

# Principes et méthodes d'éducation pour la santé

Rapport sur la réunion  
d'un groupe de travail

Dresde  
24—28 octobre 1977



ISBN 92 9020 250 5

© Organisation mondiale de la Santé 1979

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe de travail et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

## SOMMAIRE

*Page*

1. Introduction . . . . .	1
2. Portée et objectifs. . . . .	1
3. Documents de travail . . . . .	2
3.1 Principes et méthodes de l'éducation pour la santé en République démocratique allemande . . . . .	2
3.2 Une philosophie de l'éducation pour la santé dans les sociétés industrialisées . . . . .	3
4. Discussion générale . . . . .	4
5. Discussions en groupes . . . . .	10
5.1 Utilité des spécialistes de l'éducation sanitaire. . . . .	10
5.2 Rôle du médecin et de l'équipe sanitaire dans l'éducation pour la santé . . . . .	12
5.3 Relations entre santé et éducation . . . . .	14
6. Mise en commun du travail des sous-groupes . . . . .	15
7. Conclusions et recommandations . . . . .	16
Annexe Liste des participants . . . . .	18



# **GROUPE DE TRAVAIL DE L'OMS SUR LES PRINCIPES ET METHODES D'EDUCATION POUR LA SANTE**

*Dresde, 24-28 octobre 1977*

## **1. INTRODUCTION**

En 1976, la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé adoptait la résolution WHA29.20 approuvant le sixième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé pour les années 1978 à 1983. Ce programme prévoit la promotion de l'éducation pour la santé et l'information du public en matière de santé.

Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec le Gouvernement de la République démocratique allemande, a réuni un groupe de travail à Dresde (RDA), du 24 au 28 octobre 1977, pour discuter des principes et méthodes d'éducation pour la santé.

Le Dr C.R. Münter, chef du Service des Instituts médicaux, a accueilli les participants au nom du Ministère de la Santé publique de la République démocratique allemande. La session a été ouverte par le Dr A.P. Woudenberg, fonctionnaire régional de l'OMS pour l'Education sanitaire et les Sciences sociales, qui a pris la parole au nom du Dr L.A. Kaprio, Directeur du Bureau régional de l'Europe.

Le Dr F. Görres (République démocratique allemande) a été élu président du groupe de travail et le Dr D.A. Player (Royaume-Uni), rapporteur.

La liste complète des participants, venus de 13 Etats Membres de la Région européenne de l'OMS, est jointe en Annexe.

## **2. PORTEE ET OBJECTIFS**

L'un des principaux objectifs du sixième programme général de travail de l'OMS est de favoriser le resserrement de la coopération entre les services de santé et tous les autres services qui œuvrent à la promotion de la santé, notamment les services sociaux. Plus précisément, il s'agit de promouvoir l'éducation et l'information du public en matière de santé, en insistant plus particulièrement sur la responsabilité de l'individu et la participation active

de la collectivité. A cette fin, l'Organisation mondiale de la Santé encouragera les pays à définir et à améliorer leur politique d'éducation pour la santé; à cet égard, les principes et méthodes d'éducation pour la santé sont essentiels. Les politiques peuvent être considérées comme des principes directeurs ou comme des méthodes, adoptés et utilisés de façon habituelle ou constante; le groupe de travail a donc reçu pour mandat d'examiner les principes et les méthodes adoptés en matière d'éducation pour la santé dans un certain nombre de pays et d'essayer d'identifier ce qu'ils ont de commun, afin de donner un caractère plus professionnel à la façon dont cette éducation est dispensée dans la Région.

Dans le cadre du programme de promotion de l'éducation pour la santé du Bureau régional de l'Europe, le présent groupe de travail constitue un prolongement tout naturel du symposium sur la préparation des personnels médico-sanitaires, notamment au niveau des programmes d'études avancées, qui a eu lieu à Cologne en 1974 et du groupe de travail sur la place de l'éducation pour la santé dans les administrations sanitaires, qui s'est réuni à Manchester en 1976. Dans un monde en mouvement, l'éducation pour la santé doit savoir aussi évoluer pour s'adapter aux changements. La continuité des travaux de recherche et d'évaluation sur l'efficacité de l'éducation pour la santé constitue une nécessité vitale, si l'on veut convaincre le grand public et les autorités chargées de responsabilités au niveau des politiques de l'importance et de l'intérêt de ce sujet.

### 3. DOCUMENTS DE TRAVAIL

Les deux documents de travail<sup>a,b</sup> présentés lors de la réunion peuvent être résumés comme suit :

#### 3.1 *Principes et méthodes de l'éducation pour la santé en République démocratique allemande*

En République démocratique allemande, l'ensemble de la société est responsable de l'éducation pour la santé dans ses rapports avec les principales tâches politiques. Ce principe découle du but social visé par le socialisme. La

---

<sup>a</sup> Lämmel, R. et al. *Principes et méthodes de l'éducation pour la santé en République démocratique allemande* (document ICP/HED 004/6).

<sup>b</sup> Tones, B.K., *Une philosophie de l'éducation pour la santé dans les sociétés industrialisées* (document ICP/HED 004/7).

promotion, l'entretien et la restauration de la santé font partie du droit fondamental de chaque citoyen garanti par la Constitution à la protection de la santé et de l'aptitude au travail.

La planification centralisée et l'organisation efficace de l'éducation pour la santé dans l'ensemble du pays correspondent à l'idée du centralisme démocratique en tant que fondement sûr de la construction, de la cohésion et de l'activité de l'Etat socialiste.

L'éducation pour la santé fait appel à des méthodes scientifiques car l'institution de la société socialiste, qui comprend le développement de la personnalité et ses corrélations, exige diverses formes de travail pédagogique, qu'il faut mener sur une base scientifique.

