



WHODOC 1/3

POLITIQUES NOUVELLES D'EDUCATION POUR LA SANTE  
DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Esquisse du document de fond destiné aux discussions techniques

Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 1983

et

Questions soumises aux Etats Membres

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. Objet des discussions techniques .....	3
2. Politiques anciennes et nouvelles .....	5
3. Elaboration de politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires : Divers aspects du problème .....	7
4. Préparation des discussions techniques à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé .....	11
5. Références bibliographiques .....	12
Annexe A : Elaboration des politiques nouvelles d'éducation pour la santé. Guide pour l'analyse des problèmes : Questions soumises aux Etats Membres .....	15
Annexe B : Eléments essentiels des soins de santé primaires et contenu de la composante "Education pour la santé" .....	20
Annexe C : Extraits du septième programme général de travail (1984-1989) .....	43



En prévision des discussions techniques qui auront lieu lors de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en 1983, les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé sont priés de fournir des renseignements sur leurs projets concernant les politiques nouvelles d'éducation pour la santé et/ou des exemples de leur expérience en la matière.

Dans la présente esquisse, on s'est efforcé :

- a) de définir les politiques nouvelles dans leurs rapports avec les soins de santé primaires;
- b) de passer en revue les caractéristiques qui peuvent permettre de distinguer les anciennes politiques des nouvelles;
- c) d'exposer à grands traits certains des points qu'il faut prendre en considération pour formuler, en matière d'éducation pour la santé, des politiques d'ampleur nationale conformes aux principes de l'engagement des collectivités, de la coordination entre secteurs du développement, et de la capacité d'initiative personnelle.

Ces points, et d'autres points connexes, sont ensuite présentés sous forme de questions que les Etats Membres sont invités à prendre en considération lorsqu'ils examineront leurs propres politiques d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires (annexe A).

Les observations, rapports et études de cas reçus par l'OMS seront utilisés pour établir le document de fond destiné aux discussions techniques qui auront lieu lors de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

POLITIQUES NOUVELLES D'EDUCATION POUR LA SANTE  
DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Esquisse du document de fond destiné aux discussions techniques  
Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 1983

et

Questions soumises aux Etats Membres

1. OBJET DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

1.1 Le défi et l'occasion

Les premiers succès remportés en santé publique sont en grande partie imputables à des transformations de l'environnement. Ensuite, les progrès sont devenus de plus en plus tributaires de l'initiative ou de la coopération de la population. L'éducation pour la santé est l'un des principaux moyens permettant d'obtenir que cette dernière adopte des attitudes et un comportement qui sont la clef du succès des programmes. Comme dans d'autres domaines de la santé publique et de l'éducation, ce sont généralement les individus défavorisés par le sort ou socialement isolés qui sont les derniers à bénéficier de l'éducation pour la santé alors que ce sont justement eux qui en ont le plus besoin. La stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000<sup>1</sup> lance un défi à tous les Etats Membres de l'OMS : comment engager toutes les couches de la population dans le développement des soins de santé primaires,<sup>2</sup> dont l'éducation pour la santé représente un élément primordial.

Ce point a été mis en évidence par la Conférence sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma-Ata sous l'égide de l'OMS et du FISE,<sup>2</sup> par plusieurs discussions techniques et débats organisés à l'échelon régional,<sup>4-7</sup> de même que par la première Conférence panafricaine sur l'éducation pour la santé,<sup>8</sup> par de nombreuses réunions régionales et internationales et par divers rapports techniques émanant d'organisations internationales non gouvernementales.

Le thème des discussions techniques qui auront lieu lors de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : "Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires", donne aux pays l'occasion de se pencher sur les politiques qu'ils appliquent actuellement et de procéder à des échanges de vues sur la manière dont ces politiques sont en harmonie avec la Déclaration d'Alma-Ata<sup>2</sup> et la stratégie de la "Santé pour tous d'ici l'an 2000",<sup>9</sup> ce qui implique :

- qu'elles sont fondées sur les principes de l'éducation pour la santé, de l'engagement des collectivités, de la technologie appropriée pour la santé, de la coordination entre le secteur sanitaire et d'autres secteurs du développement national et communautaire, de la responsabilité personnelle et des capacités qui permettent à l'individu d'agir de son propre chef;
- qu'elles prévoient les appuis nécessaires de la part des structures institutionnelles et économiques, des systèmes d'information, des programmes de recherche sur le comportement ainsi que la répartition adaptée des ressources pour que "les individus, les familles et les communautés prennent davantage en charge leur propre santé et leur propre bien-être" (1, p. 17).

C'est précisément parce que ces aspects essentiels des soins de santé primaires et de la stratégie mondiale de la santé pour tous ne bénéficient pas d'un appui suffisant au plan des politiques de santé que le Conseil exécutif, à sa soixante-huitième session, en janvier 1981, a fait porter son choix sur l'éducation pour la santé pour les discussions techniques de 1983.

## 1.2 Objectifs des discussions techniques

Les discussions techniques qui auront lieu lors de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ont les objectifs suivants.

### a) A court terme

1.2.1 Obtenir des Etats Membres, au premier chef, des renseignements sur leurs projets et des exemples tirés de leur expérience qui seront résumés dans le document de fond et pourront être combinés de façon à fournir d'utiles modèles et guides.<sup>10</sup>

1.2.2 Inviter et encourager les gouvernements à examiner leurs politiques actuelles d'éducation pour la santé, leurs objectifs et les méthodes qu'ils appliquent pour obtenir, d'une part, l'engagement des groupes de population aux divers niveaux et pour faire adopter, d'autre part, une approche plurisectorielle (11, pp. 19-20).

### b) A long terme

1.2.3 Aider les Etats Membres à constituer ou à développer une base pour la planification, la gestion et l'évaluation de la composante "Education pour la santé" de leurs programmes de soins de santé primaires au niveau du pays et des collectivités.<sup>12</sup>

1.2.4 Accorder une attention particulière, dans les futurs programmes de l'OMS, à la surveillance continue et à l'évaluation de la composante "Education pour la santé" des politiques et programmes nationaux de soins de santé primaires, notamment la mise au point d'indicateurs et de critères concernant l'engagement des collectivités, le minimum d'alphabétisation sanitaire souhaitable,\* les comportements en matière de santé et la mesure dans laquelle les individus et les familles prennent en charge leur propre santé en vue de sa promotion.<sup>12,13</sup>

1.2.5 Aider l'OMS à mieux comprendre les besoins des Etats Membres afin de prévoir l'allocation de ses ressources en conséquence et d'améliorer sa coopération technique dans le domaine de l'éducation pour la santé.

## 1.3 Définition et champ d'application

L'intitulé du thème des discussions techniques comporte trois expressions qu'il importe de définir. Les définitions ci-après sont proposées pour ces expressions.\*\*

1.3.1 Politiques : "Une politique sanitaire nationale définit les objectifs à atteindre pour améliorer la situation sanitaire, fixe l'ordre de priorité de ces objectifs et indique les principales voies à suivre pour y parvenir" (1, p. 14). Les objectifs, priorités et méthodes des politiques "nouvelles" qu'il conviendra d'examiner plus particulièrement sont ceux qui concernent les composantes suivantes : l'éducation pour la santé, notamment l'engagement des collectivités et l'initiative personnelle, la technologie appropriée pour la santé, l'action politique et la coopération intersectorielle.<sup>2</sup>

1.3.2 Education pour la santé : Tout ensemble planifié d'"activités conduisant à une situation dans laquelle les gens veulent être en bonne santé, savent comment parvenir à l'état de santé souhaitable et font leur possible, individuellement et collectivement, pour recourir à l'aide de personnes compétentes quand besoin est" (3, p. 13). Cette définition souligne que l'éducation pour la santé ne se réduit pas, tant s'en faut, à fournir des informations ou à

---

\* Le terme d'alphabétisation sanitaire est parfois utilisé pour désigner le niveau minimal de connaissances que les personnes doivent posséder pour être en mesure d'identifier les principaux risques auxquels elles sont exposées et mobiliser les ressources individuelles, familiales ou communautaires qui permettront de les maîtriser. (12, p. 29)

\*\* Le lecteur trouvera à l'annexe B, pp. 30 et 31 et p. 36, un glossaire d'autres termes connexes.

obtenir la coopération des intéressés, comme c'est le cas pour les programmes visant la prévention de maladies spécifiques. Elle s'efforce aussi de rendre les gens "capables de prendre des décisions concernant leur propre santé".<sup>9</sup>

Dans le présent document, "Éducation pour la santé" comprend a) les activités visant tant à l'information des décideurs au plan de la politique générale qu'à celle des collectivités; b) l'organisation communautaire; c) les activités aidant les individus, les familles et les collectivités à comprendre les conséquences pour la santé de tel ou tel style de vie, et à jouer un rôle actif dans la protection de leur propre santé;<sup>14</sup> et enfin d) d'autres formes d'action sociale qui encouragent les individus à adopter ou à renforcer de leur propre initiative tout comportement favorisant la santé.

Il faut bien voir, en effet, que lorsqu'ils prennent des décisions concernant leur santé, les gens sont influencés par des facteurs qu'ils ne maîtrisent pas toujours : conditions de travail, commercialisation des produits de consommation dans certains pays, facteurs économiques et environnementaux, normes sociales et coutumes, etc. Les éléments promotionnels des programmes d'éducation pour la santé ne doivent donc pas seulement faciliter l'"adoption de croyances, d'attitudes et de comportements propres à favoriser la santé" mais aussi veiller à ce que les conditions de vie soient en harmonie avec cet objectif (4, p. 8).

### 1.3.3 L'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires

Selon la Déclaration d'Alma-Ata, "une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables" (2, p. 4) représente le premier des éléments essentiels des soins de santé primaires; une telle éducation s'inspire du principe selon lequel "tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui lui sont destinés" (2, p. 3).

L'éducation pour la santé n'est pas une activité distincte devant être menée dans le cadre des soins de santé primaires mais une composante de toutes les activités de soins de santé primaires, qui doit leur être intégrée à tous les stades depuis la planification jusqu'à l'évaluation.

## 2. POLITIQUES ANCIENNES ET NOUVELLES

Nous allons essayer dans les pages qui suivent d'examiner certaines des différences fondamentales entre politiques anciennes et politiques nouvelles d'éducation pour la santé avant d'aborder, à la section 3, les questions que soulève l'élaboration de politiques nouvelles.

L'une des principales différences entre politiques anciennes et politiques nouvelles réside dans le fait que l'accent est passé, au niveau de l'individu, de la préoccupation du "comment agir", qui repose sur l'acquisition d'un savoir-faire, au "comment être" qui implique l'assimilation de valeurs et de styles de vie. Au niveau des collectivités et des nations, deux grandes tendances se font jour : d'une part, élargissement des objectifs des politiques nationales fondées sur les besoins ressentis par les collectivités et, d'autre part, une approche plurisectorielle.

### 2.1 Les politiques d'action sanitaire : vers une diversification des objectifs

Des politiques d'éducation pour la santé ont été fréquemment adoptées par les gouvernements lors de l'exécution de campagnes de masse pour lutter contre des maladies transmissibles comme le paludisme, ou bien contre des maladies qu'il est possible de prévenir par la vaccination, ou encore dans le cadre de programmes hautement finalisés comme ceux qui concernent la planification familiale.<sup>8</sup> Dans ces divers cas, les objectifs de l'éducation pour la santé et les indicateurs de réussite pouvaient être définis avec précision, et même quantifiés ou mesurés du point de vue de leur impact sur le comportement. Une très grande spécificité était par conséquent possible étant donné :

- que la prévention de la maladie considérée était une priorité nationale et, en tant qu'objectif, faisait l'objet d'un large consensus;
- que certains comportements - se faire vacciner par exemple - étaient indispensables au succès de l'action nationale de prévention;
- que ces comportements spécifiques pouvaient être directement mesurés au moyen des données enregistrées sur les lieux mêmes de prestation des services, de telle sorte que l'on disposait plus facilement d'indicateurs des progrès réalisés, lesquels pouvaient être attribués aux activités d'éducation pour la santé.

En raison des principes mêmes qui régissent les soins de santé primaires, il est plus difficile de préciser les objectifs de l'éducation pour la santé dans le cadre de la politique nationale de santé, du fait que ceux-ci émanent des collectivités et sont plus diversifiés. Il est généralement admis que l'"éducation pour la santé" est un élément essentiel des stratégies fondées sur l'engagement des collectivités, et qu'elle joue un rôle capital en renforçant la volonté et la capacité qu'ont les gens de poursuivre les objectifs qu'ils se sont fixés en matière de santé et de développement, tant au plan individuel que collectif. En outre, par suite de l'ampleur et de la diversité du rôle de l'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires, il est difficile à la plupart des pays de déterminer la place que celle-ci doit occuper dans les politiques nouvelles de santé.

