciter des comportements « sanitairelement corrects » ou encore favoriser des actes de prosélytisme. Le danger ici est d'autant plus grand qu'il s'agit de jeunes, souvent malléables. Des précautions doivent être prises pour ne pas biaiser l'autorité parentale et pour assurer le respect des principes de neutralité et de laïcité du service public. Cela nécessite le contrôle des intervenants, spécialement ceux qui sont extérieurs aux établissements scolaires. En effet, dans leur immense majorité, les établissements, n'ayant ni les moyens (en particulier en personnel médical et soignant), ni les compétences requises pour pratiquer l'éducation sanitaire, font appel le plus souvent à des bénévoles issus du milieu associatif. L'intervention de ces partenaires est placée sous la responsabilité des établissements et s'effectue en principe en présence et avec la collaboration de personnels de l'Éducation nationale.

Néanmoins, la plus grande vigilance s'impose, notamment à l'égard des associations qui n'ont pas fait l'objet d'un agrément ministériel. En effet, le décret du 6 novembre 1992 relatif aux associations qui prolongent l'action de l'enseignement public (Journal officiel, 13 novembre 1992) ne fait pas de l'agrément une condition impérative aux concours des associations en milieu scolaire. D'une part le texte ne concerne que l'enseignement public ; on doit cependant entendre « enseignement public » *largo sensu*, c'est-à-dire l'enseignement dans les établissements publics et dans les établissements privés sous contrat d'association avec l'État. D'autre part, il est prévu que les associations peuvent faire l'objet d'un agrément et non qu'elles doivent faire l'objet d'un tel agrément. Enfin, le texte permet au directeur d'école d'autoriser l'intervention d'une association non agréée. En conséquence, les établissements font appel soit à des associations agréées, soit à des associations non agréées qui n'ont pas sollicité ledit agrément ou qui ne l'ont pas obtenu.

Le dispositif juridique de veille sur les partenaires associatifs de l'enseignement public est donc lacunaire. Ceci est d'autant plus regrettable que le texte fixe par ailleurs les conditions de l'octroi et du retrait de l'agrément, la durée de celui-ci, l'autorité compétente pour le prononcer et ses conditions de publicité. À cette lacune du texte, une explication peut être avancée. La liberté d'association est particulièrement protégée en droit français, notamment depuis la décision du Conseil constitutionnel du 16 juillet 1971 (Conseil constitutionnel, 1971) qui en a fait un « Principe fondamental reconnu par les lois de la république » (PFRLR). En conséquence, toute atteinte à ce principe serait gravement illégale et le Conseil d'Etat, juge de la légalité des règlements administratifs, n'hésiterait pas à censurer un décret méconnaissant le principe de la liberté d'association. Pour autant, l'obligation d'agrément administratif méconnaîtrait-elle la liberté d'association ? Nous ne le pensons pas. L'objet de l'agrément est de vérifier le caractère d'intérêt général et non lucratif de l'association, la qualité des services proposés par elle, sa compatibilité avec les activités du service public de l'Éducation nationale, sa complémentarité avec les instructions et programmes d'enseignement et le respect des principes de laïcité et d'ouverture à tous sans discrimination. Il ne s'agit donc pas d'une autorisation de fonctionner donnée à l'association, mais d'une reconnaissance de son aptitude à participer au service public de l'enseignement et à en respecter les principes de laïcité et de neutralité. La liberté de constitution de l'association n'est donc pas en cause. Toutefois, cet agrément préalable doit être accompagné d'une politique d'évaluation de l'activité qui serait un instrument de pérennisation tant de l'action que des partenaires concernés. Aujourd'hui, un certain nombre d'associations souffrent d'un manque de transparence tant dans leurs mobiles que dans leur gestion financière. On notera que certaines, de plus en plus nombreuses, font l'objet de subventions publiques ou font appel à la générosité populaire et doivent en conséquence rendre des comptes sur l'emploi de ces fonds.

Perspectives

L'analyse des aspects législatifs et réglementaires de l'éducation à la santé des jeunes permet de dégager les mesures qui doivent être envisagées pour donner à l'éducation à la santé les moyens de sa mission éducative et éthique.

Il serait nécessaire de définir un contenu pour l'éducation à la santé en milieu scolaire et des méthodes à mettre en place pour éviter que les établissements, démunis, fassent appel à des partenaires peu ou insuffisamment qualifiés et mettent en place des moyens empiriques, facteurs d'inégalités.

Le régime juridique des agréments donnés aux associations qui apportent leurs concours aux établissements scolaires devrait être modifié. Le pouvoir réglementaire doit imposer un agrément préalable et ne plus laisser faire les établissements sans garanties pour le respect de la neutralité. Le ministère de l'Éducation nationale pourrait s'inspirer du régime des autorisations nécessaires aux établissements privés à but non lucratif pour participer au service public hospitalier. Pour ces établissements (associations, fondations, congrégations religieuses), le législateur requiert une autorisation administrative préalable accordée par le représentant de l'État (le ministre chargé de la Santé). Cette autorisation n'est pas de plein droit ; elle n'est accordée qu'après un examen des conditions d'organisation et de fonctionnement du demandeur et sous réserve de remplir certaines obligations (article L.715-6 CSP). Il est vrai que la participation au service public hospitalier s'inscrit dans la permanence, que celle des associations au service public de l'enseignement est plus ponctuelle et plus limitée. Néanmoins, cette autorisation obligatoire permettrait de mieux contrôler des associations aux méthodes parfois peu transparentes et cela tant que le contenu même de l'éducation sanitaire, peu lisible, restera mal défini par le ministère de l'Éducation nationale et trop largement soumis à l'appréciation des établissements. Toutefois, cette modification du texte réglementaire devrait s'inscrire dans un régime transitoire, dans l'attente de promotions d'éducateurs pour la santé.

