

L'information et l'éducation pour la santé: une forme d'offre de prévention

Résumé

L'approche strictement médicale des problèmes de santé ne rend pas compte de la dimension informationnelle et éducative de la prévention. L'information et l'éducation pour la santé peuvent être considérées comme une forme d'offre de prévention.

L'information en matière de santé doit être disponible, crédible et adaptée à ceux auxquels elle est destinée. L'éducation pour la santé, fondement de toute politique sanitaire, peut être développée notamment en milieu éducatif, dans les structures de santé, sur les lieux de travail et ceux du culte.

Dr. FELLAH Lazhar
Département des Sciences
Economiques
Centre Universitaire
d'Oum El Bouaghi (Algérie)

ملخص

إن المقاربة الطبية الضيقة لمشاكل الصحة لا تعير الاهتمام للبعد الإعلامي والتربوي للصحة كشكل من أشكال العرض بالنسبة للوقاية.

فتوفير الإعلام والتربية بالمصادقية والتكيف المناسبين لمن هم بحاجة إليه عمل ضروري لتطوير السياسة الصحية في الوسط التربوي، في الهياكل الصحية وفي أماكن العمل والعبادة.

Faute de consensus sur le sujet, le concept de prévention est difficile à préciser et reste souvent ambigu (1).

Etymologiquement la prévention signifie l'action d'aller au devant pour faire obstacle, d'empêcher par ses précautions (dictionnaire "Le Robert"). Pour "Larousse", c'est aussi l'action d'aller au devant de quelque chose pour l'empêcher, le détourner. Dans les deux cas, la prévention est assimilée à une action, donc à une dynamique. Nous remarquons aussi que le concept "prévenir" a également un autre sens: celui d'informer à l'avance. Le caractère informationnel de la prévention tient alors une place importante mais qu'on ne retrouve pas toujours dans les différentes définitions données à la prévention et qui dérivent elles-mêmes de celles de la santé.

Tout comme pour celle-ci, il n'existe pas un véritable marché de la prévention et l'inadéquation entre offre et demande justifie en partie l'intervention des pouvoirs publics. Le concept de prévention renferme l'idée d'information et d'éducation. En ce sens, information et éducation pour la santé constituent deux composantes structurelles de l'offre de prévention.

Le concept d'information sanitaire est pris dans un sens large et englobe toutes les données relatives à la santé. L'information sanitaire provient de deux sous-systèmes: l'un informationnel sanitaire a-médical et l'autre médical sanitaire (2).

Le premier ne fait pas partie de la sphère des biens ou services marchands privés et comprend l'ensemble des éléments relatifs à la production et à la distribution d'information sanitaires.

Le second comprend ce que E. LEVY et ses collaborateurs appellent "*l'appareil de production et de distribution de prévention médicale sanitaire*" (3) mais aussi le sous-système de formation du personnel sanitaire toutes catégories confondues.

Tout comme le concept de santé, celui d'éducation pour la santé a lui aussi évolué et il est préféré à celui d'éducation sanitaire car jugé de portée plus large et ne se limitant pas à la seule lutte contre les maladies et les handicaps.

Nous analyserons dans un premier point les différentes catégories d'informations sanitaires et leur mode de transmission (moyens audio-visuels, presse écrite) et les difficultés d'une politique de communication sociale.

Dans un deuxième point nous tenterons de préciser les principaux objectifs de l'éducation pour la santé, son contenu, ses acteurs et les lieux où elle est généralement dispensée. Nous verrons en quoi le milieu éducatif et certaines valeurs culturelles sont particulièrement indiqués pour développer une offre de prévention à la mesure des besoins exprimés.

1- L'information sanitaire: une insuffisante offre de prévention

L'information sanitaire peut provenir de deux sources: l'une ayant pour origine le système médical lui-même et l'autre exogène à ce système. Quelles informations sanitaires sont transmises? Comment et par qui sont-elles produites? A qui s'adressent-elles? Quels objectifs visent-elles?