Les priorités ont de grandes chances de varier suivant les collectivités. Par ailleurs, ces dernières n'ont pas toujours les moyens d'atteindre les objectifs prioritaires qu'elles se sont fixés : parfois, ceci exige un appui structurel et financier; parfois, la réalisation de ces objectifs suppose des réformes d'ordre politique, économique ou environnemental. Il s'ensuit que de nombreuses actions collectives sont exécutées grâce à l'intervention d'autres secteurs et qu'elles ne font pas nécessairement partie du système sanitaire.

Ces aspects des politiques nouvelles montrent qu'il faudra redoubler d'efforts sur les plans politique et technique pour que se concrétisent certains éléments de la composante "Education pour la santé" : engagement à l'échelon local ou national, technologie appropriée, focalisation des comportements individuels et collectifs, et évaluation. A mesure que les activités d'éducation pour la santé se diversifieront et s'amplifieront, impliquant plusieurs secteurs et plusieurs organisations, elles deviendront plus difficiles à surveiller et à évaluer. Il faudra pourtant, dans les politiques nouvelles, donner à la composante "éducation pour la santé" une spécificité suffisante pour que les programmes puissent être surveillés de façon continue et que leur impact puisse être évalué, permettant ainsi aux décideurs de s'assurer que les crédits sont bien employés et que les politiques nouvelles sont profitables à la santé.

## 2.2 Détermination de la composante "Education pour la santé" des soins de santé primaires

Quel doit être le contenu des politiques nouvelles ? Il faut que les décideurs comprennent et acceptent la nécessité de laisser également aux collectivités, dans le cadre de ces politiques, la possibilité de définir et de poursuivre leurs propres objectifs, d'apprécier et de mobiliser leurs propres ressources, et de contrôler et d'évaluer leurs propres efforts.

Il ne s'agit pas seulement d'assurer efficacement le transfert de l'information par les filières institutionnelles de communication.<sup>15</sup> Pour que l'éducation débouche effectivement sur une action, il semble en effet qu'un élément subjectif d'implication personnelle et sociale et d'engagement envers ces objectifs soit nécessaire. C'est d'ailleurs pourquoi l'éducation pour la santé présente tant d'importance pour la réalisation des objectifs de participation familiale et communautaire à la "stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000".

Cette relation essentielle entre l'éducation pour la santé et la participation active des individus dans la détermination de leurs propres objectifs et la promotion de leur propre santé n'est pas nouvelle. Elle a été soulignée dans le préambule à la Constitution de l'OMS<sup>16</sup> ainsi que dans le rapport du premier Comité d'experts de l'Education sanitaire de la Population qui s'est réuni en 1953;<sup>17</sup> et elle a été réaffirmée, tant comme fin que comme moyen, dans plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que dans tous les rapports

techniques importants sur l'éducation pour la santé.<sup>18-28</sup> Cependant, tant qu'il s'agissait de lutter contre des maladies déterminées, la notion d'engagement des collectivités ne constituait pas toujours, et de loin, un élément majeur des politiques nationales de santé.

Les recherches effectuées sur l'éducation pour la santé et le comportement en matière de santé ont montré que l'on obtient de meilleurs résultats en ce qui concerne la participation des individus et des collectivités s'ils prennent part au processus de planification et de réalisation. Cette constatation s'applique tant aux programmes finalisés de prévention des maladies qu'aux programmes plus généraux de développement communautaire.<sup>19-24</sup> La recherche a aidé à démêler l'écheveau des facteurs qui contribuent à l'efficacité de l'éducation pour la santé dans le contexte des soins de santé primaires,<sup>22-24</sup> mais la plupart des conclusions sont valables uniquement au plan local. Le problème fondamental qui continue de se poser aux Etats Membres est le suivant :

- Comment, dans une politique nationale d'éducation pour la santé, définir les éléments de planification, de gestion, de surveillance continue et d'évaluation concernant l'affectation de ressources centrales sans trahir le principe de l'engagement communautaire ?

Ce n'est pas là un dilemme sans issue. La solution réside dans la mise en oeuvre d'un processus grâce auquel l'élaboration de la politique nationale peut tenir compte à tout moment des besoins et des aspirations des collectivités locales. En fait, la politique nationale devrait s'enrichir énormément grâce à un tel apport communautaire. Au départ, cependant, ce sont les gouvernements qui doivent prendre l'initiative en traçant la voie et en soutenant, au plan local, l'engagement communautaire en faveur de la santé.

### 3. ELABORATION DE POLITIQUES NOUVELLES D'EDUCATION POUR LA SANTE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES : DIVERS ASPECTS DU PROBLEME

Afin d'aider et d'encourager les Etats Membres à adopter ou à renforcer des politiques d'éducation pour la santé qui puissent bénéficier à la fois d'une orientation nationale et de l'initiative locale en vue du développement des soins de santé primaires, il serait utile de disposer de lignes directrices qui puissent être adaptées aux diverses situations nationales. Ces lignes directrices devraient émerger de l'expérience acquise dans l'exécution de programmes et de projets dans le cadre desquels les principes de la participation et de l'initiative personnelle, ainsi que celui de l'approche plurisectorielle ont été appliqués avec un certain succès.

C'est cette expérience que l'on s'efforce maintenant de connaître en demandant aux Etats Membres de formuler des observations sur les points soulevés à l'annexe A. Ces informations seront complétées par une analyse de la littérature consacrée à l'éducation pour la santé, au comportement en matière de santé et au développement communautaire. Il est déjà possible de prévoir certains des traits essentiels de ces lignes directrices en se référant aux principes énoncés par l'Analyse du contenu des huit composantes essentielles des soins de santé primaires,<sup>3\*</sup> aux discussions techniques régionales,<sup>4-8</sup> aux rapports techniques de comités d'experts (17-22 par exemple) et aux volumes de la série "Santé pour tous".<sup>1,2,11-13,29,30</sup> On trouvera ci-après quelques exemples des caractéristiques des politiques nouvelles à prendre en considération.

#### 3.1 Placer l'éducation pour la santé au centre de la planification et de la mise en oeuvre des politiques de santé

Dans les conclusions au rapport qu'il a présenté à la cinquante-troisième session du Conseil exécutif de l'OMS, le Directeur général a déclaré : "Pour que l'éducation sanitaire puisse aider davantage les gens à s'affirmer et à exercer une influence favorable sur les

\* Le lecteur trouvera à l'annexe B l'analyse de la composante "Education pour la santé" (composante essentielle N° 1).

systemes sanitaires et sociaux institués à leur profit", il faut que les gouvernements fassent en sorte de :

rendre plus efficaces le rôle et les fonctions des services d'éducation sanitaire créés dans les ministères de la santé et les organismes connexes pour appuyer les programmes sanitaires nationaux, provinciaux et locaux. Si l'on veut utiliser la participation des gens pour améliorer les services de santé à chaque niveau, il faut que l'éducation sanitaire qui sert à promouvoir cette participation occupe une position centrale dans la planification, l'organisation et la réalisation des politiques et programmes de santé (25, p. 50).

Cette réflexion s'applique aux diverses structures où sont formulées les politiques de santé, d'éducation et de développement, le but étant de permettre aux autres départements d'avoir directement accès aux services d'éducation pour la santé. D'autre part, les politiques nouvelles devraient permettre une plus large mise en commun de toutes les ressources humaines et autres techniques de l'éducation pour la santé afin de renforcer les activités au niveau local et de mieux tenir compte des besoins et des aspirations de la population. Cela nous amène à la deuxième caractéristique des politiques nouvelles.

### 3.2 Renforcer les capacités locales en matière d'analyse des problèmes et de prise de décision

Les méthodes d'approche appliquées par l'éducation pour la santé dans le cadre des politiques nouvelles seront différentes de celles des campagnes d'autrefois. Comme on peut le lire dans le récent rapport d'un groupe spécial sur l'éducation pour la santé dans le cadre de la santé de la famille :

... le défi technique le plus intéressant qui nous soit posé est de loin celui qui provient de la nécessité d'adapter notre approche éducative à des situations où le but est "de suivre le courant" de la demande qui émane du client au plan de l'action éducative, sans vouloir influencer son choix quant au contenu ni son jugement quant aux avantages. Ceci laisse supposer que nous soyons en mesure d'adopter une approche éducative dont l'objet est de développer chez l'individu la capacité de formuler ses problèmes et de prendre des décisions... Nous en sommes encore au stade des balbutiements dans ce domaine. Il est certainement urgent de mettre à l'épreuve des nouvelles méthodes d'éducation orientées vers l'individu et la communauté, portant l'accent sur le développement des capacités qui leur permettent de prendre des décisions et d'agir de leur propre chef (24, p. 4).

### 3.3 Trouver un équilibre entre efficacité et diversité

Dans le passé, de nombreux rapports ont insisté, dans leurs recommandations, sur le fait que la planification, l'organisation et l'évaluation de l'éducation pour la santé devraient faire l'objet d'un examen beaucoup plus systématique, approfondi et détaillé, et d'un appui beaucoup plus substantiel.<sup>19</sup> La nécessité d'une planification et d'une évaluation plus finalisées est d'autant plus grande aujourd'hui qu'il faut s'attendre :

- a) à une participation accrue de la part de populations auparavant sous-desservies;
- b) à une plus grande diversité des besoins, des objectifs et des normes;
- c) à une diminution des ressources destinées à répondre aux besoins sanitaires de populations nombreuses.

On voit donc que si l'ordre de priorité doit être fixé de façon à obtenir la plus grande efficacité possible, il faut néanmoins prévoir la possibilité de modifier les priorités selon les collectivités.

### 3.4 Concilier les plans nationaux et locaux

Depuis quelques années, la décentralisation du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national est au centre des préoccupations.

De nombreux pays sont le théâtre d'un processus général de décentralisation de l'administration dont il importe de tenir compte dans le processus gestionnaire. On tend actuellement à renforcer les pouvoirs de décision au niveau des provinces, des districts et des collectivités locales. Parallèlement, il faut organiser les collectivités de manière qu'elles puissent participer pleinement au processus de développement sanitaire (11, p. 17).

De ce fait, il est nécessaire de définir avec plus de précision encore le processus d'éducation dans ses rapports avec la participation à tous les niveaux, c'est-à-dire d'harmoniser les apports de la participation locale au plan de la planification avec l'orientation et les échéances des "politiques nationales de santé à suivre, les objectifs à atteindre et les cibles correspondantes, chiffrées dans toute la mesure possible" (11, p. 35). En fin de compte, c'est la synthèse des priorités locales qui devrait dicter les priorités nationales. Cependant, la plupart des pays ne possèdent pas encore toute la gamme des moyens nécessaires pour engager les collectivités dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire. Tant que ces moyens, et la possibilité pour les collectivités d'influer sur la planification au niveau central, n'existeront pas, il faudra que les plans nationaux soient suffisamment souples pour tenir compte des plans locaux qui se font jour et ne concordent pas nécessairement avec eux.

### 3.5 Concilier les critères sociaux et sanitaires

Dans les "Principes directeurs"<sup>29</sup> de l'OMS pour l'évaluation des programmes d'action sanitaire, il est admis qu'en dehors de critères sanitaires tels que la réduction des taux de morbidité par âge, il faut prendre en compte des "critères sociaux" comme l'amélioration des conditions d'emploi. Il faudrait donc disposer de directives sur les moyens de déterminer les critères sociaux et de les corrélérer avec les critères qui s'appliquent à la santé ou aux comportements sanitaires. Le document susmentionné nous rappelle que les critères sociaux sont difficiles à quantifier et que l'on est par conséquent "souvent obligé de recourir à une évaluation fondée sur des critères qualitatifs plutôt que quantitatifs" (ib, p. 23).

### 3.6 Mesurer l'engagement communautaire et les critères sociaux

Si l'on hésite à suggérer des indicateurs quantitatifs se rapportant aux critères sociaux et à la participation communautaire, c'est en partie en raison de la crainte de réduire un processus d'apprentissage extrêmement complexe à une simple opération de décompte des voix ou de dénombrement de participants passifs à des réunions.

Il convient de mentionner un autre domaine important en raison de la nature des soins de santé primaires considérés comme préparant la voie à la santé pour tous, mais dans lequel on ne peut sans doute envisager que des indicateurs qualitatifs - à savoir l'engagement de la collectivité ... L'expression "engagement de la collectivité" a été préférée à celle de "participation de la collectivité" parce que la participation, qui peut être simplement une réponse passive, ne suffit pas; il doit y avoir des mécanismes et des processus permettant à la population de s'engager activement et d'assumer la responsabilité de certaines décisions et activités conjointement avec les professionnels de la santé (12, p. 21).