L'éducation pour la santé doit être inscrite dans la durée. Pour assurer cette pérennité, il convient d'imposer aux établissements des programmes précis et de les doter de moyens, particulièrement en personnels. Le service public doit cesser de faire appel au bénévolat et au militantisme. En conséquence, nous recommandons la création d'un corps et donc, d'un diplôme d'éducateur pour la santé, diplôme national qui serait délivré par l'État et sanctionnerait des études empruntant aux méthodes des sciences de l'éducation et des sciences de la santé. Des universités françaises ont d'ores et déjà créé des diplômes de troisième cycle (DU ou DESS) dans le domaine de l'éducation à la santé (Ferron, 1999), généralement dans le cadre d'un partenariat entre l'UFR de médecine et l'UFR de sciences de l'éducation. Tout en s'inspirant de ces expériences, les deux ministères concernés (Éducation nationale et Santé) doivent reconnaître une spécialisation qui pourrait être dispensée soit à

l'université, soit à l'École nationale de la santé publique. Les ministères français pourraient aussi s'inspirer des expériences étrangères.

La question de l'évaluation de l'action doit être soulevée pour différentes raisons.

- Il s'agit d'une action impulsée par les pouvoirs publics et financée (directement ou indirectement pour les associations) sur des fonds publics. Il convient donc de connaître les résultats de l'activité, son efficacité et sa pertinence afin de maintenir son financement par des prélèvements obligatoires. Le même problème se pose par exemple pour les fonds attribués par les caisses d'assurance maladie pour la promotion de la santé ou pour les dotations de l'État au CFES.
- Il s'agit d'une activité à « risque social ». Les dangers d'une dérive économique, politique ou d'une manière générale peu philanthropique existent. Une évaluation des avantages de l'action doit être établie afin de les confronter aux inconvénients.

En conclusion, l'ensemble des partenaires, institutions publiques (État, collectivités locales), partenaires sociaux (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, mutuelles), professionnels de santé et réseaux associatifs doivent envisager une politique d'action cohérente et non plus parcellaire, morcelée, au coup par coup et où chacun reste enfermé dans son pré carré.

Une dernière recommandation serait de réunir des États généraux sur l'éducation à la santé avant d'envisager la promulgation d'un grand texte législatif qui encadrerait l'utilisation des deniers publics par une politique cohérente et non plus de saupoudrage et inscrirait définitivement cette priorité dans la politique de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

BRÜCKER G, FASSIN D. *Traité de santé publique*. Ellipses éd., 1989 : 292 p

COMITI P. Histoire de la loi de santé publique de 1902. *Revue Française des Affaires Sociales*, avril-juin 1983 : 815

CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision « Liberté d'association » 71-44DC du 16 juillet 1971. *Recueil de jurisprudence constitutionnelle*, Ed. Litec : 24

DONNADIEU DE LAVIT. *Les abus commis au nom de l'hygiène publique contre les droits et les libertés des individus*. Thèse de droit, Faculté de droit de Montpellier, 1909 : 231 p

FERRON C. *Développer la formation en éducation pour la santé*. Dossier technique, Éditions CFES, Paris 1999 : 71 p

HCSP (Haut comité de la santé publique). L'éducation pour la santé – Du discours à la pratique (dossier) : État des lieux. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1996, 16 : VII-XV

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *JO* du 3 janvier 1971

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi n°88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale (article L221-CSS). *JO* du 6 janvier 1988

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi d'orientation de l'Éducation nationale, n° 89-486 du 10 juillet 1989. *JO* du 14 juillet 1989

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *JO* du 2 août 1991

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de l'Éducation nationale et de la Culture. Décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992 relatif aux relations du ministère chargé de l'enseignement national avec les associations qui prolongent l'enseignement public. *JO* du 13 novembre 1992

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire. Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. *JO* du 18 février 1993

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. *JO* du 8 septembre 1995

JOURNAL OFFICIEL. Ministère du Travail et des Affaires sociales. Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé. *JO* du 18 avril 1997

JOURNAL OFFICIEL. Ministère de la Jeunesse et des Sports. Arrêté du 7 janvier 1998 portant création d'un conseil permanent de la jeunesse. *JO* du 29 janvier 1998

JOURNAL OFFICIEL. Assemblée nationale. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (article 71). *JO* du 31 juillet 1998

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social, lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Éduc Nat* 1990, 42

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998. *Bull Off Éduc Nat* 1998a, 28

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Éducation à la sexualité et prévention du sida. Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998. *Bull Off Éduc Nat* 1998b, 46

MEN (ministère chargé de l'Éducation nationale). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Éduc Nat* 1998c, 45

OMS (Organisation mondiale de la santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada

TRICOT B. *Annuaire des associations de santé*. AAS Editions, Grignac, 2000 : 505 p