Le principe de l'action catalytique de l'éducation pour la santé dans la mobilisation de la population au service de la protection sanitaire se fonde sur la reconnaissance du caractère indispensable de la participation active des masses et correspond au souci de la politique globale du socialisme, à savoir : permettre à tous les citoyens de modeler leur propre existence de façon consciente et créative.

Les services de santé et la médecine ont un rôle décisif à jouer dans l'éducation sanitaire de la société, du fait de leur fonction sociale. Ils ont pour responsabilité spécifique de faire des recherches sur les lois et les conditions qui régissent la santé et les maladies, et l'organisation de la protection sanitaire.

La différenciation de l'éducation pour la santé et son orientation en fonction des groupes visés se fondent sur la connaissance pédagogique de la relation but/contenu/méthode. Elles tiennent compte des différents besoins en éducation en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé, ainsi que des différences individuelles de mode de vie, de conditions de travail et de niveaux de responsabilité.

### ***3.2 Une philosophie de l'éducation pour la santé dans les sociétés industrialisées***

Il semblerait que la médecine curative ne soit pas capable de fournir une contribution majeure à la solution des problèmes de santé des sociétés industrielles contemporaines. Le comportement individuel et social joue un rôle important dans l'étude des causes et dans le traitement de ces problèmes; l'éducation pour la santé semble donc bien placée pour améliorer la situation sanitaire de la collectivité en provoquant des changements significatifs dans le comportement des individus.

L'éducation sanitaire primaire peut prévenir l'apparition de problèmes en modifiant des comportements qui contribuent à l'étiologie; l'éducation sanitaire secondaire vise à favoriser le diagnostic et le traitement précoces; enfin, l'éducation sanitaire tertiaire vise à accroître au maximum le potentiel

subsistant quand la maladie ou la dégénérescence ont entraîné des dommages irréversibles. A chaque niveau de prévention, l'éducation pour la santé a un rôle capital à jouer en favorisant le développement et l'utilisation appropriée des services compétents. L'intervention précoce devrait constituer un objectif constant.

On peut se demander alors si l'éducation sanitaire doit opérer à l'intérieur du service de santé, outil parmi d'autres dans l'arsenal de la médecine préventive, ou bien s'il doit se garder d'être «médicalisé». Ce problème est particulièrement délicat, car les tentatives visant à encourager l'autosuffisance, la participation accrue aux affaires de la communauté et une attitude de responsabilité à l'égard de la santé individuelle et familiale se fondent sur l'hypothèse que les individus sont à même de choisir librement l'action qu'ils vont entreprendre. Or les options qui lui sont ouvertes sont considérablement restreintes par les forces puissantes de la socialisation. La socialisation est définie dans le présent contexte comme le processus par lequel les connaissances non scholastiques, les valeurs, les attitudes et les habitudes sont transmises aux individus de la société par l'interaction sociale. Tout au long de sa «carrière de santé», divers agents et influences affectent l'individu en devenir, de la naissance à la mort, à travers divers stades majeurs de la vie tels que la petite enfance, la période scolaire, l'adolescence, la période de procréation, l'âge mûr et la retraite.

L'influence de la socialisation primaire semble être primordiale. L'un des grands principes de l'éducation pour la santé est donc celui de la primauté, en ce sens que, plus l'intervention sera précoce dans la «carrière de santé» et plus elle sera efficace. Le second principe est celui de la spécificité et de l'autorité : ceux à qui l'opinion attribue une autorité légitime seront en général le plus crédibles : par exemple le docteur, l'instituteur, l'assistante sociale, mais aussi les «meneurs d'opinions». Le troisième principe est celui de l'intégration : toutes ces influences séparées, mais qui se recouvrent en partie, doivent être coordonnées de façon systématique. C'est pourquoi l'éducation pour la santé a besoin d'un spécialiste qui puisse servir de consultant, de catalyste et de coordonnateur du système d'éducation sanitaire de la collectivité.

Un tel système comprendra deux secteurs distincts mais coordonnés : l'un qui sera intégré aux structures sanitaires et l'autre, aux structures éducatives.

#### 4. DISCUSSION GENERALE

Les deux documents de travail ont été présentés par leurs auteurs et discutés en session plénière.

Les participants ont considéré que les principes d'éducation pour la santé prônés par la République démocratique allemande pouvaient être formulés

à différents niveaux d'abstraction et envisagés sous diverses optiques, par exemple du point de vue des sciences du comportement, des théories de la communication ou de la médecine sociale. Il ne semble pas possible de tirer d'une science unique des lignes directrices pour une éducation sanitaire planifiée et efficace au niveau national. En conséquence, l'éducation pour la santé en République démocratique allemande a été fondée sur les conditions de socialisme avancé caractérisant cette société, sur les résultats des sciences médicales et autres sciences humaines et sur les lois qui régissent le comportement en matière de santé.

Les points suivants ont été soulignés :

a) la qualité et l'efficacité de l'éducation pour la santé ne peuvent être assurées que si les principes sur lesquels elles s'appuient sont vus dans un contexte global et correspondent aux besoins réels de chaque pays;

b) si ces principes sont considérés comme des lignes directrices, leur applicabilité est déterminée par la situation politique, économique et culturelle spécifique, c'est-à-dire que les principes doivent être adaptés aux conditions sociales du pays dans lequel l'éducation sanitaire est dispensée;

c) les principes et les méthodes d'éducation pour la santé ne peuvent pas être séparés sauf dans certaines conditions particulières.

L'expérience acquise par la République démocratique allemande en matière d'éducation pour la santé correspond à celle d'autres pays socialistes et s'est développée en étroite collaboration avec celle de ces pays, de l'URSS par exemple, forte de 50 ans d'expérience en éducation sanitaire scientifique.