Dans la "Brève liste d'indicateurs" proposés pour la surveillance continue et l'évaluation de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 figure un indicateur se rapportant directement aux politiques d'éducation pour la santé des Etats Membres. Il concerne la mesure dans laquelle :

les mécanismes destinés à associer la population à la mise en oeuvre des stratégies ont été mis en place ou renforcés et fonctionnent effectivement, par exemple : mécanismes actifs et efficaces pour permettre à la population d'exprimer ses exigences et ses besoins; participation active de représentants des partis politiques et de groupes organisés tels que les syndicats, les organisations féminines, associations d'agriculteurs et autres associations professionnelles; décentralisation correcte, aux différents échelons administratifs, des organes de décisions du secteur sanitaire" (13, p. 76).

En vue de formuler des critères plus spécifiques concernant cet indicateur et d'autres indicateurs, les pays pourraient peut-être, dans un premier temps, estimer les pourcentages qu'ils comptent atteindre pour chacun des types de participation déjà mentionnés<sup>30, 31</sup> et tracer les grandes lignes de plans d'action à court terme et à long terme. C'est d'ailleurs ce qui est proposé dans le septième programme général de travail de l'OMS :

On se servira, au niveau mondial, des indicateurs qui sont d'abord utiles au niveau national; un certain nombre d'indicateurs remplissant cette condition ont été choisis sur la base des stratégies nationales et régionales.<sup>7</sup> Les Régions et les pays ajouteront, le cas échéant, des indicateurs additionnels, compte tenu des conditions qui leur sont propres. Pendant la période d'exécution du septième programme général de travail (1984-1989), une attention particulière sera accordée aux indicateurs qui montrent dans quelle mesure les pays ont élaboré une stratégie de la santé pour tous et dans quelle mesure des soins de santé primaires sont mis à la disposition de la population de ces pays (31, p. 130).

### 3.7 Mesurer la diffusion des connaissances sanitaires

Les connaissances sanitaires constituent l'assise à partir de laquelle doit s'édifier l'engagement communautaire. On trouve quelques indications concernant l'évaluation de cet élément de l'éducation pour la santé dans le document de l'OMS sur l'Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il y est indiqué qu'il serait bon :

d'avoir un indicateur de l'alphabétisation sanitaire, mais il n'en existe pas encore. On peut avoir une idée de l'efficacité de la diffusion de l'information dans ce domaine par certains indicateurs, comme le nombre de moyens d'information de masse ... la mesure dans laquelle l'information sanitaire est effectivement diffusée par ces moyens ... des indicateurs de l'accès à l'information, par exemple le pourcentage de la population possédant un poste de radio, un téléviseur ou lisant les journaux ... les partis politiques, les organisations féminines, les écoles, les associations d'agriculteurs, etc. L'"alphabétisation sanitaire" ne peut être évaluée directement que par des enquêtes dans les collectivités. Il faut toutefois souligner qu'une bonne compréhension des problèmes de santé et des solutions pouvant leur être apportées n'est pas en soi un indicateur de changement d'attitude et de comportement. Ces changements ne sont pas faciles à mesurer. Ils devraient également être évalués par des enquêtes dans la collectivité (12, p. 29).

Il est indispensable que les individus, les familles ou les collectivités possèdent ce minimum de connaissances sanitaires pour pouvoir exercer "le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé qui (leur) sont destinés" (2, p. 3). Les méthodes à appliquer pour acquérir ce minimum de connaissances<sup>15</sup> et les indicateurs à utiliser varieront de pays à pays et de collectivité à collectivité. Il est, par conséquent, nécessaire d'oeuvrer à l'élaboration d'instruments de diagnostic susceptibles d'être facilement adaptés aux conditions existant dans différents pays et dont les collectivités puissent aisément se servir pour évaluer leurs propres besoins en matière d'éducation pour la santé.<sup>30</sup>

### 3.8 Concilier les objectifs sanitaires et les autres besoins du développement

Enfin se pose la question des rapports existant, d'une part, entre les objectifs sanitaires et d'autres objectifs du développement social et économique et, d'autre part, les rapports entre ces objectifs et les besoins tels que la collectivité les perçoit. Cette question est de la plus grande importance pour les politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires. En effet, planification, gestion et évaluation intersectorielles de l'éducation pour la santé s'y articuleront avec l'engagement communautaire selon les modalités suivantes :

- l'engagement des collectivités dans l'élaboration de leurs propres objectifs et priorités estompera les lignes de démarcation entre les secteurs auxquels la politique nationale attribue des fonctions en matière d'éducation pour la santé;

- l'articulation des mécanismes de coordination à l'échelon national, englobant les ressources de l'éducation pour la santé, les systèmes communication et les prestations de services, se reflétera, en partie, dans les mécanismes mis en place au niveau des collectivités;
- l'évaluation de l'éducation pour la santé tiendra compte non seulement des différences entre critères sanitaires et critères sociaux, mais aussi des différences entre ces critères et les critères techniques de multiples organismes dont les objectifs à long terme en matière de développement communautaire sont peut-être semblables mais qui emploient pour les atteindre des moyens différents, voire rivaux ou antagonistes.

#### 4. PREPARATION DES DISCUSSIONS TECHNIQUES A LA TRENTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Afin d'obtenir des Etats Membres les renseignements nécessaires pour faire du document de fond un guide utile pour les discussions techniques, on a dressé, en annexe A, une liste de questions que les pays sont invités à prendre en considération dans l'examen de leurs politiques d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires. Cette annexe A a été établie de concert avec les bureaux régionaux de l'OMS. En plus de leurs observations sur les questions mentionnées, il est demandé aux Etats Membres de bien vouloir présenter des études de cas et des exemples. Un certain nombre d'études de cas et d'exemples ont déjà été communiqués au Siège de l'OMS par les bureaux régionaux, mais leur nombre est encore insuffisant.

Lors des discussions techniques à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, les réponses des Etats Membres constitueront pour ainsi dire un tremplin à partir duquel les participants seront invités à donner leur avis sur divers aspects de la question générale qui se trouve au coeur du problème.

Comment peut-on intégrer aux politiques et plans nationaux les objectifs, méthodes et indicateurs propres à l'éducation pour la santé de manière :

- a) à encourager des groupes particuliers de population à fixer leurs propres objectifs dans un esprit de participation et un sentiment de responsabilité personnelle et collective, et conformément à une approche plurisectorielle des soins de santé primaires ?
- b) à fournir les appuis et les renforts nécessaires ?

En outre, le document de fond présentera aux participants un projet de lignes directrices pour l'élaboration de politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires. On trouvera dans ce projet des suggestions utiles à l'appréciation des besoins au niveau du pays et des collectivités, à la planification, à la gestion et à l'évaluation de l'éducation pour la santé; on y examinera le conflit potentiel entre objectifs nationaux et locaux, entre cibles spécifiques et perceptions diverses des besoins, et enfin entre les méthodes, procédures, critères et indicateurs du secteur sanitaire et ceux des autres secteurs du développement. Le projet traitera, par ailleurs, de questions clés telles que : l'orientation et la formation à donner aux dirigeants, administrateurs sanitaires et agents de la santé pour les préparer aux rôles nouveaux qu'ils auront à jouer en éducation pour la santé; la position que doit occuper l'éducation pour la santé dans les ministères de la santé et sa place dans d'autres secteurs; les systèmes d'information; et, enfin, la participation des collectivités à la surveillance continue et à l'évaluation.

Il sera également demandé aux pays d'examiner quelles mesures l'Organisation mondiale de la Santé devrait envisager de prendre en matière d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Principes directeurs et questions essentielles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1979 (Série "Santé pour tous", N° 2)
2. Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Genève. Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série "Santé pour tous", N° 1)
3. Analyse du contenu des huit composantes essentielles des soins de santé primaires. Rapport final présenté au Comité du Siège pour le Programme par son groupe de travail sur les soins de santé primaires; 10 août 1981 (HPC/PHC/REP/81.1)
4. Contribution régionale au septième programme général de travail (1948-1989). Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, Comité régional de l'Europe, juin 1981 (EVR/RC31/7)
5. Education pour la santé plus particulièrement axée sur l'approche des soins de santé primaires. Alexandrie, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, septembre 1977 (EM/RC27/Tech.Disc.1 Corr.1)
6. Technical Discussions: Community Health Education: Evaluation of Present Programmes, New Approaches, and Strategies, Washington, D.C., World Health Organization, Regional Committee for the Americas, Agenda Item 20, Sept. 1980 (CD27/DT/3) (Organisation mondiale de la Santé, Comité régional pour les Amériques, point 20 de l'ordre du jour, septembre 1980 (CD27/DT/3))
7. Community Involvement in the Development of Health Services. Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 35th session of the Regional Committee (WPR/RC31/TP/1), Aug. 1980 (Manille, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour le Pacifique occidental, 35<sup>e</sup> session du Comité régional, août 1980 (WPR/RC31/TP/1))
8. Moarefi, A. Some Considerations in the Health Education Component of Primary Health Care. Adress to the All-Africa First Health Education Conference, Lagos, 31 August-5 September 1981 (Communication présentée à la Première Conférence Panafricaine d'Education pour la Santé, Lagos, 31 août-5 septembre 1981)
9. Mahler, H. (1981) Que signifie : "La santé pour tous d'ici l'an 2000" ? Forum mondial de la Santé, 2(1), 5-26
10. Mahler, H. La santé mondiale est indivisible. Discours prononcé par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé en présentant son rapport pour 1976 et 1977 à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, Genève (WHO/DG/78.1)
11. Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. Principes directeurs à l'appui des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (Série "Santé pour tous", N° 5)
12. Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (Série "Santé pour tous", N° 4)
13. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (Série "Santé pour tous", N° 3)

14. Programme régional dans le domaine des modes de vie et de l'éducation pour la santé. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 31<sup>e</sup> session du Comité régional de l'Europe, Berlin, 15-19 septembre 1981 (EUR/RC31/10)
15. Méthodes et matériels d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires (1981) Genève, Organisation mondiale de la Santé, Technologie appropriée pour la santé. Bulletin d'information N° 10
16. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1981) Documents fondamentaux, 32<sup>e</sup> édition, p. 1
17. Comité d'experts de l'Éducation sanitaire de la Population : Premier rapport, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1954 (Série de Rapports techniques, N° 89)
18. Comité d'experts de la Formation à donner au Personnel de Santé en matière d'Éducation sanitaire de la Population. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1958 (Série de Rapports techniques, N° 156)
19. Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire : Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1969 (Série de Rapports techniques, N° 409)
20. L'éducation sanitaire en matière de planification familiale : Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1971 (Série de Rapports techniques, N° 483)
21. La recherche en éducation sanitaire : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1969 (Série de Rapports techniques, N° 432)
22. Engagement communautaire dans les soins de santé primaires : Etude sur le processus de motivation et de participation continue de la communauté. Rapport pour la session 1977 du Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires (JC 21/UNICEF-WHO/77.2 Rev.2)
23. Newell, K. W. ed. (1975) Participation et santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé
24. Research in Health Education in Family Health: Report of a Task Force, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 9-13 octobre 1978 (HED/79.2)
25. Analyse de programme : L'éducation pour la santé. Rapport du Directeur général à la cinquante-troisième session du Conseil exécutif. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1974 (OMS, Publication offset N° 7)
26. Kaplun, A. & Erben, R. (eds.), Factors Promoting or Hindering Health Education : Fourth International Seminar on Health Education (1979). Cologne, Federal Centre for Health Education, Federal Republic of Germany; and Geneva, the International Journal of Health Education (Cologne, Centre fédéral d'Éducation pour la Santé, République fédérale d'Allemagne; et Genève, Revue internationale d'Éducation pour la Santé)
27. Health Manpower Planning and Community Participation for Primary Health Care (1980) New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Report and Background Documentation of the Technical Discussions held during the Thirty-third Session of the WHO Regional Committee for South-East Asia (Nouvelle Delhi, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (1980). Rapport et documentation de fond des discussions techniques de la 33<sup>e</sup> session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est)

28. Etude commune FISE/OMS sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement, considérés dans le cadre des soins de santé primaires. Genève, 29-31 janvier 1979. Genève, Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires (JC22/UNICEF-WHO/79.3)
29. L'évaluation des programmes de santé : Principes directeurs dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (Série "Santé pour tous", N° 6)
30. Green, L. W. et al. (1980) Health Education Planning: A Diagnostic Approach, Palo Alto, Californie, Mayfield Publishing Company
31. Septième programme général de travail pour la période 1984/1989 inclusivement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1982 (Série "Santé pour tous", N° 8)

POLITIQUES NOUVELLES D'EDUCATION POUR LA SANTE  
DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Guide pour l'analyse des problèmes qui se posent à l'échelon national

De nombreux pays ont déjà fourni à l'OMS de précieux renseignements sur leurs programmes et activités d'éducation pour la santé; en revanche, il y a pénurie de données sur les politiques d'éducation pour la santé dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires et sur le processus suivi pour formuler ces politiques.