Dans les pays en voie de développement où les pathologies relèvent le plus souvent de maladies infectieuses et nutritionnelles, les systèmes d'information sont en général peu ou pas développés. De ce fait, aussi bien les décideurs en matière de politique sanitaire que les individus sont mal informés et ne peuvent donc prendre les mesures les plus appropriées.

Nous considérons que la diffusion d'informations sanitaires est une forme d'offre de prévention en ce sens que toute information relative à la santé (et non plus seulement la maladie) comporte un double aspect de sensibilisation et d'éducation.

Les informations dans le domaine de la santé sont variées et proviennent de différentes sources. Elles ont connu un développement conséquent depuis la fin de la deuxième guerre mondiale grâce aux progrès enregistrés par les sciences médicales, l'extension des régimes de protection sociale et la multiplication des moyens d'information et de communication comme la radio, la télévision, les journaux...

1.1-L'information sanitaire par les médias audio-visuels: adaptation et crédibilité

Cette information peut être le fait de non professionnels de la santé mais aussi du corps médical. La radio et la télévision constituent des supports de plus en plus utilisés par cette forme de prévention accessible au grand public.

L'information diffusée peut être ponctuelle et ne répond pas forcément à une

demande formulée. C'est le cas des grandes premières médicales présentant souvent un caractère sensationnel: greffes d'organes, mise au point d'un vaccin, d'un médicament ou d'un traitement "miracle" concernant une maladie grave ou rarissime.

Ce genre d'information souvent suscité par le corps médical, véhiculé et transmis par des journalistes, comporte cependant un risque: celui d'accroître la dépendance des individus vis-à-vis de la sphère médicale. Un besoin d'information additionnelle peut s'en suivre et entraîner une consommation accrue de soins que favorise l'existence de la Sécurité Sociale et celle des mutuelles. En effet, l'asymétrie de l'information entre professionnels de la santé et usagers peut contribuer à créer une demande induite par le corps médical. Ceci peut être particulièrement vrai du fait de la croissance de la démographie médicale. Cependant cette "incitation à la demande" a des limites et certaines études qui ont pu être menées ne sont pas formelles à cause notamment des imperfections rencontrées dans les données statistiques (4).

L'information peut aussi revêtir un caractère particulier car destinée à toute la population. C'est le cas lorsque les pouvoirs publics développent certaines campagnes contre l'utilisation de produits nocifs pour la santé (tabac, drogues, alcool...). Il en est de même quand il s'agit de campagnes visant la promotion de l'hygiène alimentaire ou les activités sportive etc.

L'objectif est d'emmener les individus à changer de comportement devant les risques qu'ils encourent. Là encore, cette forme d'offre de prévention n'est pas toujours consécutive à une demande réellement exprimées.

L'information peut être présentée quotidiennement et de façon brève. Elle peut aussi faire l'objet d'une "grande émission" souvent mensuelle. Dans ce dernier cas, les animateurs, en général des professionnels de la santé, essaient de transmettre un message élaboré à la portée du grand public.

La radio algérienne (78,5% des ménages possèdent un récepteur) consacre des émissions qui semblent assez suivies notamment par les femmes au foyer. La télévision (85% des ménages disposaient d'un téléviseur en 1992) diffuse surtout des spots assez brefs conçus par l'Institut National de Santé Publique et ayant trait aux maladies transmissibles notamment à l'occasion d'événements précis: multiplication des maladies à transmission hydrique pendant la saison estivale par exemple ou encore à la veille de la fête religieuse du sacrifice pour informer contre le risque du kyste hydatique du mouton. On peut cependant s'interroger sur l'impact réel de ce genre d'information et ce pour plusieurs raisons.