En République démocratique allemande, les méthodes d'éducation pour la santé sont fondées sur l'application de constatations scientifiques qui n'ont rien d'abstrait, mais qui correspondent aux intérêts de la société.

On peut distinguer plusieurs phases de planification et de mise en œuvre de l'éducation pour la santé en République démocratique allemande. Les décisions sur les grandes questions politicosanitaires dont l'éducation pour la santé doit traiter ont été prises non seulement en faisant appel à la science médicale, mais aussi à toutes les forces sociales qui s'exercent dans le contexte politique. Après avoir établi les fondements scientifiques de l'éducation pour la santé, on a préparé la part spécifique des forces sociales décisives de l'éducation et on les a mises en œuvre immédiatement. Les progrès réalisés ont été évalués à différents niveaux dans les différentes sphères sociales pendant cinq à dix ans et les résultats ont été régulièrement généralisés et réévalués. De cette façon, l'éducation pour la santé en République démocratique allemande s'est développée depuis 1970, passant d'une entreprise expérimentale à une œuvre sociale intégrée.

Pour l'auteur du second document de travail, l'éducation pour la santé se justifie par les résultats peu convaincants que remporte la médecine curative moderne face aux problèmes de santé contemporains. La nécessité de modifier le mode de vie dans la mesure où il affecte la santé apparaît donc comme une mesure prophylactique de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ces habitudes qui affectent la santé se créent au cours de la «carrière de santé», qui est influencée depuis la naissance jusqu'à la mort par le processus de socialisation. L'éducation pour la santé doit donc viser à la prévention primaire des problèmes de santé dès le plus jeune âge. Une éducation correcte de l'enfant pourrait aboutir à «l'éthique de renoncement à la satisfaction immédiate», adoptant une stratégie de comportement préventif : «Payez de suite, vivez plus tard (et plus longtemps)» au lieu de mettre l'accent sur les risques.

L'amour-propre est étroitement lié à l'éducation des enfants. Un amour-propre bien développé augmente la capacité de l'enfant à résister aux pressions de groupe plus tard dans la vie. L'influence des agents de la socialisation secondaire telle que l'école est beaucoup moins puissante. Les efforts d'éducation pour la santé visant à la resocialisation, souvent à un stade déjà tardif, se soldent souvent par des résultats médiocres.

On a fait remarquer que l'éducation pour la santé diffère suivant que le pays en cause est ou non industrialisé; dans ces derniers, les principaux problèmes de santé peuvent être surmontés par la médecine curative. Dans les sociétés industrialisées au contraire, le comportement de l'individu est un facteur prépondérant dans l'étiologie et le traitement des principaux problèmes de santé. On trouve aussi dans ces sociétés toute une gamme de systèmes de valeurs et de croyances subculturelles différentes, qui rendent très difficile la mise en application de l'éducation sanitaire.

On peut considérer qu'au cours des deux derniers siècles, la médecine a moins contribué à la santé de la collectivité qu'à celle de l'individu. La meilleure santé de la collectivité est plutôt due à l'amélioration des conditions générales d'hygiène, de logement et d'alimentation, à la planification familiale et aux services de santé maternelle et infantile.

Il semble donc que l'éducation pour la santé, au sens d'efforts planifiés pour agir sur les habitudes de vie affectant la santé, est nécessaire dans bon nombre de pays. La formation à l'éducation pour la santé est non moins indispensable et est souvent négligée dans les programmes d'études des étudiants de médecine ou même dans les programmes de formation post-universitaires des médecins et autres techniciens de la santé susceptibles d'assumer le rôle de spécialistes de l'éducation sanitaire/catalystes/coordonnateurs/consultants/évaluateurs.

Il est ressorti de la discussion que des résultats positifs ont été obtenus en URSS par la formation systématique du personnel sanitaire en vue de le spécialiser en éducation pour la santé. Les programmes d'études des étudiants en médecine dans ce pays prévoient aussi la formation à l'éducation pour la santé.

Au Royaume-Uni, l'éducation pour la santé fait partie intégrante de la formation médicale de base et de la formation post-universitaire jusqu'au niveau de *Master of Public Health* (Ecoles de médecine de Dundee, d'Edimbourg et de Manchester). Des conférences sur d'autres disciplines offertes à divers services (médecine, pédagogie, psychologie, administration sociale, soins préventifs bucco-dentaires, soins infirmiers, etc.) permettent une sorte de symbiose.

A ce sujet, on peut se reporter à un rapport du Bureau régional de l'Europe de l'OMS<sup>a</sup> :

« Le groupe de travail est convenu dès le début qu'il n'était pas possible de formuler une recommandation quant au « meilleur » modèle de services d'éducation pour la santé, de même qu'il n'existe pas de « meilleur » moyen d'organiser les soins de santé dans tel ou tel pays. L'éducation pour la santé doit être conçue en tenant compte du système de valeurs, des structures organiques et des problèmes sanitaires de chaque pays de la Région.

Le système de valeurs se reflète dans le sous-système sociopolitique d'un pays. Il pourra aller d'une approche individuelle à une approche communautaire, avec, entre ces deux pôles, diverses combinaisons de l'une et de l'autre, et il aura de ce fait une influence sur la manière d'amener les changements qui seront jugés nécessaires. Dans certains pays, l'accent sera mis sur la prise de conscience progressive chez les hommes politiques et les administrateurs de ce que la santé future de la population est conditionnée par l'existence d'un service d'éducation pour la santé bien développé et efficace; ailleurs, le changement sera amené au moyen d'une législation et en s'attachant à réduire le décalage entre les décisions prises au sommet et l'application sur le terrain.