Il ne faut pas voir dans les questions qui suivent un questionnaire en bonne et due forme. Ces questions sont uniquement destinées à guider les pays dans l'examen des multiples facettes du très vaste thème considéré. Elles ont pour objet :

- d'encourager les pays à procéder à un examen critique de la situation actuelle et à faire participer le plus grand nombre possible de groupes à tous les niveaux (local, provincial et national) à la discussion des questions fondamentales qui se posent;
- d'obtenir de chaque pays des observations, rapports et autres matériels pertinents qui serviront à établir le document de fond destiné aux discussions techniques qui auront lieu en 1983; d'une importance particulière à ce sujet sont les études de cas qui montrent comment un projet déterminé a été élaboré et comment les politiques ont été mises en oeuvre.

Ces données serviront à accélérer l'échange d'expériences et d'opinions entre Etats Membres et à faciliter une planification, une gestion et une évaluation plus efficaces de la composante "Education pour la santé" dans les programmes nationaux et communautaires de soins de santé primaires. Elles aideront d'autre part l'OMS et d'autres organisations internationales à mieux comprendre les besoins des Etats Membres à cet égard et à planifier en conséquence l'utilisation de leurs ressources.

N'hésitez pas à formuler des observations portant sur d'autres questions que celles qui sont indiquées dans le présent guide, et veuillez solliciter l'avis d'autres ministères ou organismes responsables d'éléments clés de l'éducation pour la santé.

Merci de votre collaboration.

1. Développement de la politique d'éducation pour la santé dans le secteur sanitaire

1.1 Peut-on trouver dans la législation ou dans des documents officiels un énoncé de politique générale sur l'éducation pour la santé qui, dans l'esprit de la Déclaration d'Alma-Ata, privilégie l'engagement communautaire et donne la priorité à l'éducation pour la santé ? Si non, votre gouvernement prévoit-il d'énoncer une telle politique et dans quels délais ?

1.2 Quels sont (ou seront) les principes directeurs de cette politique ?

Par exemple, l'accent est-il mis sur :

- Le développement des ressources humaines, c'est-à-dire :

a) formation préparant des agents de santé et d'autres personnes (enseignants, agriculteurs, etc.) à l'emploi efficace de mesures d'éducation, d'organisation, etc., favorisant l'adoption de comportements propices à la santé; et

b) détermination du savoir-faire dont ces divers agents ont besoin pour s'acquitter de la tâche d'éducation pour la santé qui leur incombe dans leur domaine d'action ?

- Efforts visant à développer des approches SSP, par exemple la capacité de la famille d'assumer des responsabilités et la reconnaissance du rôle majeur que celle-ci joue dans la promotion de la santé ?

- Renforcement des appuis administratifs dont bénéficie l'éducation pour la santé ? Si non, pourquoi ?

- Recherches, notamment en sciences sociales, visant à mieux élucider les causes des problèmes de santé et la possibilité de résoudre ces problèmes par la promotion de styles de vie appropriés ?

- Priorités nécessaires en matière de recherche - par exemple, priorité accordée à la recherche fondamentale, opérationnelle ou évaluative appliquée à l'éducation pour la santé ?

- Mise au point de moyens efficaces destinés à atteindre les enfants et les adolescents : par l'éducation pour la santé dans les écoles ? Par les mouvements de jeunesse ? Sur les lieux du travail ? Par d'autres voies et, dans l'affirmative, lesquelles ?

- Voir à l'annexe B s'il y a d'autres points au sujet desquels vous souhaiteriez formuler des observations.

1.3 Par quel processus les politiques sont-elles élaborées à l'échelon local, provincial et national dans votre pays ? Les pouvoirs publics envisagent-ils de renforcer/modifier ce processus ?

1.4 Quels sont les principaux problèmes et obstacles auxquels se heurtent les pouvoirs publics dans l'élaboration de politiques d'éducation pour la santé ?

1.5 Quel pourcentage du budget du ministère de la santé et d'autres ministères est consacré à des activités d'éducation pour la santé ?

1.6 Quelle place occupe l'éducation pour la santé dans la structure ministérielle ? De quel personnel dispose-t-on en éducation pour la santé ? Les pouvoirs publics envisagent-ils de modifier la situation actuelle ?

---

\* Un astérisque indique qu'il est demandé aux Etats Membres de bien vouloir donner des exemples récents de rapports ou de données significatifs, ou bien encore des copies de questionnaires ou de formules servant à enregistrer ces données. Il se peut que certains énoncés de politique générale se trouvent ailleurs que dans des documents officiels.

## 2. Base pour l'élaboration d'une politique d'éducation pour la santé

2.1 Quels sont les cinq principaux problèmes touchant la population en général, ou certains groupes de population (écoliers, groupes professionnels, enfants astreints au travail, populations défavorisées, etc.), au sujet desquels il est nécessaire d'entreprendre ou de renforcer des mesures d'éducation pour la santé ?

2.2 Les données dont on dispose sur l'ampleur et la distribution de ces problèmes sont-elles suffisantes pour servir de base à l'élaboration de politiques d'éducation pour la santé ?

2.3 Quels instituts et organismes recueillent et analysent les données sur la nature et la distribution des problèmes sanitaires et sociaux appelant des interventions d'éducation pour la santé dans votre pays ? Quels éléments des problèmes mesure-t-on ? Comment les renseignements ainsi obtenus sont-ils utilisés pour faire intervenir un changement de politique ?

2.4 A-t-on procédé à des études ou à des évaluations des besoins en matière d'éducation pour la santé ?\*

2.5 Quels critères prenez-vous en considération pour diffuser le message sanitaire et pour choisir les médias qui faciliteront la mise en oeuvre des politiques de SSP, c'est-à-dire favoriseront l'engagement politique et la participation communautaire, aideront à atteindre les groupes particulièrement isolés et socialement défavorisés, etc.

## 3. Coordination avec d'autres secteurs et avec des institutions non gouvernementales

3.1 Existe-t-il un plan pour la coordination des activités d'éducation pour la santé menées, respectivement, dans le secteur sanitaire et dans d'autres secteurs publics (par exemple, information, éducation, développement communautaire, jeunesse, travail, agriculture, etc.) ?

3.2 Existe-t-il une structure - commission interministérielle, par exemple - qui réunit des représentants de divers ministères pour débattre de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des interventions d'éducation pour la santé dans les divers secteurs; pour formuler des recommandations appropriées; et pour assurer le suivi des mesures proposées ?

3.3 Quel type de coordination est assuré, et à quel niveau, entre organisations publiques et privées en ce qui concerne les activités d'éducation pour la santé et l'élaboration de politiques générales ?

3.4 Quels rôles jouent, respectivement, le ministère de la santé et d'autres ministères dans ces activités et dans d'autres activités intersectorielles d'éducation pour la santé ?

3.5 Quels problèmes particuliers a-t-on rencontré lorsque l'on s'est efforcé de coordonner les activités d'éducation pour la santé avec d'autres secteurs ? Avec celles de groupes non gouvernementaux ?

3.6 Avec quels ministères et organisations estimez-vous que la coopération est particulièrement efficace ? Pourquoi ?

3.7 Indiquez quels sont les principaux groupes (dans les secteurs de la santé, de la protection sociale, du commerce, de l'industrie, etc.) qui mettent en oeuvre des programmes d'éducation pour la santé ? Quel impact l'action de ces groupes a-t-elle sur la politique générale d'éducation pour la santé dans votre pays ?

3.8 Existe-t-il des dispositions législatives régissant la publicité de produits pouvant avoir des effets nocifs sur la santé ?\*

---

\* Prière de joindre si possible des documents s'y rapportant.

#### 4. Contenu des politiques d'éducation pour la santé

4.1 En ce qui concerne le contenu des politiques nouvelles d'éducation pour la santé, a-t-on fixé par écrit de nouveaux buts ou objectifs précisant les résultats attendus de l'éducation pour la santé ?\*

4.2 Quelles mesures les pouvoirs publics prennent-ils ou envisagent-ils de prendre pour :

- Analyser le rôle et la place de l'éducation pour la santé dans les politiques de santé publique concernant les SSP ?
- Donner aux services d'éducation pour la santé une position centrale dans les structures de la santé et du développement au lieu de les situer uniquement dans des programmes distincts ("verticaux") ?
- Promouvoir une approche pluridisciplinaire de l'éducation pour la santé ?
- Mettre au point des indicateurs et assurer la surveillance continue de la situation et l'évaluation des effets de l'action entreprise ?
- Faire figurer l'éducation pour la santé dans les programmes d'enseignement ?
- Encourager les organisations non gouvernementales à participer activement à l'éducation pour la santé; quels appuis leur fournit-on ?
- Développer la coopération avec les médias afin qu'ils collaborent largement, et si possible gratuitement, aux programmes d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires ?
- Vérifier l'exactitude des informations sur la santé publiées dans la presse ou diffusées à la radio ou à la télévision ?
- Constituer ou renforcer à l'échelon national une structure pouvant servir de centre de documentation et de consultation sur les approches nouvelles en soins de santé primaires et capable de fournir aux agents de santé des renseignements sûrs ainsi que des conseils d'ordre méthodologique ?
- Encourager les familles à développer leur capacité d'initiative par la formation de groupes "self-help" ou de voisinage ?
- Etablir des relations ou les renforcer avec les associations féminines, les mouvements de jeunes, les coopératives, les groupes confessionnels, les mouvements se préoccupant de la protection de l'environnement ou de la sécurité du travail, etc., afin d'obtenir qu'ils appuyent les SSP ?
- Elaborer des programmes de recherche appliquée sur le comportement ?
- Autres mesures ?

#### 5. Engagement des collectivités dans l'élaboration des politiques

5.1 Existe-t-il, en dehors des structures parlementaires, un mécanisme permettant d'intégrer les objectifs sanitaires des collectivités locales ou les préoccupations de sous-groupes de population dans les buts, priorités et plans d'action établis à l'échelon national ? Comment fonctionne-t-il ?

5.2 Existe-t-il un processus administratif permettant la participation de représentants des collectivités locales à la planification des programmes d'éducation pour la santé dans les SSP à l'échelon national ? Comment fonctionne-t-il ?

---

\*

Prière de bien vouloir joindre les documents s'y rapportant ou quelques-uns d'entre eux.

5.3 Quelles sont les dispositions constitutionnelles ou administratives qui facilitent l'application de l'approche SSP par les administrations locales ou d'autres instances se situant au niveau de la collectivité, et en particulier l'implication de la population ?

5.4 Quels moyens de communication avec la population sont utilisés par les fonctionnaires ou dirigeants locaux pour fixer un ordre de priorité dans le domaine de la santé ?

5.5 De quelle orientation (documents, par exemple) ou de quel appui en matière d'éducation pour la santé (ressources financières, médias, consultations, par exemple) les collectivités locales bénéficient-elles de la part des instances nationales, et de quelle manière ?

5.6 Quels obstacles et problèmes avez-vous dû ou faudra-t-il surmonter pour favoriser les politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires et notamment l'engagement des collectivités et leur capacité d'assumer des responsabilités ainsi que la coopération plurisectorielle ?

5.7 Dans votre pays, des organisations ou institutions provinciales ou locales ont-elles procédé à des enquêtes sur le comportement sanitaire au niveau des collectivités ou à des études sur les interventions en matière d'éducation pour la santé ?\* Que fait-on des renseignements recueillis ?

#### 6. Secteurs sur lesquels devrait plus particulièrement porter la collaboration de l'OMS

6.1 Dans quels secteurs estimez-vous que la collaboration de l'OMS serait utile pour promouvoir l'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires :

- Etude d'ensemble des programmes d'éducation pour la santé à divers niveaux de l'enseignement : primaire, secondaire, technique et universitaire ?
- Développement de la formation des enseignants pour établir des programmes de formation et préparer les enseignants à l'éducation pour la santé dans les SSP ?
- Promotion de l'éducation permanente par l'organisation de séminaires, d'ateliers, etc., ainsi que par la parution de publications ?
- Développement de la coopération inter-pays dans le domaine de l'éducation pour la santé dans les SSP, en particulier entre pays où les problèmes généraux du développement présentent des analogies ?
- Mise en place de réseaux régionaux et interrégionaux entre les principaux programmes et institutions s'occupant d'éducation pour la santé dans les SSP ?
- Recherche et développement de méthodes pour promouvoir l'engagement communautaire et d'autres aspects de l'éducation pour la santé dans les SSP ?
- Développement de mécanismes propres à faciliter la diffusion des résultats, des évaluations de programmes et des recherches, en vue d'améliorer la pratique de l'éducation pour la santé ?
- Etude d'ensemble du rôle et du contenu de la communication pour la santé et du potentiel de son impact grâce aux nouvelles technologies applicables selon les différents niveaux de développement ?
- Autres secteurs dans lesquels l'OMS pourrait apporter sa collaboration ?