D'abord, lorsque la crédibilité de l'émetteur des messages (en l'occurrence l'Etat) est sérieusement entamée par les pénuries chroniques d'eau potable, la baisse du niveau de vie des populations, les ruptures de stocks de médicaments, de vaccins et autres produits cela ne favorise guère une bonne réceptivité de ceux auxquels on s'adresse. La création de désirs, de besoins d'examen ou de tests non satisfaits peuvent même provoquer un effet pervers.

Ensuite, l'efficacité des médias audio-visuels connaît des limites, en ce sens que les informations concernent plus souvent la maladie que la santé et qu'il est plus difficile de présenter des images de la prévention que celles d'une intervention chirurgicale.

De plus, dans un pays où la radio et la télévision appartiennent à l'Etat, il n'est pas aisé de susciter leur intérêt pour des thèmes aussi importants que la malnutrition ou les

maladies à transmission hydrique, celles-ci résultant souvent des carences des services décentralisés de ce même Etat ou de l'incurie de la plupart des collectivités locales.

Enfin, une autre difficulté pour l'offre de prévention par les médias-visuels réside dans la portée limitée que peut avoir l'intervention des professionnels de santé usant d'un langage trop académique et souvent dans une langue que ne dominent pas tous les individus auxquels est destiné le message, celui-ci "*devant être en adéquation avec le public auquel il s'adresse et pertinent par rapport aux objectifs définis*" (5).

En effet, on ne peut s'adresser de la même manière à des femmes analphabètes et à des femmes instruites. Les différences socio-culturelles qui caractérisent les individus ou les groupes de population (hommes-femmes, urbains-ruraux, analphabètes-scolarisés) imposent que les messages délivrés soient spécifiques. Si l'on s'adresse à la population urbaine par exemple, l'accent peut être mis sur les conséquences engendrées par la promiscuité aux plans sanitaires et des relations individuelles.

Une expérience d'éducation pour la santé par la radio mérite d'être citée. Il s'agit de celle qui a été menée à l'école en Bolivie (1989) où le Ministère de la Santé et celui de l'Education Nationale ont conçu un programme portant sur la prévention des maladies diarrhéiques et sur la réhydratation par voie orale chez des enfants de 8 à 13 ans. Ce moyen s'est révélé efficace et peu coûteux: moins d'un dollar US par élève et par an (6).

En Algérie, le développement de stations de radio locales peut contribuer à l'éducation sanitaire des adolescents et accroître l'offre de prévention. Des programmes spécifiques à des affections particulières (tuberculose, envenimation scorpionique et trachome au Sud du pays) ou généralisées (maladies à transmission hydrique) peuvent être conçus non seulement pour la population scolarisée mais pour l'ensemble des habitants d'une région donnée.

Les médias constituent un canal important pour l'information et la promotion de la santé. Deux stratégies de la communication peuvent y être développées: le marketing social visant à agir sur le comportement des gens et le plaidoyer médiatique qui est censé influencer sur leur environnement (7). Elles peuvent concerner aussi bien les médias audio-visuels que la presse écrite.

1.2- L'information sanitaire véhiculée par la presse écrite: l'écueil de l'analphabétisme

Cette information a pour support les journaux, les revues grand public, les livres spécialisés, les affiches...D'une utilité incontestable, l'information souvent suscitée par les professionnels de santé, est mise à la disposition du public par des journalistes.

Dans un pays comme l'Algérie où l'analphabétisme touche le quart de la population cette forme d'offre de prévention est nécessairement limitée. L'alphabétisation des adultes qui peut servir de support à l'éducation pour la santé ne figure pas parmi les priorités des pouvoirs publics.

La diffusion de livres médicaux et de journaux spécialisés qui concernent une population limitée est une autre forme de prévention où l'offre s'adapte à la demande mais qui pénalise les groupes sociaux défavorisés culturellement et économiquement.