Les structures organiques existant actuellement dans les établissements d'enseignement et les services représenteront une autre contrainte pour le développement de l'éducation pour la santé. Dans certains pays, l'éducation pour la santé n'est pas une matière reconnue dans les établissements d'enseignement. Même lorsque l'ensemble des connaissances en la matière est d'un niveau universitaire estimable, il importe de discerner et de prendre en considération les méthodes de ces établissements que l'on pourra utiliser pour faire accepter la matière nouvelle. Il en va de même pour la structure organique actuelle des services sanitaires d'un pays. Pour éviter la malheureuse situation où le propagandiste de l'éducation pour la santé est seulement payé de paroles auprès des administrateurs et des hommes politiques, il faut que soit formellement prévue la possibilité de faire carrière dans ce domaine, et que les tâches de ses agents soient définies. S'il n'est pas envisagé de former des spécialistes, les fonctions du personnel existant doivent être spécifiées, figurer dans la définition des tâches et même, le cas échéant, être mentionnées dans les contrats.»

---

<sup>a</sup> *La place de l'éducation pour la santé dans les administrations sanitaires. Rapport sur la réunion d'un groupe de travail, Manchester, 29 mars – 1er avril 1976. Copenhague, 1978 (ICP/HED 003).*

On a également attiré l'attention sur une recommandation, tirée d'un autre rapport, et invitant le Bureau régional à mettre en œuvre la résolution WHA27.27 en stimulant et en favorisant la préparation du personnel de santé à l'éducation pour la santé, notamment au niveau des études avancées.<sup>a</sup>

Se référant aux critiques d'Illich<sup>b</sup> sur les systèmes éducatifs et médicaux, plusieurs participants ont pensé qu'aucune raison ne justifiait un pessimisme indu au sujet de leur fonctionnement, en tout cas pas pour la médecine en général. En ce qui concerne le rôle de la médecine dans l'éducation pour la santé, il est souhaitable de définir plus précisément ce qui constitue en fait un problème d'éducation pour la santé. Il semble que les techniciens de la santé sont trop souvent appelés à résoudre des problèmes qui ne sont pas de leur compétence. On ne peut pas s'attendre à ce que des spécialistes en anesthésie ou en neurochirurgie par exemple se chargent de l'éducation pour la santé s'ils n'ont aucune formation à cet effet et il ne faut pas confondre les fonctions des médecins particuliers et celles des systèmes de santé vis-à-vis de l'éducation sanitaire. En d'autres termes, si l'appareil sanitaire ne prévoit pas l'éducation pour la santé, il ne faut pas s'attendre à ce que les médecins la prennent en charge individuellement et de leur propre initiative.

Quant au rôle du médecin généraliste ou du spécialiste, on peut dire que dans l'ensemble l'individu est le plus efficace dans son travail quand il aime son métier et se sent à la hauteur de sa tâche. Cela s'applique également aux médecins. Formés traditionnellement à donner des soins curatifs et motivés dans ce sens, mais n'ayant reçu qu'une formation très limitée en éducation sanitaire, il est normal que, d'un point de vue pragmatique, ils considèrent l'éducation pour la santé comme une corvée.

Un moyen d'action consistera donc à former des spécialistes en éducation sanitaire comme coordonnateurs et à considérer l'éducation pour la santé comme une nouvelle science pluridisciplinaire. Il faut alors définir quelles sont les meilleures méthodes pour former un éducateur sanitaire «universel», mais il convient aussi de se demander si un système de santé peut se permettre de faire appel à un nombre apparemment considérable de coordonnateurs en éducation sanitaire. La responsabilité de l'éducation sanitaire devrait en conséquence être dévolue au niveau le plus bas, c'est-à-dire à celui de la société elle-même, chaque individu étant responsable de sa propre santé et de celle de la collectivité.

---

<sup>a</sup> *La préparation des personnels médico-sanitaires à l'éducation pour la santé, notamment au niveau des programmes d'études avancées. Rapport sur un symposium, Cologne, 10 - 14 novembre 1974. Copenhague, 1976 (EURO 4503).*

<sup>b</sup> *Illich, I. Medical nemesis : the expropriation of health. Londres, Calder & Boyars, 1974.*

Il a été admis, toutefois, que la tâche est trop lourde pour l'individu seul, que celui-ci doit être secondé par le personnel sanitaire dont les efforts devront à leur tour être coordonnés par un spécialiste de l'éducation pour la santé. C'est en gros de cette façon que l'éducation sanitaire fonctionne dans les pays socialistes et l'on peut penser que cela s'applique également aux pays non socialistes.

On peut penser, par contre, que, puisque beaucoup de patients sont motivés à recevoir l'éducation sanitaire de leur médecin, ces derniers devraient la leur assurer, au moins partiellement. La formation du médecin en éducation pour la santé pourrait alors entrer dans la rubrique de la médecine sociale ou de la médecine des collectivités.

L'exemple a été présenté d'un cours de santé de la collectivité d'une durée de 20 heures, destiné aux étudiants en médecine finlandais, et qui traite des habitudes de vie affectant la santé et des méthodes d'éducation pour la santé. Les étudiants doivent aussi réaliser un programme d'éducation sanitaire à petite échelle. De cette façon, les étudiants en médecine prennent conscience de l'influence du mode de vie sur la santé et sont sensibilisés à l'éducation sanitaire. Le médecin n'aurait pas de rôle à jouer dans l'éducation sanitaire primaire puisqu'elle ne s'adresse pas aux malades, alors que, dans la prévention secondaire et tertiaire, il pourrait être chargé de l'éducation sanitaire fondamentale en s'appuyant sur la coordination d'un spécialiste de l'éducation sanitaire (identification des problèmes, planification, évaluation des programmes). Ce dernier ne doit pas nécessairement être un médecin, mais pourrait être par exemple un spécialiste de la communication.