7. En résumé : quelles sont les mesures qu'il est le plus urgent de prendre dans votre pays ?

\* Prière de joindre les documents s'y rapportant ou quelques-uns d'entre eux.

ANALYSE DU CONTENU DES HUIT COMPOSANTES ESSENTIELLES  
DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Rapport final présenté au Comité du Siège pour le Programme  
par son  
groupe de travail sur les soins de santé primaires  
10 août 1981

PREFACE

On s'est efforcé, dans les schémas que renferme le présent document, d'analyser le "contenu programmatique" souhaitable ou indispensable des huit composantes essentielles\* des soins de santé primaires aux quatre niveaux de base : foyer; communauté; premier établissement de santé; premier échelon de recours. Conçu pour être utilisé d'abord à l'intérieur de l'OMS, le texte devra, bien entendu, être mis définitivement au point compte tenu de l'expérience qui sera acquise en matière d'intégration des diverses activités dans les conditions propres à chaque pays. Néanmoins, même sous sa forme actuelle, ce document peut être utile aux services nationaux pour la planification des stratégies de Soins de Santé primaires/Santé pour Tous (SSP/SPT) et la gestion des programmes correspondants.

La partie I comprend une note explicative précisant le cadre conceptuel dans lequel a été élaboré le rapport, un énoncé succinct des définitions retenues pour les quatre niveaux de soins, avec indication des personnes intéressées, et enfin une série d'exposés récapitulatifs qui complètent les schémas. La partie II se compose de dix schémas présentant, pour les composantes essentielles des SSP, une analyse détaillée des activités et tâches requises aux quatre niveaux considérés, des personnes et agents professionnels en cause, et du soutien, matériel ou autre, dont ils ont besoin. Les composantes "Prévention et contrôle des épidémies locales" et "Traitement des maladies et lésions courantes" font, chacune, l'objet de deux schémas concernant respectivement le paludisme et l'hypertension dans un cas, les maladies diarrhéiques et les accidents domestiques dans l'autre. Les schémas peuvent jouer le rôle de "listes de contrôle" aidant à déterminer les prestations effectivement assurées au titre d'un programme donné.

Il est évident que l'analyse effectuée jusqu'ici a des limites et des points faibles : plusieurs programmes de santé importants n'ont pas été pris en considération (pour ne citer que deux exemples : les programmes dirigés contre les infections de l'appareil respiratoire et ceux relatifs à la santé des personnes âgées); la contribution des secteurs autres que celui de la santé n'a pas été étudiée de façon exhaustive; et l'on n'a pas cherché à "fondre" ensemble horizontalement à chaque niveau les huit composantes. A ce dernier égard, rien, comme il l'a été indiqué plus haut, ne peut être valablement accompli qu'en fonction de la situation concrète caractérisant un programme national, avec une infrastructure, des politiques et des priorités bien définies. On compte donc se fonder sur la rétro-information qu'apportera l'utilisation du présent document dans les pays pour mettre le texte à jour et en affiner ou en modifier la structure.

---

\* Les soins de santé primaires : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), septembre 1978. OMS, Genève, 1978. Ces extraits ne comprennent que les textes se rapportant à l'éducation pour la santé.

Table des matières

	<u>Pages</u>
<u>PARTIE I</u>	
1. Note explicative concernant l'activité du groupe de travail sur les soins de santé primaires créé par le Comité du Siège pour le Programme .....	23
2. Définitions des divers niveaux des soins de santé primaires .....	30
3. Exposés récapitulatifs concernant les composantes essentielles des soins de santé primaires :	
3.1 Education concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables .....	34
<u>PARTIE II</u>	
Glossaire .....	36
Schémas présentant une analyse des activités et tâches requises au titre des huit composantes essentielles des soins de santé primaires :	
1. Education concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables .....	37

1. NOTE EXPLICATIVE CONCERNANT L'ACTIVITE  
DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES  
CREE PAR LE COMITE DU SIEGE POUR LE PROGRAMME

I. INTRODUCTION

1. L'objet de la présente note est d'expliquer comment le groupe de travail créé par le Comité du Siège pour le Programme (HPC) a interprété son mandat, selon quelles modalités il a essayé de s'en acquitter, et sur quelles bases conceptuelles a reposé son activité. Rappelons qu'à sa 220<sup>e</sup> session, le Comité du Siège pour le Programme avait recommandé au Directeur général "... qu'un groupe de travail du HPC soit créé le plus tôt possible, après consultation avec le Directeur de la Division SHS, pour examiner comment les composantes essentielles des soins de santé primaires sont et/ou devraient être liées entre elles ...". Le Directeur général avait alors formulé l'observation suivante : "Il faudra que le groupe de travail ... s'occupe de faits et non de théorie, afin de pouvoir identifier les options qui s'offrent à nous et, par suite, aux pays pour édifier leurs systèmes de soins de santé primaires (SSP) en intégrant de manière pragmatique et progressive au moins les huit composantes essentielles énumérées dans la Déclaration d'Alma-Ata". C'est à partir de cette observation que s'est dégagée l'idée que, pour commencer, une analyse programmatique des composantes essentielles des SSP mettrait le personnel de l'OMS à même de comprendre tout ce qu'implique la prestation de soins à l'échelon considéré d'un système de santé global. Ultérieurement, l'intégration pratique des principales tâches ferait apparaître avec plus d'évidence les difficultés d'une coopération technique pragmatique à l'échelon national et, par conséquent, les options entre lesquelles choisir.

2. Dans cette perspective, on a estimé que l'emploi de schémas permettrait de déterminer les principales tâches que suppose l'exécution d'un programme aux divers échelons d'un système de santé basé sur les SSP, les personnes à qui incombent ces tâches et les compétences requises, ainsi que les besoins en fait de fournitures et de matériel, de soutien logistique, d'interaction avec la communauté, etc. Par ailleurs, cette formule a été appliquée comme un moyen de "penser à haute voix" avec le personnel spécialisé s'occupant de chaque élément de programme et se guidant, dans toute la mesure possible, sur l'expérience antérieurement acquise dans les pays (les dix schémas établis figurent dans la partie II du rapport du groupe de travail).

3. Aussi, durant la première phase consacrée au regroupement de beaucoup de données déjà connues, a-t-il été nécessaire de traiter chacun des programmes comme "vertical" - afin de poser l'assise indispensable pour une seconde phase comportant l'intégration des activités. En fait, tant de programmes différents sont en rapport direct avec les SSP qu'il aurait été difficile d'adopter une autre approche. Les schémas doivent donc être considérés comme représentant un "document de fond" destiné à faciliter l'intégration, ainsi qu'à permettre la vérification et la mise à jour des informations relatives aux réalisations à l'échelon national.

4. Une fois les schémas établis, il a paru indiqué de rédiger pour chacun d'eux un exposé récapitulatif de quelques pages. Ces exposés complètent les schémas dans la mesure où ils tendent à en clarifier le cadre conceptuel d'élaboration.

II. PLANIFICATION ET GESTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

5. Il n'y a pas lieu, dans une note explicative comme celle-ci, de s'étendre sur les problèmes complexes de "planification et gestion" que soulève la prestation de soins de santé à l'échelon national. Néanmoins, il convient de signaler quelques points importants qu'aucun pays ne saurait négliger sans risquer de compromettre les efforts déployés en vue de créer un système efficace et efficient.

Ce qu'on entend par soins de santé primaires

6. Le groupe de travail s'est servi de la définition des soins de santé primaires qui a été formulée dans la Déclaration d'Alma-Ata. Selon lui, la différence fondamentale avec les services de santé de base réside dans le fait que les SSP sont focalisés sur le "consommateur" des prestations assurées (donc sur ses besoins immédiats et sa participation active), ainsi que sur l'approche multisectorielle du développement sanitaire - la santé bénéficiant du développement socio-économique d'ensemble et y contribuant. En outre, le groupe considère que les SSP ne constituent pas une entité indépendante, mais font partie intégrante, dans tout pays, du système global de santé (avec lequel ils représentent le premier point de contact dans la plupart des zones rurales et des quartiers urbains de taudis) et sont étroitement liés aux échelons supérieurs du système qui les supervisent et les soutiennent.

Planification et gestion

7. La planification et la gestion des soins de santé sont, dans tous les pays, dirigées à l'échelon central. C'est bien ainsi que les choses doivent être, mais on observe partout un défaut fondamental : une absence quasi totale de décentralisation, avec une attention insuffisante prêtée aux services périphériques et un manque de participation des membres des collectivités à desservir, ainsi que des secteurs autres que celui de la santé qui mènent des activités ayant un rapport direct avec le développement sanitaire national. L'OMS a récemment élaboré un "processus gestionnaire pour le développement sanitaire national" à l'intention des pays qui se préoccupent particulièrement de la mise en oeuvre de leurs politiques et stratégies concernant les SSP. L'Organisation a le devoir d'aider à former des personnels nationaux à l'application de ce processus à tous les échelons d'un système global de santé, car non seulement il s'agit d'une responsabilité nationale, mais encore une grande souplesse s'impose dans la pratique. Une fois l'intégration achevée, les schémas du présent rapport pourront contribuer à ce qui devrait être un mouvement suivi d'apprentissage par l'action.

8. Nous ne tenterons pas de recenser ici tous les problèmes auxquels se heurtent les pays dans l'exécution de programmes relatifs aux soins de santé primaires. Il convient, toutefois, de mentionner l'éventail des difficultés qui ont été prises en considération lors de l'établissement des schémas : absence d'un engagement politique approprié et d'une formulation précise de principes directeurs; définition inadéquate des problèmes (insuffisance ou utilisation incorrecte des données); choix contestable des priorités eu égard à un volume limité de ressources (humaines, financières et matérielles); non-identification de ressources (intérieures ou extérieures); non-définition d'indicateurs réalistes de progrès; non-fixation de buts; manque de filières et de mécanismes pour un dialogue constructif avec les communautés; et absence d'une évaluation continue des rouages existants ainsi que de l'efficacité des activités du programme. Quelques-unes de ces contraintes seront rapidement passées en revue dans les paragraphes qui suivent.

9. En ce qui concerne l'engagement politique, on a trop souvent tendance à ne penser qu'à celui du Chef de l'Etat ou des plus hauts représentants du pouvoir exécutif dans un pays. Il est sans aucun doute nécessaire, mais ce qui importe beaucoup plus est un engagement des masses elles-mêmes, qui les galvanise et les jette dans l'action, faute de quoi les soins de santé primaires deviendraient un vain slogan. Là se trouve la véritable pierre de touche de l'engagement à l'échelon national et c'est pourquoi il reste encore tellement de travaux à accomplir dans différents domaines pour bien saisir le dynamisme interne de la participation communautaire.

10. Quant aux ressources de toute nature, il ne faut pas se dissimuler que la pénurie persistera un certain temps. A ce propos, mention doit être faite de la "redistribution des ressources" dont on a tant parlé. Elle est parfois d'une nécessité urgente, mais ailleurs - dans la majorité des cas, en fait - nous devons reconnaître qu'il s'agit d'une impossibilité pure et simple, car les services centraux ne disposent eux-mêmes que du strict minimum et une redistribution quelconque s'avère irréalisable et, par conséquent, chimérique. Cependant, il devrait être possible d'affecter aux soins de santé primaires toutes ressources supplémentaires éventuelles (d'origine extérieure pour une bonne part).

11. Il est difficile de traiter du problème des ressources sans évoquer brièvement celui des dépenses d'investissement et des dépenses de fonctionnement. Pour les premières, une proportion notable des fonds nécessaires devra, dans bon nombre de pays, venir de l'extérieur. En revanche, pour que les soins de santé primaires deviennent, où que ce soit, une "entreprise qui marche", il faudra qu'à long terme les moyens de couvrir les frais de fonctionnement soient trouvés à l'intérieur même des pays. En prendre conscience et accepter ce fait dès le départ est d'une importance cruciale. De là découle le besoin, ou plutôt la nécessité impérative excluant toute autre possibilité, de prévoir : l'utilisation des ressources humaines disponibles (agents de santé communautaire et accoucheuses traditionnelles), personnel pour lequel une rémunération en espèces ou en nature pourra être assurée par les communautés elles-mêmes; l'application de technologies qui soient socialement et culturellement acceptables, d'un faible coût et d'une haute pertinence technique; l'organisation de systèmes de communication appropriés qui permettent de réduire les gaspillages irrationnels d'efforts humains et l'usure de véhicules peu nombreux; et l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales, avec des systèmes adéquats de stockage et de distribution.