Une autre limite réside dans le risque de déformation du message délivré par le corps médical mais véhiculé par des journalistes non spécialisés car contrairement à ce qui se pratique dans des universités anglo-saxonnes, il n'y a pas en Algérie de

formation de journaliste scientifique ou médical. Il est souhaitable de développer cette double formation qui devrait donner au journaliste un profil proche de celui d'un professionnel de santé. L'élaboration et la transmission d'informations sanitaires ne suffisent cependant pas pour développer une véritable éducation pour la santé.

2- L'éducation pour la santé

L'éducation (instruction générale) est considérée dans les pays en voie de développement non seulement comme une fin en soi mais aussi comme un instrument de développement économique et social. Son influence dans la préservation et la promotion de la santé est reconnue. L'instruction des femmes en particulier a une efficacité élevée: elle contribue à diminuer la fécondité, la mortalité infantile, à réduire le taux d'abandon scolaire, à améliorer la nutrition de la famille et à ralentir la croissance démographique.

Un rapport du Fonds des Nations Unies pour la Population (1988) indiquait une baisse de 20% du taux de mortalité infantile quand les femmes recevaient une scolarité de quatre à six ans. Le même rapport relevait que l'alphabétisation des mères était trois fois plus efficace que l'augmentation du nombre de médecins dans la réduction de la mortalité infantile. D'ailleurs l'alphabétisation des adultes compte au nombre des douze indicateurs de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le contrôle de la santé et du bien être des populations et l'un des principaux indicateurs de base retenu par le Programme des Nations Unies pour le Développement pour évaluer le "développement humain". En Algérie durant la période 1985-1989, les quotients de mortalité infantile selon le niveau d'instruction des mères étaient les suivants: 43,7 pour mille chez les femmes analphabètes, 36 pour mille chez celles qui ont un niveau primaire et 32,2 pour mille chez celles ayant un niveau moyen et plus (8).

Tableau N° 1

Taux de mortalité juvénile et taux d'analphabétisme chez les adulte en 1990.

	Taux d'analphabétisme (%)	Taux d'analphabétisme chez les femmes (%)	Taux de mortalité juvénile (%)
Turquie	19	29	94
Jordanie	20	30	34
Tunisie	35	44	45
Syrie	36	49	44
Arabie	38	52	81
Algérie	43	55	82
Maroc	51	62	71
Egypte	52	66	56

Source Banque Mondiale. Rapport sur le développement dans le monde. 1993

Il existe une relation étroite entre le taux d'analphabétisme des adultes (notamment des femmes) et le taux de mortalité juvénile. D'où l'importance de l'investissement dans l'éducation. En Algérie où le taux d'analphabétisme des adultes était le double de celui observé en Jordanie, le taux de mortalité infantile y était 2,5 fois plus élevé, La Tunisie qui enregistrait le taux d'analphabétisme le plus faible des pays du Maghreb connaissait également le taux de mortalité le plus bas.

L'éducation pour la santé, elle a pour objectif de favoriser l'adoption de comportement qui permettent d'éviter ce qui peut être nuisible à la santé. Elle permet aussi d'informer sur les risques encourus par les individus ou les groupes d'individus afin d'atteindre une meilleure qualité de la vie.

Diverses définitions ont été données à l'éducation pour la santé. Si l'on considère cette donnée par l'O.M.S. à la prévention, on peut considérer que l'éducation pour la santé relève essentiellement de la prévention primaire.

En fait, l'éducation pour la santé se situe en amont des formes de prévention et nous préférons la définition donnée par E. Berthier: "L'éducation pour la santé n'est pas une discipline particulière mais une attitude une orientation de pensée et d'action qui fait appel aux données des sciences médicales, pédagogiques, psychologiques, sociales et économiques. Elle touche non seulement les individus, mais les familles et les collectivités...dans cet esprit, l'éducation pour la santé apparaît comme le fondement de toute politique sanitaire faisant une large place à la prévention évitant ainsi une médicalisation excessive de la prise en charge de la santé des individus" (9).