Un participant a fait remarquer que les cours d'éducation sanitaire dispensés aux étudiants de médecine ne font que motiver plus sûrement les étudiants déjà motivés, mais n'ont pas d'effet sur les étudiants non motivés. Cela ressort des résultats d'une étude faite dans une école de médecine universitaire aux Etats-Unis quelque deux ans auparavant. Il semble donc que la philosophie de l'éducation pour la santé et de la médecine préventive doive commencer par imprégner l'ensemble de la faculté de médecine afin de changer la mentalité, les habitudes et l'optique des étudiants. Il s'agit là d'une question de politique, c'est-à-dire d'un problème pour les instances responsables de l'enseignement médical, mais il appartient aussi aux étudiants eux-mêmes d'agir auprès de leurs universités. On peut toutefois résoudre ce problème en choisissant judicieusement parmi toutes les possibilités qu'offre la société et en évitant soigneusement ou en neutralisant les solutions négatives.

Un autre participant a fait remarquer que dans son pays l'éducation sanitaire fonctionnait indépendamment des objectifs assignés à la politique sociale, sanitaire ou éducative. L'une des principales tâches de l'éducation pour la santé consisterait donc à intégrer les objectifs de l'éducation pour la santé aux objectifs généraux de la politique sociale. L'absence d'objectifs rendrait en fait très difficile, voire impossible, l'évaluation des résultats de l'éducation sanitaire, qui serait alors condamnée à poursuivre son chemin selon la tradition, sans que les besoins réels aient été analysés.

La législation a également un rôle très important à jouer, et même un rôle fondamental. Il est inutile, par exemple, de chercher à persuader la population de consommer moins de matières grasses si les législateurs laissent le lait entier au même prix que le lait écrémé. Une loi antitabac efficace vaut cent ans d'éducation pour la santé. La création d'un cadre législatif pour l'éducation sanitaire est de loin l'élément le plus important pour une action effective de l'éducation sanitaire dans le monde.

La discussion générale a fait apparaître dans les deux documents de travail un certain nombre d'idées parallèles méritant d'être traitées plus en détail. Le groupe de travail s'est donc scindé en trois sous-groupes chargés d'examiner les thèmes suivants : besoins en spécialistes de l'éducation sanitaire, rôle du médecin et de l'équipe sanitaire dans l'éducation pour la santé et relation entre santé et éducation.

## 5. DISCUSSIONS EN GROUPES

### 5.1 Utilité des spécialistes de l'éducation sanitaire

On a signalé qu'au Royaume-Uni le spécialiste de l'éducation sanitaire est nécessaire pour remplir le rôle de coordonnateur, de promoteur et de catalyste dans les activités d'éducation sanitaire au sein de la collectivité, dans un système intégré qui influe sur l'individu en matière de promotion de la santé à chaque étape de sa vie.

Cette influence trouve essentiellement son origine dans les grands moyens de communication et les contacts individuels. Les mass media sont capables de renforcer l'information, les valeurs et les habitudes et ce sont les contacts personnels qui peuvent modifier les habitudes, les valeurs et les motifs.

En matière d'éducation sanitaire, des contacts personnels interviennent entre le personnel sanitaire et le client à plusieurs niveaux : à l'école et dans l'enseignement supérieur, par l'intermédiaire des organismes bénévoles qui se font les promoteurs de la santé de la collectivité ainsi que par une influence «extérieure».

Un spécialiste local ou régional de l'éducation pour la santé aura pour tâche de coordonner toutes ces influences et efforts divers et de s'assurer que tous les organismes et les personnes intéressés accomplissent les tâches pour lesquelles ils sont le plus motivés et le mieux outillés méthodologiquement. Ainsi, l'infirmière dans une maternité est bien placée pour conseiller la jeune mère sur les habitudes à faire prendre à son enfant; l'enseignant est à même de communiquer à ses élèves la connaissance et la compréhension des questions sanitaires. La convergence de ces rôles signifie qu'un spécialiste de l'éducation pour la santé est nécessaire pour coordonner les divers efforts

et pour servir de catalyseur afin de faire connaître à la collectivité les personnes et les organismes susceptibles de promouvoir efficacement la santé.

Pour pouvoir mener à bien ces tâches, le spécialiste en éducation sanitaire doit avoir les compétences et les connaissances voulues. Il ne doit pas nécessairement s'agir d'un médecin qualifié, mais plutôt d'une personne versée dans les sciences de la communication et du comportement, capable de conseiller ceux qui sont en contact direct avec la population; cela n'exclut pas, bien sûr, les médecins ou autres techniciens de la santé ayant une bonne formation dans les méthodes et les techniques d'éducation et de communication.

Dans les pays socialistes, le spécialiste de l'éducation pour la santé est habituellement un médecin qui s'est spécialisé en santé publique et qui a reçu une formation en éducation sanitaire; mais les infirmières, les éducateurs et les psychologues contribuent aussi à l'éducation pour la santé dans le cadre du système sanitaire. Les spécialistes de l'éducation sanitaire ne sont pas des coordonnateurs autonomes, puisque la coordination du travail de santé est une responsabilité des organismes gouvernementaux. Ils sont plutôt considérés comme assumant un rôle important de soutien du personnel sanitaire et éducatif en contact direct avec la population.

Le spécialiste de l'éducation sanitaire dans les pays socialistes travaille habituellement au niveau du district; il gère aussi et coordonne le personnel, à l'intérieur du système de santé publique.