12. Dans l'optique exclusive des différents niveaux des SSP, il se pose d'autres problèmes importants qui doivent être pris en considération et suivis avec une vigilance constante si l'on veut que l'entreprise réussisse. Ils concernent la formation et le recyclage du personnel par les échelons supérieurs du système global de santé, la supervision et le soutien continus, la mise à disposition des fournitures et du matériel qui conviennent, enfin - mais ce n'est certainement pas ce qui importe le moins - le soutien logistique nécessaire. Pour donner un exemple, le succès ou l'échec d'un programme de prestations de santé dépendra souvent d'éléments aussi "terre à terre" que les relations humaines entre un agent professionnel et une accoucheuse traditionnelle, la répartition des tâches entre personnels de santé et autres, les contrôles réguliers requis pour que les fournitures essentielles soient toujours disponibles, et l'entretien des véhicules afin de les maintenir en état de marche. En un mot, pour qu'un système de santé basé sur les SSP fonctionne correctement, il ne faut pas se focaliser outre mesure sur ce qu'on peut appeler les aspects "sophistiqués" des soins en laissant totalement de côté des facteurs marginaux, mais très importants, qui conditionnent la réussite.

13. Ces problèmes, et d'autres étroitement liés, doivent demeurer en permanence au premier rang des préoccupations de la recherche opérationnelle ou de la recherche sur les systèmes de santé dans les pays. Les membres du groupe de travail ont été unanimement d'avis que si l'on ne recherchait pas d'urgence des solutions aux problèmes de ce genre (en n'oubliant pas qu'elles varieraient selon les pays), il s'ensuivrait inévitablement que les activités relatives aux SSP s'enliseraient, stagneraient, ou ne feraient que passer d'une zone pilote à une autre. L'histoire des zones pilotes à l'OMS abonde en exemples de pareilles difficultés.

### III. ROLE DE L'INDIVIDU/DE LA FAMILLE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

14. Pour que la Santé pour Tous puisse devenir une réalité, il faut éveiller chez chacun la conscience du fait que c'est à lui, et à personne d'autre, qu'incombe au premier chef la responsabilité de sa santé. Sans doute est-il implicitement admis par la constitution de chaque pays que les autorités gouvernementales sont responsables de la santé de la population dans son ensemble, mais cela n'enlève rien à l'importance du rôle qui revient à l'individu, ou à la famille en tant que collectivité. Le groupe de travail a aussi parlé de l'activité des mouvements dits "d'auto-prise en charge sanitaire" ou "d'auto-assistance" qui se développent non seulement en Europe et en Amérique du Nord, mais aussi - bien que sous des formes différentes - dans d'autres régions du monde. On ne s'étendra pas ici sur les arguments avancés pour ou contre ces mouvements, en particulier par des représentants de "la médecine officielle". Il suffit de dire que leur importance croissante doit être reconnue et de préciser, à ce propos, que chaque schéma mentionne des tâches à accomplir au niveau du foyer, puisque "l'action de santé commence à la maison".

15. Dans le schéma relatif à la composante N° 1 des SSP - "Education concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables" - une place notable a été faite à la promotion de la santé au niveau du foyer. En

outre, tous les schémas contiennent des indications sur les aspects promotionnels, préventifs ou curatifs de l'action de santé qui relèvent de l'individu ou de la famille. A première vue, il semblera qu'on invite les gens à se plonger entièrement dans les questions de santé, en négligeant les myriades d'autres problèmes que comporte normalement la vie quotidienne. Ce paradoxe apparent ne pourra se dissiper qu'au cours de la seconde phase, celle de l'"horizontalisation", ou intégration, des tâches que suppose la mise en oeuvre des composantes essentielles des SSP.

#### IV. ROLE DE LA COMMUNAUTE DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

16. Comme il l'a été dit plus haut, l'une des principales caractéristiques par lesquelles l'approche SSP se distingue des autres est la focalisation sur les "consommateurs" de prestations de santé - leurs problèmes, besoins immédiats, préjugés, aspirations, etc. Dans ces conditions, la participation et le soutien actif de la communauté présentent partout une importance capitale pour le succès de l'entreprise. L'attention a déjà été appelée sur l'engagement politique des masses. Il doit être obtenu par une action d'éducation/information, jointe à des démonstrations pratiques, utilisant une langue que les intéressés comprennent et se situant dans une perspective culturelle qui leur soit familière. Cet engagement politique pourra se trouver facilité par la participation de représentants de la communauté à la planification de son système de soins de santé primaires. En un mot, le groupe de travail préconise d'impliquer pleinement la communauté dans la planification, la programmation, le fonctionnement, la surveillance et l'évaluation du système de santé. On ne saurait minimiser cette façon de procéder "de la base au sommet", car elle constitue la clef même du succès.

17. Aussi, dans chaque schéma, toutes les possibilités de soutien par la communauté et d'interaction avec elle sont-elles spécifiées et se voient-elles accorder l'importance qu'elles méritent. Conformément à la notion d'approche multisectorielle du développement sanitaire national, il a été recommandé de créer des comités de développement communautaire plutôt que des comités sanitaires de village. Le nombre de leurs membres et l'importance des fonctions exercées augmenteront à mesure qu'on passera d'un échelon administratif à l'autre, mais ce qui compte, c'est qu'à chaque échelon ces organismes coopèrent activement avec les services publics correspondants. Il incombe aux communautés de choisir dans leur sein des personnes d'une intégrité morale dûment établie qui recevront une formation d'agent de santé communautaire (ASC) ou d'accoucheuse traditionnelle (AT), au moyen notamment de cours d'alphabétisation fonctionnelle à organiser. Les comités considérés auront à décider de la rémunération, en espèces ou en nature, des personnels de cette catégorie, de leurs méthodes de travail, des modalités de renouvellement des stocks de médicaments initialement fournis par les pouvoirs publics, etc.

18. Le soutien de la communauté est également indispensable pour la diffusion d'informations pertinentes concernant les soins de santé primaires, ainsi qu'aux fins de l'interaction si nécessaire entre le secteur de la santé et les autres. Pour ne citer que deux exemples : la création de "coopératives" contribuera beaucoup à améliorer la production des cultures marchandes ou vivrières et donc l'état nutritionnel de la population; par ailleurs, le recours aux mass media locales pour diffuser des renseignements au sujet d'une campagne de vaccination aura d'heureux effets sur la couverture réalisée. De plus, la communauté peut trouver en elle les ressources humaines et matérielles que requiert l'aménagement d'installations de loisirs pour la promotion de la santé.

#### V. ROLE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'INFRASTRUCTURE DU SYSTEME DE SANTE DANS LES SSP

19. Un mécontentement croissant se fait jour quant aux modalités classiques de prestation de soins qui se sont instituées au cours des dernières décennies. Dans le monde entier, on enregistre de vives réactions contre la confiance excessive dans les techniques avancées et l'abus des médicaments, des tests diagnostiques et des interventions chirurgicales; tout cela tend à déshumaniser les soins et à faire naître pour la santé de nouveaux risques engendrés par un système qui est censé protéger les populations. Dans les pays en développement, la couverture assurée par les soins de santé ne s'est guère, ou pas du tout, élargie. Presque partout, à de rares exceptions près, les dépenses de santé sont principalement orientées vers le traitement

des gens gravement malades, alors que les soins aux bien portants ou aux personnes moins manifestement atteintes ont progressé dans une bien moindre mesure. Ces tendances sont vigoureusement soutenues et renforcées par des intérêts commerciaux. En conséquence, dans la quasi-totalité des pays, le système de santé ne correspond guère aux besoins réels. Toutefois, si, dans les pays riches, les systèmes, en croissant et en s'affermissant au long des années, sont devenus moins souples et moins ouverts au changement, dans les pays en développement, une réorientation paraît plus facile à condition d'être entreprise immédiatement.

20. A peu près personne ne contestera qu'il n'est plus possible aujourd'hui à une société qui se veut viable de limiter l'action de maintien de la santé au traitement des malades. Seules les structures sociales et administratives de gestion sanitaire prêtent légitimement à des variations idéologiques. Quel que soit le système de santé choisi, il doit viser la population tout entière et non pas uniquement la fraction souffrant de maladies. Maintenir la santé signifie contenir, en appliquant des technologies éprouvées, les principales menaces connues (d'ordre environnemental, psychologique ou biologique) pour la santé publique et promouvoir l'adoption par chacun de modes de vie sains, permettre à tous ceux qui sont en bonne santé de le rester, et secourir ceux dont la santé est atteinte. Cela suppose une révision radicale des catégories et des effectifs d'agents de santé requis, ainsi qu'une évaluation soigneuse des programmes de formation et des normes de travail, y compris pour les médecins. Il faut aussi examiner attentivement les technologies utilisables, afin de faire en sorte que soit employée dans chaque cas la technologie appropriée la plus simple.

21. Les considérations énoncées dans les deux paragraphes qui précèdent résument les caractéristiques du nouveau rôle qui revient aux ministères de la santé, ainsi que celles des systèmes globaux, incorporant les soins de santé primaires, qu'ils doivent mettre sur pied. Traditionnellement, ces ministères n'ont pas beaucoup de poids politique et ne se voient pas allouer une part importante du budget national. Cette situation même leur impose la très grande responsabilité de définir clairement les objectifs et les priorités, de choisir judicieusement les technologies à employer, de faire utiliser au maximum les médicaments essentiels, dont la sélection résultera d'une politique pharmaceutique nationale bien conçue, de mobiliser le soutien des communautés et, une fois celui-ci obtenu, de veiller à ce qu'il s'applique à tous les aspects de la prestation de soins, et d'inculquer les solides principes de "gestion" indispensables au succès.

#### Infrastructure du système de santé

22. Pour qu'un système national de santé basé sur les SSP assure de façon optimale le bénéfice des programmes sanitaires à toutes les couches de la population, une étude approfondie et une vigilance constante sont requises en ce qui concerne : l'adéquation de l'infrastructure existante, le "dosage" correct des différentes catégories de personnels nécessaires à chaque échelon du système de santé, le contenu technique des programmes, et le caractère approprié de la technologie, du soutien et de la gestion. Or, à notre époque de progrès technologique, on se préoccupe souvent plus d'affiner la technologie que d'établir une infrastructure convenable. Ce dernier point, pourtant, présente autant d'importance, sinon plus, car l'adéquation de l'infrastructure constitue un facteur déterminant de l'application des technologies de santé avec une efficacité maximale pour leur coût.

23. Il n'existe pas de modèle universel d'infrastructure. Chaque pays doit déterminer le système qui pourra le mieux répondre à ses besoins, compte tenu des particularités nationales d'ordre politique, administratif et culturel. Cependant, il y a certains éléments-clés à prendre en considération pour que les activités menées aux différents échelons soient cohérentes et s'étayent mutuellement :

- a) caractéristiques géographiques et démographiques des diverses régions du pays;
- b) effectifs et qualité des personnels disponibles;
- c) fonction, portée et degré de sophistication de l'action à entreprendre, selon l'échelon considéré;
- d) lignes de démarcation, à l'intérieur de l'infrastructure, entre les soins primaires, secondaires et tertiaires, étant bien entendu que les soins de santé primaires doivent rester le "pivot" de tout le système;

- e) emplacement du premier échelon de recours pour les SSP (hôpital) qui doit être installé en un point stratégique à cause de ses importantes fonctions de coordination, de formation et de supervision.

24. Dans les schémas élaborés, les activités SSP sont réparties entre quatre niveaux principaux, dont une description moins sommaire est donnée dans une notice distincte. Une question à signaler, non pour le "foyer" et la "communauté" mais pour les deux autres niveaux, est celle des réalités différentes que recouvrent les mots selon les milieux; par exemple, "premier établissement de santé" pourra désigner soit un dispensaire, soit un centre de santé, soit même le cabinet de consultation d'un médecin généraliste.

#### VI. SOUTIEN REQUIS AUX DIVERS NIVEAUX DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

25. Il n'est pas nécessaire de souligner l'importance que présente le soutien fourni par les échelons supérieurs du système global de santé aux différents niveaux des SSP. En relèvent la planification des prestations dans leurs multiples dimensions, la mise au point de programmes d'études appropriés pour la formation initiale et la formation en cours d'emploi des personnels sanitaires de toutes catégories selon des méthodes éducationnelles modernes, l'établissement d'un plan soigneusement conçu pour la distribution des fournitures et du matériel, et l'apport continu d'un soutien logistique du type voulu.