En informant les individus et les collectivités sur les menaces qui pèsent sur eux l'éducation pour la santé favorise une meilleure adhésion à toute politique faisant une large place à la prévention.

Basé sur la notion de risque, l'éducation pour la santé ne se contente pas d'informer ou d'instruire mais vise à faire adopter des comportements conformes aux besoins de santé grâce à une pédagogie adaptée à ceux censés recevoir le message. A cet égard "*...l'éducation pour la santé est un art de convaincre les gens*".

L'éducation pour la santé ne doit pas se limiter à des événements précis mais revêtir un caractère permanent, concerner tous les secteurs de la vie sociale et toutes les catégories de la population. Elle ne saurait en aucun cas constituer l'affaire exclusive des professionnels de santé. Les enseignants, les leaders d'opinion, le mouvement associatif jouent un rôle d'autant plus important qu'ils sont associés à l'élaboration de programmes de santé en général et de prévention en particulier.

Les résultats de l'éducation pour la santé ne pouvant être obtenus qu'à moyen ou long terme, la principale critique que l'on peut adresser à une telle conception de la prévention pour la santé est que les individus ne sont pas rationnels au point d'accepter des sacrifices présents pour des satisfactions ou des avantages différés. Le changement de mentalités doit concerner aussi bien les professionnels de santé que les usagers. Ces derniers, grâce à une éducation pour la santé appropriée en milieu scolaire, chez les populations analphabètes, dans les médias, sur les lieux de travail, dans les infrastructures sanitaires mais aussi dans les lieux de culte peuvent apprendre que leur santé n'est pas exclusivement l'affaire du corps médical et qu'ils peuvent eux-mêmes influencer positivement sur leur environnement. L'un des lieux privilégiés pour le développement de l'éducation pour la santé est constitué par le milieu éducatif où la population juvénile est particulièrement réceptive.

2.1- L'éducation pour la santé en milieu éducatif: des actions rentables

Dans ce domaine on part de l'idée qu'il est plus facile de faire acquérir des comportements "sains" à l'enfant que de changer des habitudes nuisibles à la santé chez l'adulte.

En Algérie l'éducation pour la santé est développée surtout au niveau du cycle d'enseignement primaire. Cette éducation est répartie entre les programmes "d'éducation islamique" et "d'étude du milieu".

En première et deuxième années l'éducation d'un volume annuel total de six heures porte sur l'hygiène corporelle, vestimentaire, domestique, de l'école et de la rue. Les élèves apprennent les principales règles d'hygiène en référence à la religion islamique et se familiarisent avec les ablutions nécessaires à l'accomplissement de la prière.

En troisième année (trois heures et demi) en plus de l'éducation islamique relative à l'hygiène et à la préservation de la santé, sont développées des notions de risques d'accidents, d'incendie, de repos du corps, d'alimentation et de nutrition.

Les dix heures annuelles d'éducation de quatrième année concernent toujours l'éducation religieuse en plus de l'éducation civique: prévention des risques domestiques, à l'école, dans la rue, prévention des maladies, respect du code de la route etc.

En cinquième année (12 heures) sont repris les thèmes relatifs à l'hygiène générale en plus des notions de jeûne bienfaisant pour la santé et de pollution du milieu.

En sixième et dernière année, le volume horaire est porté à 31 heures et demi et est consacré à la propreté et à la foi, la prévention contre les insectes venimeux, le tabagisme et ses effets nocifs. Sont aussi abordées les notions de dépenses dues à la réparation de l'état de santé.

On le voit, le programme de l'éducation pour la santé chez l'enfant scolarisé porte sur des thèmes variés qui touchent à la vie quotidienne. La grande réceptivité des adolescents vis-à-vis de l'enseignant est un atout majeur pour intérioriser le message et acquérir de saines habitudes même si cette forme d'offre de prévention est limitée par son aspect théorique (manque de supports pédagogiques et de moyens didactiques comme les films, les diapositives, les bandes sonores etc.).