Le sous-groupe a considéré que le spécialiste de l'éducation sanitaire (qu'il faudrait peut-être appeler expert) n'est pas nécessairement une figure centrale opérant de façon autonome. Tout dépend de l'endroit où il travaille, c'est-à-dire du système social, culturel et sanitaire spécifique de son pays. La nature de la tâche à effectuer fait que l'expert n'est pas une entité autonome, et le place, ou contraire, au centre d'un réseau de communication. Ce qui importe le plus, c'est sa fonction, qui consiste essentiellement à appliquer les sciences du comportement à la solution d'un problème thérapeutique et à la promotion de la santé, par le biais de diverses méthodes pédagogiques visant à modifier le comportement. Les membres du groupe sont convenus que l'intervention d'un spécialiste est nécessaire pour assurer la qualité et l'efficacité des activités d'éducation pour la santé. Ce spécialiste devrait travailler au sein du système sanitaire du pays ou en étroit contact avec lui. Sa fonction consiste à stimuler et à organiser les activités d'action sanitaire, à donner des avis en matière de méthodologie, à coordonner et à catalyser l'action. Il devrait concentrer son effort sur les conseils et l'appui qu'il doit fournir aux principaux dispensateurs de l'éducation, tels que les médecins et les enseignants et sur les organismes sanitaires bénévoles, les activités de médecine du travail et des grands moyens de communication.

Le spécialiste de l'éducation pour la santé devrait avoir de bonnes connaissances médicales, notamment en médecine préventive, et être en mesure d'appliquer les sciences du comportement à la médecine et à la santé publique (psychologie, techniques et méthodes pédagogiques et sciences de la communication),

etc. Il devrait en outre avoir une formation en matière de gestion, de planification, d'organisation, de méthodologie et d'évaluation des activités d'éducation sanitaire.

La société ou les gouvernements ne sont pas déchargés de leurs responsabilités dans le domaine de la santé et de l'éducation à cet égard du simple fait de l'existence de spécialistes de l'éducation pour la santé, qui ne dispense pas non plus les membres du personnel sanitaire et éducatif de poursuivre leurs activités dans ce secteur.

Le rôle, la fonction et la place du spécialiste sont déterminés par le système politique, culturel et social de chaque pays. Des informations plus précises seront nécessaires pour en déterminer les dénominateurs communs.

Le sous-groupe a conclu que les six principes d'éducation sanitaire établis par le premier document de travail sont dans l'ensemble acceptables et applicables. Bien que ces principes ne soient pas classés par ordre d'importance, les participants estiment que le premier cité est le principe directeur. Il paraît également utile de réaffirmer que l'évaluation des activités d'éducation pour la santé est indissolublement liée au caractère éminemment scientifique de l'éducation pour la santé.

Enfin, le sous-groupe a souligné qu'il est indispensable de poursuivre les études sur la méthodologie de l'éducation pour la santé, notamment en matière de contact direct, de travail de groupe et de communication de masse.

## 5.2 Rôle du médecin et de l'équipe sanitaire dans l'éducation pour la santé

Le sous-groupe a identifié deux rôles principaux, à savoir : donner une base médicoscientifique à l'éducation pour la santé, servir d'éducateur sanitaire et de conseiller aux patients isolés ou en groupe, ainsi qu'aux niveaux de la communauté et aux membres des autres professions. Le second de ces rôles a été examiné en détail, en fonction de l'éducation sanitaire primaire, secondaire et tertiaire.

L'équipe sanitaire doit comprendre une infirmière de santé publique, une infirmière hospitalière, un médecin généraliste, un médecin spécialiste, un spécialiste de l'éducation sanitaire, enfin, un administrateur de la santé publique ou un médecin de la collectivité.

On a jugé nécessaire que, dans la plupart des pays, un nombre restreint d'administrateurs de la santé publique travaillent à plein temps dans l'éducation sanitaire. Ils auraient un important rôle consultatif à jouer au niveau central en matière de politique d'éducation sanitaire. Les administrateurs de la santé publique, même s'ils ne travaillent qu'à mi-temps à l'éducation sanitaire, sont nécessaires aussi sur le plan local en tant que conseillers en matière législative.

Le second sous-groupe, ayant décidé *a priori* d'accepter les conclusions et recommandations du premier, ne s'est pas du tout penché sur la question du rôle du spécialiste de l'éducation pour la santé.

On peut distinguer deux grandes catégories de médecins spécialistes : ceux qui sont en contact avec les patients (pédiatres, gynécologues, etc.) et ceux qui ne le sont pas (pathologistes par exemple). Les premiers ont un rôle très important à jouer dans l'éducation sanitaire tertiaire.

Le principal rôle du médecin généraliste réside dans l'éducation sanitaire primaire où il peut donner l'exemple, servir de catalyseur dans la collectivité, enseigner l'éducation sanitaire dans les écoles et les usines, etc. Il peut aussi intervenir dans l'éducation sanitaire secondaire en mettant au point des programmes systématiques de diagnostic précoce et en conseillant ses patients.

Le rôle de l'infirmière hospitalière relève principalement de l'éducation secondaire et tertiaire, tandis que celui de l'infirmière de santé publique s'exerce surtout dans l'éducation primaire, mais aussi dans l'éducation sanitaire secondaire et tertiaire.

Le rôle des professions paramédicales (médecine du travail, physiothérapeutes, etc.) n'a pas été examiné en détail.

Les participants se sont ensuite demandé comment le médecin et les autres membres de l'équipe sanitaire pouvaient être motivés à remplir leur fonction. D'un point de vue pratique, la possibilité de disposer de matériel et d'auxiliaires pédagogiques augmenterait l'efficacité du personnel sanitaire à cet égard.

En développant la formation du personnel sanitaire dans le domaine de l'éducation pour la santé aux niveaux universitaire et post-universitaire conformément aux recommandations du Bureau régional,<sup>4</sup> on aiderait les membres des professions sanitaires à mieux comprendre le sens de l'éducation pour la santé et son importance dans l'ensemble du système de santé.