26. Un fait à ne pas perdre de vue est qu'un soutien et une supervision sont indispensables en permanence à tous les niveaux des soins de santé primaires. Le groupe de travail n'a cessé de garder cette nécessité présente à l'esprit durant l'élaboration des schémas, dans chacun desquels il a indiqué comment le principe se traduit dans la pratique. Il semble utile de le répéter, les fonctions de direction, de soutien et de supervision qu'assument le premier échelon de recours vis-à-vis du premier établissement de santé et celui-ci vis-à-vis des niveaux de la communauté et du foyer impliquent ce qui suit : comportement favorisant des interactions humaines de caractère positif entre les personnels professionnels et les autres, y compris les agents traditionnels de santé; mise sur pied de mécanismes appropriés pour l'acquisition des compétences et connaissances qu'exige l'accomplissement des tâches prescrites; direction et supervision constantes par l'échelon immédiatement supérieur, afin que les tâches soient correctement exécutées; distribution régulière des fournitures et du matériel qu'il faut; et organisation d'un système strict pour l'entretien sur place des véhicules et de l'équipement de toute espèce.

27. On a évoqué en passant l'importance de la recherche sur les systèmes de santé. Elle doit faire partie intégrante de tout système global de santé basé sur les SSP. L'expérience a montré que souvent la recherche opérationnelle ne paraît guère attrayante aux meilleurs chercheurs, déjà si peu nombreux. Par conséquent, il faut, comme pour l'évaluation, instituer des procédures simples permettant à ceux qui travaillent sur le terrain de recueillir des informations du type souhaitable aux fins d'analyse objective et critique.

#### VII. RELATIONS ENTRE LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET D'AUTRES PROGRAMMES SECTORIELS

28. Il est à peine besoin d'insister sur un point à peu près universellement admis, à savoir que le développement sanitaire national n'est pas l'apanage du seul secteur de la santé. D'autres secteurs (agriculture, éducation, ressources hydriques, protection sociale, communications, etc.) contribuent autant, voire davantage, à l'amélioration de la situation sanitaire des populations. D'où le concept multisectoriel, implicite dans l'approche SSP, qui appelle un dialogue continu entre le secteur de la santé et d'autres secteurs nationaux.

29. Les programmes d'alphabétisation de tous types (par exemple, d'alphabétisation des adultes ou d'alphabétisation fonctionnelle à l'intention des agents de santé "non professionnels") peuvent concourir notablement au succès des soins de santé primaires. La législation sanitaire offre aussi de l'importance, mais la simple prolifération de lois et de règlements risque de s'avérer contre-productive si des moyens efficaces d'application (variant selon les horizons

culturels) n'ont pas été déterminés au préalable. L'amélioration de la situation sanitaire des ouvriers agricoles, des ouvriers d'usine et des travailleurs migrants réclame des approches spéciales englobant la protection contre les accidents du travail et maladies professionnelles, l'humanisation des conditions de travail et un programme bien coordonné de recherche. Dans ce cas encore, la nécessité d'un dialogue continu avec les responsables des industries, le ministère du travail et celui de la santé n'a pas à être soulignée.

#### VIII. UTILISATION POSSIBLE DU RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL

30. A quoi devra servir le rapport du groupe de travail ? Cette question passionnante a préoccupé bien des esprits. Comme il l'a été clairement indiqué dans l'introduction, le premier objectif important est de nous aider, nous autres de l'OMS, à bien saisir la complexité de la prestation de soins à l'échelon national dans nos domaines respectifs d'activité. Cette compréhension devrait, à elle seule, faciliter les interactions indispensables entre tous les programmes en relation directe ou indirecte avec les soins de santé primaires. L'expression même "soins de santé primaires" évoque parfois des choses différentes selon les personnes. Or il faut une conception unifiée pour que deviennent plus intenses notre motivation, notre adhésion aux approches voulues, et notre identification pratique avec ceux qui agissent dans les pays.

31. Une seconde question se pose alors : quel est le meilleur usage à faire de ce document à l'échelon national ? Sans doute le rapport peut-il d'ores et déjà être employé à des fins de contrôle ou de vérification concernant des programmes particuliers, mais, ce qui apparaît plus important, il ne pourra devenir un outil utile à l'échelon national qu'après que le processus d'"horizontalisation" ou intégration des activités aura été entrepris, et cela, pour que les conditions les plus idéales soient remplies dans les pays eux-mêmes.

## 2. DEFINITIONS DES DIVERS NIVEAUX DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

1. Les définitions énoncées ci-après doivent être considérées comme des définitions de travail destinées à aider à analyser et décrire les ressources requises à l'échelon d'exécution et aux échelons de soutien pour mener à bien les activités qui relèvent des huit composantes minimales des SSP. On s'est placé dans la perspective d'un pays en développement ayant un PNB faible, une économie à prédominance agricole, une population composée à 80 % environ d'habitants de zones rurales ou de bidonvilles, des taux élevés de natalité ainsi que de mortalité infantile et de mortalité maternelle, et comme principaux problèmes de santé ou problèmes connexes : la malnutrition, les maladies infectieuses, les diarrhées infantiles, le paludisme et autres maladies transmises par des vecteurs, et les complications de la grossesse ou de l'accouchement.

Dans le détail, les moyens disponibles varieront considérablement d'un pays à l'autre, mais les définitions qui suivent, avec les graphiques joints (figure 1), indiquent ce qui doit exister ou être créé pour qu'on puisse appliquer efficacement une stratégie de soins de santé primaires.

Le lancement d'une stratégie viable de SSP d'ici l'an 2000 ne suppose pas seulement la mise sur pied de l'infrastructure envisagée. Un préalable indispensable est un engagement sans réserve à cet égard non seulement du gouvernement mais aussi, et plus fermement encore, des communautés locales et des personnels de santé appelés à assurer le soutien voulu. Il faut, à cette fin, que soient institués, ou renforcés, des mécanismes efficaces et efficaces permettant un dialogue continu entre les différents échelons ainsi qu'avec les autres programmes sectoriels nationaux et les communautés elles-mêmes.

### 2. Définitions/descriptions des niveaux (voir également la figure 1)

Foyer : Il s'agit ici de l'unité fondamentale de toute communauté : le ménage. La responsabilité des activités à ce niveau incombe avant tout aux membres de la famille aussi bien pris individuellement qu'en tant, par exemple, que mères d'enfants ou chefs de ménage. Des personnes du voisinage et divers agents communautaires faisant des visites à domicile (y compris des agents de santé qualifiés) ont avec la famille des interactions et sont directement impliqués dans les activités considérées.

Communauté : A ce niveau, les activités intéressent la santé d'une communauté tout entière (village, agglomération, ou groupe de villages) et nécessitent des équipements communs et/ou des efforts bénévoles conjoints des membres de la communauté. On peut citer comme exemples des campagnes de nettoyage, l'aménagement d'installations, l'information/éducation au sujet de programmes de vaccination, etc.

Le Comité de Développement communautaire ou un organe équivalent (voir figure 1) assure la coordination centrale des activités menées à ce niveau; en outre, il soutient celles qui ont lieu à d'autres niveaux, en particulier à celui du foyer (voir dans chaque schéma la colonne intitulée "Soutien communautaire"). Ce comité, qui bénéficie de leur appui, a des interactions avec les membres de la communauté pris individuellement et avec divers groupes existants dans la communauté, ainsi qu'avec les programmes sectoriels nationaux, dont ceux du secteur de la santé.

Les agents de santé communautaires (ASC),<sup>1</sup> de même que d'autres employés de la communauté ou agents bénévoles, interviennent aussi à ce niveau tant dans l'action de promotion/information que dans la planification/exécution des activités de santé communautaire. Nombre de communautés ont aménagé des installations pour les ASC les desservant.

<sup>1</sup> Aux fins du présent document, on entend par ASC une personne choisie par la communauté pour suivre un cours de formation, de durée variable, organisé par les autorités nationales de la santé. Rentrant dans cette catégorie les guérisseurs traditionnels de tous types, en particulier les accoucheuses traditionnelles (AT) et les agents de santé de village (ASV).

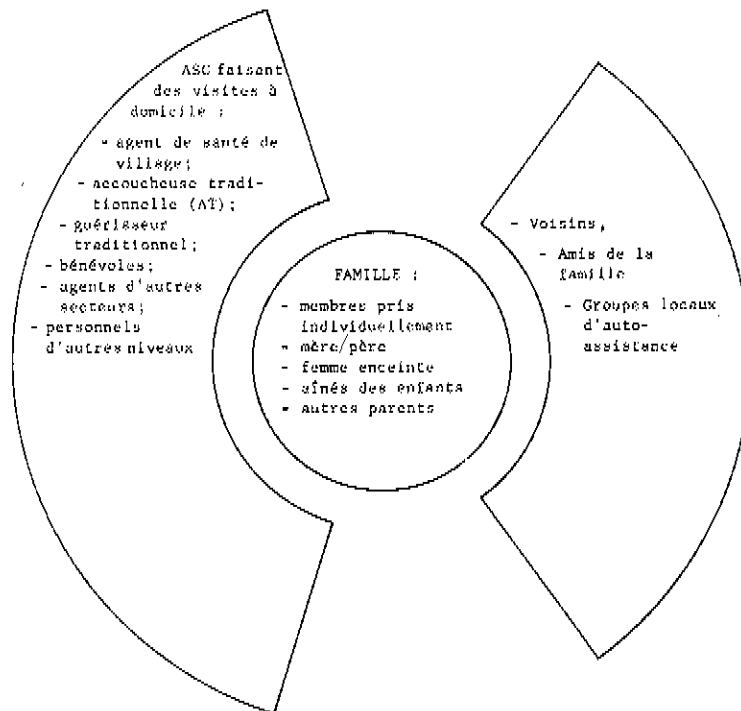
Premier établissement de santé : Ce niveau est le premier auquel se trouve un professionnel qualifié de la santé et où l'on dispose de l'équipement requis pour donner des consultations et dispenser des soins cliniques. La nature de l'équipement et les catégories de personnels en cause varieront d'un pays à l'autre (voir la figure 2).

En plus des consultations et soins assurés à l'"établissement", le personnel agit aux niveaux du foyer (visites à domicile) et de la communauté. Il joue aussi un rôle de soutien majeur en formant et supervisant les ASC de tous types.

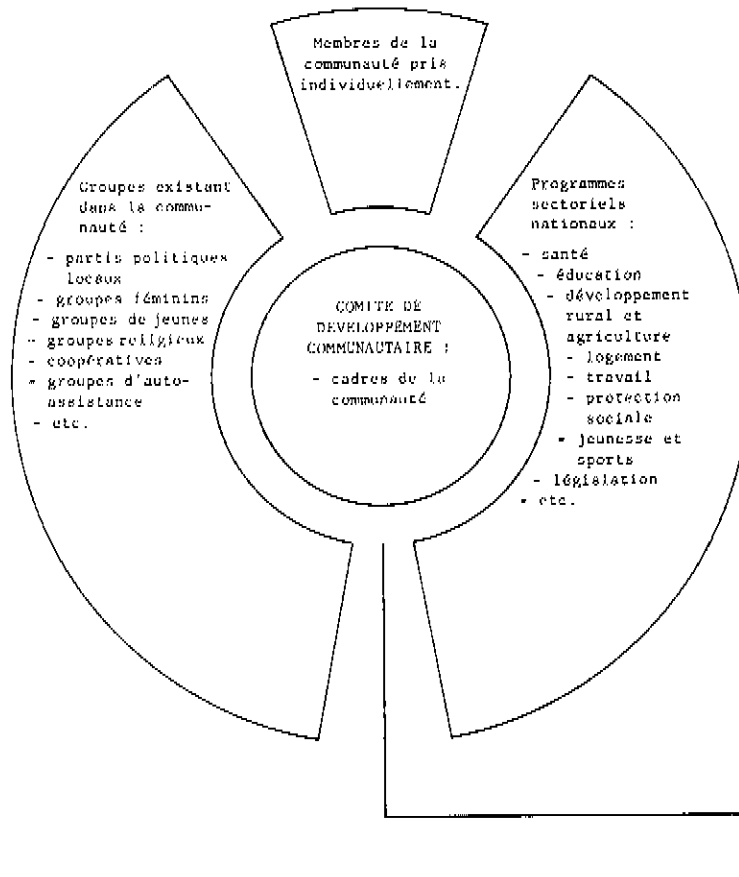
Premier échelon de recours : La stratégie des SSP implique deux filières d'orientation/recours (figure 2) : la première pour les problèmes cliniques, y compris la supervision des agents des niveaux inférieurs, la seconde pour les problèmes administratifs, avec habituellement au niveau considéré le Bureau de Santé de district. Ce niveau est celui où l'on s'occupe de la planification, de la gestion et du soutien des activités d'assainissement, d'éducation/information en matière de santé, de lutte contre les maladies, etc.