Par ailleurs, dans la pratique, on constate que l'accent est surtout mis sur l'aspect éducation religieuse au détriment de l'explication "scientifique". Aussi il arrive que chez les jeunes adultes (collégiens, lycéens) certains sujets restent inabordés comme la sexualité par exemple. Ainsi a-t-on vu des enseignants de collège refuser de donner un cours sur la reproduction végétale et animale pourtant partie intégrante du programme officiel prétextant des considérations religieuses alors que le Coran fait explicitement référence à la sexualité. Pour une efficacité maximum, l'éducation pour la santé en matière de reproduction et des problèmes de santé qui s'y rapportent doit se faire avant le début de la sexualité. Tout en tenant compte des particularités culturelles de la société il est nécessaire de montrer les dangers de certaines pratiques et les moyens d'y faire face.

Une autre limite dans l'offre de prévention réside dans le fait que les activités sportives ne sont guère encouragées chez les filles scolarisées. Les médecins de l'hygiène scolaire devraient mettre à profit les examens de santé pour mieux informer les élèves sur les risques qu'ils encourent et sur les avantages des mesures de

prévention. De manière plus générale il est souhaitable que cette éducation pour la santé soit plus présente et peut figurer aussi bien dans les programmes scolaires que dans des questions d'examen.

Malheureusement dans le domaine de l'éducation comme dans celui du travail, la conception de la prévention reste dominée par une approche médicale elle même insuffisamment développée au regard des besoins de la population en milieu scolaire: 7 millions d'élèves et 400.000 enseignants et autres personnels.

La prévention sanitaire en milieu scolaire se résume à des activités de dépistage, le suivi étant assuré au niveau des structures sanitaires (hôpitaux, polycliniques, centres de santé, dispensaires).

La surveillance de la santé des élèves est théoriquement assurée par des visites périodiques au moyen de deux types d'examens:

* Des examens du «premier groupe» destinés au dépistage des déficiences visuelles et auditives, des affections liées à l'hygiène corporelle, de la présence de sucre et d'albumine dans les urines, des insuffisances staturo-pondérales. Pratiqués par des personnels paramédicaux, ces examens sont en principe annuels pour tous les enfants scolarisés.

* Des examens dits du «deuxième groupe» ou examens cliniques pratiqués par des médecins et chirurgiens dentistes s'adressent à des groupes-cibles constitués par les élèves des classes de première, sixième et neuvième années fondamentales ainsi que par ceux des classes terminales.

Très souvent rapidement expédiées par un personnel manquant de formation et de motivation, ces visites ne couvraient qu'à peine la moitié des effectifs du premier groupe lors de l'armée scolaire 1993-1994 et d'après les statistiques officielles la totalité de ceux du deuxième groupe (10).

Les principales affections dépistées étaient les suivantes:

- Les caries dentaires: 40,49%.
- Les affections liées à l'hygiène: 5,41%.
- Les affections O.R.L.: 4,91%.
- Les déficiences d'acuité visuelle: 4,02%.
- Les affections respiratoires non tuberculeuses: 1,39%.

Ces affections touchent l'ensemble des Wilayate et plus particulièrement celles du sud du pays.

Mais «la prévalence de ces affections dépistées en milieu scolaire est sous-estimée car celles-ci sont souvent mal dépistées ou non évaluées» (11). Leur prise en charge demeure insuffisante. Les contrôles d'hygiène n'ont concerné que les deux-tiers des établissements et «l'éducation sanitaire en milieu scolaire n'est assurée que de façon ponctuelle à l'occasion d'événements ou de journées nationales ou internationales de lutte contre certains fléaux malgré certaines notions déjà intégrées à l'enseignement» (12).