Les membres du personnel sanitaire qui se spécialisent dans l'éducation pour la santé devraient être dotés d'un statut plus prestigieux et d'une meilleure image de marque. Il a semblé que le recours aux stratégies d'éducation pour la santé est dans l'intérêt même du médecin puisqu'il lui permet en fin de compte de réduire sa charge de travail avec des résultats plus satisfaisants.

En faisant participer l'équipe de santé à l'élaboration des politiques d'éducation sanitaire à tous les niveaux et en faisant participer la collectivité à la planification des stratégies d'éducation pour la santé, il est possible de motiver le médecin aussi bien que l'ensemble de la population à participer aux activités en ce sens. Des études d'évaluation locale permettront une rétro-information efficace.

De l'avis du sous-groupe, les gouvernements devraient apporter un appui efficace à l'éducation sanitaire afin que la société s'oriente davantage vers les questions de santé en général. Une législation spécifique soutiendrait les efforts éducatifs en faveur de la santé.

---

<sup>4</sup> *La préparation des personnels médico-sanitaires à l'éducation pour la santé, notamment au niveau des programmes d'études avancées. Rapport sur un symposium, Cologne, 10-14 novembre 1974. Copenhague, 1976 (EURO 4503).*

Le sous-groupe a généralement adopté les six principes d'éducation sanitaire mentionnés dans le premier document de travail. Il convient cependant et recommande que l'application de ces principes passe par un système d'éducation sanitaire dans la collectivité, dans lequel travailleraient côte à côte éducateurs sanitaires et spécialistes de l'éducation sanitaire. La formation à l'éducation pour la santé du personnel sanitaire et autres est donc nécessaire à tous les niveaux, comme le souligne le rapport du Bureau régional déjà mentionné.

Enfin, le sous-groupe a recommandé que les responsables nationaux chargés d'élaborer les politiques d'éducation sanitaire (directeurs des instituts d'éducation sanitaire, par exemple, ou autres cadres supérieurs) soient formés (éventuellement avec l'assistance du Bureau régional de l'Europe) à la gestion en éducation sanitaire, et notamment aux sciences du comportement.

### 5.3 Relations entre santé et éducation

Les conclusions et recommandations du troisième groupe à cet égard sont les suivantes.

L'Etat et la société dans son ensemble sont responsables de l'éducation pour la santé, car le bagage culturel de chaque individu doit comporter quelques connaissances sanitaires et l'éducation dans ce domaine doit faire partie intégrante de l'éducation générale, en ce qu'elle vise à améliorer la qualité de la vie.

L'élément éducatif de la planification et de la réalisation des programmes sanitaires nationaux doit y être régulièrement intégré et appliqué de façon spécifique.

En établissant des objectifs en éducation sanitaire, il est essentiel, en premier lieu, d'étudier la population visée et de chercher à déterminer précisément ses besoins en matière de santé : besoins exprimés, besoins ressentis et besoins déterminés par les services de santé étant indispensables pour garantir des conditions minimales.

L'éducation sanitaire doit être planifiée systématiquement pour permettre à tous les individus qui œuvrent pour accroître et conserver le bien-être de l'individu et de la société d'y prendre part.

Si l'on veut améliorer les méthodes d'éducation sanitaire, il faudra réaliser des études scientifiques destinées à passer au crible les méthodes et les indicateurs permettant d'évaluer les activités d'éducation sanitaire.

Il faut faire appel à toutes les méthodes pédagogiques pour approcher l'individu dès son enfance, sous tous les angles à la fois, pour le sensibiliser aux questions de santé et d'habitudes de vie saines, y compris dans le domaine sexuel.

S'assurer la participation des individus et de la collectivité à la protection de la santé est fondamental et c'est le but final du processus éducatif.

Tous les individus et toutes les organisations responsables revêtus d'autorité dans le domaine de l'éducation doivent accorder une place primordiale à l'éducation pour la santé.

L'éducation sanitaire doit se fonder sur les conditions prévalant dans chaque société et doit être compatible tant avec la réalité socio-économique et culturelle de la société en question qu'avec les progrès de la médecine.

Toutes les activités réalisées par des équipes sanitaires doivent provoquer, intégrer et développer l'éducation sanitaire, laquelle doit faire partie intégrante de toute mesure à caractère médical et social.

Tout doit être fait pour intégrer l'éducation sanitaire dans le processus éducatif individuel en utilisant ou en modifiant des méthodes et des techniques éprouvées et en recherchant des méthodes nouvelles d'éducation sanitaire.

La collaboration et la recherche pluridisciplinaire doivent être développées en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une méthodologie qui soit spécifique, scientifique, pratique et pertinente. Une telle méthodologie permettrait d'élaborer un système d'éducation pour la santé applicable en toutes circonstances.

## 6. MISE EN COMMUN DU TRAVAIL DES SOUS-GROUPES

Le groupe de travail a constaté que les rapports des trois sous-groupes présentaient une grande similitude quant aux conclusions et recommandations auxquelles ils sont parvenus.

Les six principes d'éducation sanitaire ont été adoptés unanimement par les participants. Le premier principe énoncé a été considéré comme le principe directeur.

Le groupe de travail a souligné l'importance des contacts internationaux dans l'éducation sanitaire en vue de permettre l'échange d'informations et d'expérience. Il s'est appuyé sur les efforts du Bureau régional de l'Europe visant à renforcer ses relations et sa collaboration avec les organismes, gouvernementaux ou non, qui s'intéressent directement ou indirectement à l'éducation pour la santé.

Il paraît fondamental que la législation vienne seconder les politiques et les plans d'éducation sanitaire; un programme d'éducation sanitaire destiné à promouvoir des habitudes alimentaires saines devrait pouvoir s'appuyer sur une législation régissant la production et la vente des produits alimentaires contenant une forte proportion de matières grasses. De même, il est souhaitable d'élaborer une législation sur l'emploi des ceintures de sécurité dans les automobiles ainsi que sur l'interdiction ou la restriction de la publicité pour le tabac et l'alcool.