La récente tentative de réorganisation engagée (13) et la mise en place « d'unités de dépistage et de suivi» auprès des établissements scolaires (500 unités implantées en 1996) ne permettent pas encore de porter un jugement objectif sur les résultats atteints ou espérés. De manière générale on peut améliorer l'offre de prévention en milieu éducatif par une approche non en termes exclusifs de médecine scolaire mais de

promotion de la santé. L'association du corps enseignant et du mouvement associatif (parents d'élèves notamment) est souhaitée aux côtés des praticiens. Au concept médicalisé de médecine scolaire devrait être substitué celui de santé scolaire.

Enfin dans un pays où la religion tient une place importante dans la vie des citoyens, il est logique qu'elle puisse constituer une des bases de l'éducation pour la santé.

2.2- De quelques aspects de l'éducation, de l'hygiène et de la prévention en Islam

La représentation des concepts d'éducation et de santé varie chez les individus selon leur niveau culturel, le milieu auquel ils appartiennent et les croyances qu'ils partagent.

Qu'en est-il en Islam?

Contrairement à certains préjugés assez répandus (par méconnaissance ?) la détérioration de la santé pour cause de maladie ne peut guère être assimilée à une fatalité attribuée au seul destin chez les musulmans. Bien au contraire les préceptes de l'Islam insistent sur l'importance de l'éducation, de l'hygiène et de la prévention aussi bien dans le Coran que dans la Sunna (tradition du Prophète). Ainsi pour les croyants il est très significatif que la première révélation du Livre Sacré ait commencé par "Lis, lis au nom de ton Seigneur...". De même le prophète ne recommandait-il pas "Demandez la science du berceau jusqu'au tombeau" ?

Aussi bien le Coran que la tradition du Prophète Mohammed (BSSL) insistent sur la notion d'hygiène et de purification qui jouissent d'un statut privilégié dans la vie dès l'enfance". Dieu est propre et il aime la propreté. Ces paroles du prophète traduisent bien le lien direct que la religion musulmane établit entre la purification et la foi en Dieu.

En ce qui concerne l'hygiène, voici quelques aspects recommandés:

L'hygiène corporelle; ce sont d'abord les ablutions obligatoires pour les cinq prières quotidiennes où l'on procède à la purification des mains, de la bouche, du nez, du visage, les bras, des oreilles et des pieds.

Il est aussi recommandé de faire une toilette de tout le corps au moins une fois par semaine pour la grande prière du Vendredi. Cette toilette est par ailleurs obligatoire par suite de rapports sexuels ou de menstruations pour pouvoir prier. Est également obligatoire la toilette du mort avant inhumation. Ainsi "par la répétition quotidienne des gestes assurant la purification du corps et des vêtements, l'hygiène devient un besoin constant et une partie intégrante de la vie" (14).

D'autres formes d'hygiène, véritable éducation pour la santé sont recommandées par les préceptes religieux. En dehors du jeûne dont les bienfaits sont reconnus, l'hygiène alimentaire insiste sur la modération. Afin de permettre une saine digestion, le prophète, parlant de la contenance de l'estomac recommandait "un tiers pour ton repas, un tiers pour la boisson, un tiers pour ta respiration". Le dernier tiers signifiant le vide. La consommation de produits nocifs est non seulement déconseillée mais même proscrite dans certains cas. Il en est ainsi du sang des animaux, des drogues, de l'alcool, des fumées, gaz... Ces conseils de modération ou ces interdictions ont une valeur pédagogique et diététique reconnue.

L'hygiène des habits est requise pour les prières et celle des lieux d'habitation est obligatoire pour chaque croyant. L'hygiène de l'environnement fait également partie de la vie de la société musulmane. Ainsi un hadith (parole du prophète) dit: "La foi est de 63 degrés (niveaux). La meilleure est celle qui amène à croire en un Dieu unique sans

autres divinités, la moindre est celle qui amène à débarrasser la route de tous les déchets ou souillures" (15). Ce hadith vise non seulement à faire acquiescer à l'individu un bon comportement mais tend à toucher au comportement social d'autant que le croyant n'est qu'un élément de la Oumma (communauté musulmane).

L'éducation religieuse soustraite à toute manipulation idéologique peut constituer une excellente forme d'éducation pour la santé notamment chez les adolescents qui font preuve d'une grande réceptivité particulièrement en milieu éducatif. Notons cependant que si l'hygiène corporelle individuelle ne pose pas de problèmes particuliers, il en est tout autrement de l'hygiène collective qui ne peut être dissociée des conditions socio-économiques prévalant dans les pays en voie de développement: ressources et équipements hydrauliques insuffisants, habitat incommode ou insalubre, assainissement dérisoire...

CONCLUSION

En Algérie comme dans la plupart des pays aux systèmes sanitaires insuffisamment développés, l'information dans le domaine de la santé est rarement disponible et souvent peu crédible qu'elle soit destinée au public ou aux professionnels.

Les médias audio-visuels, la presse écrite, les publications de vulgarisation ou à caractère spécialisé peuvent constituer des canaux efficaces d'information et d'éducation pour la santé même si des limites tenant à la crédibilité des sources émettrices ou relatives à l'analphabétisme qui affecte de larges couches de la population peuvent réduire l'impact de cette forme d'offre de prévention. L'existence d'une relation étroite entre taux d'analphabétisme et aux de mortalité juvénile incite à un meilleur investissement dans l'éducation.

Le milieu éducatif, les structures sanitaires (notamment les services de gynécobstétrique). Les lieux de travail, de culte, où la réceptivité est meilleure, sont particulièrement indiqués pour développer l'éducation pour la santé qui doit traduire une libre adhésion des individus et non le monopole d'un quelconque groupe ou institution.

Références

1. Jewis, J. (1986), "What prices community medicine? The philosophy, practices and politics of public health since". 1919. Wheatsheatf Books.
2. Chassin-Darmon, V. (1981), "Essai d'économique sur la prévention sanitaire". Doctorat de 3ème cycle. Paris XII.
3. Levy, E. et al. (1975), "Economie du système de santé". Dunod.
4. Evans, R. (1974), "Supplier-Induced" in M. Perlman. Ed. The Economies of Health and Medical Care. London. Mac Millan. pp. 162-173.
Et aussi: Fuchs, V. (1978) "The supply of Surgeons and the demand for operations". Journal of Human Ressources. 13 (supp), pp. 35-38.
5. Jaffre, Y. (1990), "Education et santé in Société, développement et santé in Sociétés, développement et santé". Ed. Elipses-Aupelf, pp. 50-66.
6. Banque Mondiale (1993), "Rapport sur le développement dans le monde". Washington. DC., p.51.
7. G.W. Ward (1986), "Comment vendre la santé? " Forum Mondial de la santé. O.M.S. Vol.7. pp.177-185.

- Et aussi: Wallak. L (1990), "Deux conceptions de la promotion de la santé dans les médias". Forum Mondial de la santé. O.M.S. Vol.11. pp. 151-175.
8. Ministère de la santé et de la population (1985-1989. 1992), "Enquête Nationale sur la mortalité et la morbidité infantiles en Algérie". p. 104.
 9. Berthier, E (1983): "Information et éducation pour la santé". P.U.F. p .20.
 10. Ministère de la santé et de la population: Séminaires régionaux de relance des programmes nationaux de prévention. Programme de santé scolaire. Mars 1995. Doc. Ronéo. p.4.
 11. Source: Séminaires régionaux...Op. Cité.
 12. idem.
 13. Source: Circulaire inter-ministérielle N°01 du 06 Avril 1994. Associant les secteurs de la santé, de l'éducation et les collectivités locales.
 14. El-Bahour, M. (1993), "A propos de quelques aspects des fondements théologiques de la santé en Islam". *Revue Sociologie*. 1993. N°9. p. 32.
 15. El-Bahour, M. Idem. p. 33.