L'intervention du législateur est considérée comme un corollaire du principe directeur de la responsabilité de la société en matière d'éducation pour la santé. La crédibilité et l'efficacité de cette éducation se trouveraient renforcées par l'établissement d'un soubassement légal.

## 7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les participants ont conclu que, si les principes inhérents à l'éducation pour la santé ont été longuement discutés au cours de la réunion, la méthodologie aura encore besoin d'être suivie en détail.

Les conclusions suivantes ont été élaborées :

- c'est la collectivité tout entière qui doit être responsable de l'éducation pour la santé, en relation avec les principales tâches de la société;
- l'éducation pour la santé doit être organisée d'une façon planifiée et efficace;
- il faudrait que l'éducation pour la santé repose sur des bases scientifiques et que ses méthodes fassent l'objet d'une expérimentation et d'une évaluation rigoureuses; pour y parvenir, il est indispensable de faire des recherches sur les comportements en matière de santé;
- l'éducation pour la santé doit inciter les individus à faire ce qui convient pour demeurer bien portants et à se sentir directement responsables à cet égard;
- la médecine et les services de santé ont un rôle particulier à jouer sur ce plan de l'éducation;
- l'éducation pour la santé doit être différenciée et orientée en fonction des groupes auxquels elle s'adresse.

S'appuyant sur ces conclusions, dans lesquelles on peut voir les principes de l'éducation pour la santé, le groupe de travail a recommandé que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe :

- appelle l'attention des Etats Membres de la Région sur l'importance qu'il y a à faire de ces principes la base des travaux théoriques et pratiques consacrés à l'éducation pour la santé, spécialement dans le cadre de la planification, de l'organisation et de la direction des mesures d'éducation pour la santé au niveau national; la participation des consommateurs et le rôle de la législation sur l'éducation pour la santé ont été jugés importants à cet égard;
- encourage la confrontation de l'expérience acquise dans les Etats Membres de la Région au sujet de la formation, du développement et de l'activité des spécialistes de l'éducation pour la santé; il a paru

souhaitable de consacrer une étude aux besoins de formation des diverses catégories professionnelles (y compris les étudiants en médecine) dans le domaine de l'éducation pour la santé;

- entretienne une collaboration étroite avec des organisations non gouvernementales se consacrant à l'éducation pour la santé (par exemple, le Bureau Europe de l'Union internationale d'Education pour la Santé);
- souligne l'importance d'un développement systématique de la méthodologie de l'éducation pour la santé.

## Annexe

### LISTE DES PARTICIPANTS

#### *Conseillers temporaires*

- Mme F. Buhl, Comité français d'Education pour la Santé, Paris, France
- Mme R. Erben, Centre fédéral d'Education pour la Santé, Cologne, République fédérale d'Allemagne
- Professeur H. Golemanov, Directeur de l'Institut d'Education pour la Santé, Sofia, Bulgarie
- Dr G. Gonda, Directeur de l'Institut national d'Education pour la Santé, Budapest, Hongrie
- Dr F. Görres, Directeur général du Musée d'Hygiène allemand, Dresde, République démocratique allemande (*Président*)
- Dr G. Holub, Directeur de l'Institut tchèque d'Education pour la Santé, Prague, Tchécoslovaquie
- Dr P. Krasnik, Directeur de l'Institut slovaque d'Education pour la Santé, Bratislava, Tchécoslovaquie
- Dr R. Lämmel,<sup>a</sup> Secrétaire général du Comité national d'Education pour la Santé, Berlin, République démocratique allemande
- Professeur D. Loransky, Directeur de l'Institut central de Recherche scientifique sur l'Education pour la Santé, Moscou, URSS
- Professeur G. Misgeld,<sup>a</sup> Directeur de l'Institut d'Histoire de la Médecine et des Sciences naturelles de l'Université Humboldt, Berlin, République démocratique allemande
- Dr P. Penciu, Chef de la Division d'Education pour la Santé, Institut d'Hygiène et de Santé publique, Bucarest, Roumanie

---

<sup>a</sup> Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

Dr D.A. Player, Directeur du Service écossais d'Éducation pour la Santé, Centre d'Éducation pour la Santé, Edimbourg, Royaume-Uni (*Rapporteur*)

Dr M. Santos Pardal, Directeur du Service d'Éducation pour la Santé, Direction générale de la Santé, Lisbonne, Portugal

Dr W. Schmidt,<sup>a</sup> Directeur de l'Institut d'Éducation pour la Santé, Musée d'Hygiène allemand, Dresde, République démocratique allemande

Dr A. Soukehal, Médecin-chef du Service central d'Éducation pour la Santé, Institut national de la Santé publique, Ministère de la Santé publique, Alger, Algérie

Professeur H. Spaar,<sup>a</sup> Académie d'Études médicales post-universitaires de la RDA, Berlin-Lichtenberg, République démocratique allemande

M. K. Tones, Chargé de cours principal en éducation pour la santé, Leeds Polytechnic, Leeds, Royaume-Uni

Professeur H.V. Vuori, Département de Santé communautaire, Université de Kuopio, Kuopio, Finlande

Professeur K. Vuylsteek, Département d'Hygiène et de Médecine sociale, Université de Gand, Gand, Belgique

#### *Bureau régional de l'OMS pour l'Europe*

Dr W. Fritsche, Consultant pour le Développement des personnels de santé

Dr A.P. Woudenberg, Fonctionnaire régional pour l'Éducation sanitaire et les sciences sociales (*Secrétaire*)

---

<sup>a</sup> Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