PERSONNES, GROUPES, CATEGORIES DE PERSONNELS  
IMPLIQUES DANS LES SSP AUX NIVEAUX DU FOYER ET DE LA COMMUNAUTE,  
ET PROGRAMMES DE SOUTIEN

FOYER :



COMMUNAUTE :



\* Ces agents ne font pas forcément partie du Comité de Développement communautaire mais sont en interaction constante avec lui.

Figure 2

INFRASTRUCTURE DES SERVICES DE SANTE INTERVENANT DANS LES SSP

PREMIER ETABLISSEMENT  
DE SANTE :

- "maison de la santé" ou établissement analogue
- dispensaire
- centre de santé, disposant ou non de lits

- infirmier(ère) et/ou
- infirmière-sage-femme
- aide-infirmier(ère) ou autre auxiliaire (ASC, par exemple)

Parfois :

- assistant médical ou médecin
- inspecteur de l'assainissement
- diététicien
- aide-pharmacien
- assistant de laboratoire

PREMIER ECHELON  
DE RECOURS :

Problèmes cliniques :

- hôpital rural
- hôpital de district, etc.

- médecin (généraliste)
- infirmier(ère)
- sage-femme
- aide-hospitalier
- technicien de laboratoire
- technicien de radiologie

Parfois :

- pharmacien
- assistant médical

Problèmes administratifs :

- Bureau de Santé de district (ou de province)

- médecin de la santé publique
- infirmier(ère)-chef de la santé publique
- technicien de l'assainissement
- nutritionniste/diététicien
- magasinier

Parfois :

- assistant d'éducation pour la santé
- technicien de laboratoire
- technicien du Service des Eaux
- aide-statisticien

COMPOSANTE N° 1 DES SSP : EDUCATION CONCERNANT LES PROBLEMES DE SANTE QUI SE POSENT AINSI QUE LES METHODES DE PREVENTION ET DE LUTTE QUI LEUR SONT APPLICABLES

- Exposé récapitulatif -

INTRODUCTION (Objectifs généraux)

L'éducation pour la promotion de la santé et pour la prévention des maladies est la première des huit composantes essentielles des SSP énumérées dans la Déclaration d'Alma-Ata. Ainsi se trouve mis en évidence le fait qu'en dernière analyse, il appartient à chacun de décider d'être en bonne santé ou non, d'accepter les mesures sanitaires, de coopérer avec autrui à l'instauration d'un environnement salubre, et d'oeuvrer pour la promotion de sa santé personnelle et de celle de la communauté dont il est membre. On ne doit pas, toutefois, en déduire que l'individu assume seul la responsabilité de sa santé. Celle-ci dépend aussi d'un certain nombre de circonstances dont il n'est pas le maître : conditions socio-économiques, évolution politique, tendances et normes culturelles, croyances religieuses, etc. C'est dans ce cadre que doivent, pour réussir, se situer l'éducation et l'information en matière de santé.

Il faut, par conséquent, que l'information et l'éducation concernées suscitent des activités conduisant à une situation dans laquelle les gens veillent être en bonne santé, sachent comment parvenir à l'état de santé souhaitable et fassent leur possible, individuellement et collectivement, pour recourir à l'aide de personnes compétentes quand besoin est.

CONTENU DE LA COMPOSANTE AUX DIVERS NIVEAUX DE SOINS

La santé de l'individu, de la famille et de la communauté est fonction d'un certain nombre de facteurs, dont l'environnement et le mode de vie. Il serait vain de prétendre maintenir la santé et promouvoir une vie saine sans transformer ou modifier l'environnement ainsi que les habitudes ou façons de vivre insalubres des gens. En outre, des influences extérieures peuvent pousser des individus ou des communautés à remplacer certaines conduites favorables à la santé par ce qui semble acceptable dans d'autres milieux culturels. De toute évidence, donc, l'information et l'éducation doivent tendre non seulement à provoquer les changements nécessaires, mais encore à faire conserver les aspects du style de vie qui paraissent appropriés.

Des tâches précises et des moyens de les réaliser sont indiqués dans le schéma. Les activités sont réparties entre trois domaines interdépendants d'intérêt : promotion de la santé; prévention des maladies et maintien de la santé; éducation préparant à faire face à la maladie. On donne ci-après des détails concernant quelques-unes des modalités de l'action requise aux différents niveaux.

Foyer

La famille représente l'unité de base d'autoresponsabilité en matière de santé et c'est elle que visent la plupart des efforts d'information et d'éducation. Les tâches spécifiques sont notamment les suivantes :

- acquisition de connaissances fondamentales telles que l'individu apprécie la valeur de la santé et sache comment la préserver;
- prise de conscience des risques locaux pour la santé et des moyens de s'y soustraire;
- sensibilisation aux altérations de la santé et aux signes de maladie et acquisition de la capacité de prendre des décisions appropriées pour se soigner soi-même, ou de recourir quand il convient à l'aide de personnes compétentes.

### Communauté

Sans un soutien communautaire adéquat, il sera difficile de parvenir à un bon état de santé ou de s'y maintenir. Une action collective s'impose pour créer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles les gens seront motivés à prendre en charge leur propre santé dans la plus large mesure possible. Cela suppose notamment ce qui suit :

- accès facile à une information exacte et utile concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables;
- notion claire des technologies et services disponibles, avec leurs avantages et leurs inconvénients;
- diffusion par les mass média d'une information valable en matière de santé (y compris des dispositions empêchant d'utiliser ces média pour promouvoir l'emploi de produits qui puissent nuire à la santé ou engendrer une dépendance induite à l'égard de médicaments ou de pratiques non essentiels).

### Services de santé (premier établissement de santé et premier échelon de recours)

Il incombe aux services de santé d'encourager et de faciliter l'autoresponsabilité de la famille ainsi que la participation de la communauté à la planification, à la mise sur pied et au bon fonctionnement du système de soins. Si cette nécessité n'est pas comprise, les gens demeureront des "receveurs" de prestations, c'est-à-dire des observateurs passifs, au lieu de prendre eux-mêmes en charge leur santé. Les tâches spécifiques sont notamment les suivantes :

- conseils aux malades, en particulier pour faire adopter des comportements favorables à la santé;
- fourniture d'une information adéquate en matière de santé;
- organisation d'activités formelles d'éducation pour la santé;
- promotion et utilisation d'approches interdisciplinaires pour assurer un soutien aux familles et aux personnes;
- étroite coopération avec les mass média pour favoriser la diffusion d'informations valables concernant la santé.

### INDICATEURS DE L'EFFICACITE DES PROGRAMMES

L'efficacité des programmes d'information et d'éducation devant se manifester en fin de compte par l'accession de la population à un niveau supérieur de santé, leur évaluation apparaît comme une opération très complexe. En effet, l'amélioration de l'état de santé d'une population donnée dépend d'un ensemble de facteurs dont l'information et l'éducation des personnes et des communautés ne représentent qu'un élément. Il faudrait donc procéder à une évaluation intermédiaire consistant à comparer le résultat ou sortie (connaissances ou participation) à l'apport ou entrée (fourniture d'informations, encouragement à l'action, et organisation en vue de celle-ci). Les indicateurs suivants pourraient alors être utilisés :

- connaissance accrue de l'importance d'une nutrition appropriée, ainsi que des risques courants pour la santé et des moyens de s'y soustraire;
- plus grande compétence pour faire face aux maladies et aux accidents;
- diminution de la fréquence des maladies ou états pathologiques dans le cas desquels le rôle de l'individu revêt une importance primordiale, par exemple : baisse de la morbidité et de la mortalité infantiles dues à des maladies que l'hygiène personnelle permet d'éviter, réduction du nombre des accidents domestiques, etc.;
- participation soutenue à des activités de loisirs, individuelles ou de groupe;
- fréquentation accrue des établissements de santé;
- plus large place faite aux questions de santé par les mass média, et pratiques publicitaires tendant à promouvoir des modes de vie sains.

## GLOSSAIRE

Ce glossaire précise la signification de termes figurant dans l'intitulé des schémas et de leurs rubriques principales.

- Composante : L'une des huit composantes des soins de santé primaires énumérées dans la Déclaration d'Alma-Ata.
- Activités : Grandes catégories de mesures qu'implique chaque composante des SSP.
- Niveau : Foyer, communauté, premier établissement de santé, ou premier échelon de recours. Voir, dans la partie I, la notice intitulée "Définitions des divers niveaux des soins de santé primaires".
- Tâches : Le "coeur" même des SSP : les tâches détaillées qu'il faut accomplir pour améliorer/maintenir la santé. Les décisions quant au caractère indispensable de certaines mesures (tâches prioritaires) devront être prises à l'échelon national, compte tenu des priorités en fait de problèmes et de stratégies de santé.
- Personne(s) responsable(s) : Il s'agit de ceux à qui, aux divers niveaux, incombera totalement ou partiellement la responsabilité de l'accomplissement des tâches voulues. La personne, ou la catégorie de personnes, à laquelle sera confiée telle ou telle tâche précise variera d'un pays à l'autre selon la législation en vigueur, le système de santé existant, son infrastructure, les particularités culturelles, etc.
- Compétences et connaissances requises : Compétences et connaissances que devront posséder les gens chargés de s'acquitter des tâches envisagées, autrement dit : contenu des programmes d'éducation ou de formation professionnelle. Souvent, le type des connaissances nécessaires pourra être le même pour plusieurs personnes en cause, par exemple pour un médecin et pour la mère d'un enfant, alors que le degré d'approfondissement sera extrêmement variable.
- Fournitures et matériel : Moyens matériels requis aux divers niveaux pour l'exécution de tâches particulières : vêtements pour un nouveau-né à la maison; équipement obstétrical au premier établissement de santé ou au premier échelon de recours; équipement pour la préparation de lames de sang; microscope; médicaments; etc.
- Soutien logistique : Soutien, sous différentes formes, assuré par les échelons supérieurs : supervision; programmes d'éducation; système d'orientation/recours; conseils d'experts; etc.
- Soutien communautaire : Il englobe toute une gamme d'activités ou programmes intersectoriels menés au niveau de la communauté qui peuvent appuyer directement ce qui se fait aux autres niveaux.

====

COMPOSANTE N° 1 DES SSP : EDUCATION CONCERNANT LES PROBLEMES DE SANTE QUI SE POSENT AINSI QUE LES METHODES DE PREVENTION ET DE LUTTE QUI LEUR SONT APPLICABLES

Page 1

Activités	Niveau	Tâches	Personne(s) responsable(s)	Compétences et connaissances requises	Fournitures et matériel	Soutien Logistique	Soutien communautaire
1. Promotion de la santé	1.1 Foyer	a) acquisition de connaissances de base en ce qui concerne l'hygiène personnelle, la nutrition, les risques courants pour la santé et la façon dont les comportements individuels et collectifs influent sur la santé et contribuent à sa promotion  b) résolution d'agir conformément aux connaissances acquises  c) soutien aux membres des familles	- membres de la famille  agents de santé communautaire agents bénévoles enseignants	- connaissance des établissements de santé utilisables - aptitude à inculquer des connaissances à d'autres - connaissance des techniques de l'alphabetisation fonctionnelle - connaissance de la contribution qu'apporte la santé au bien-être de chaque famille  - comme ci-dessus	- documentation de promotion de la santé - matériel de démonstration, y compris matériel pour cours d'alphabetisation fonctionnelle  - comme ci-dessus	- moyens adéquats de communication facilitant l'action d'éducation/information pour la santé, par exemple : réseaux informels de promoteurs de village, radio locale, journaux locaux, etc. - installations publiques de loisirs pour activités individuelles ou de groupe - fourniture d'une documentation appropriée  - comme ci-dessus	- agents bénévoles aidant à promouvoir la santé - activités de groupes d'auto-assistance - promotion, par les cadres de la communauté, du concept de comportement favorable à la santé - appui aux programmes d'alphabetisation fonctionnelle - appui aux programmes d'alphabetisation fonctionnelle - comme ci-dessus
	1.2 Communauté	a) mobilisation de groupes communautaires (associations d'enseignants et de parents d'élèves, par exemple) pour promouvoir de bonnes pratiques en matière de santé  b) implication des familles dans la prise de décisions concernant leur santé, par l'intermédiaire de groupes d'auto-assistance sanitaire, etc.  c) acquisition de connaissances sur les ressources disponibles en matière de santé  d) participation communautaire à l'aménagement d'installations de loisirs telles que des terrains de sport	agents de santé communautaires agents de développement communautaire enseignants agents bénévoles groupes d'auto-assistance	- connaissance des ressources humaines de la communauté  - connaissance du fait que les prestations de santé font partie intégrante du développement communautaire d'ensemble - aptitude à motiver les groupes communautaires et à les aider à mobiliser leurs énergies aux fins de la promotion et de la protection de la santé	- comme pour 1.1 ci-dessus  - outils et matériaux de construction appropriés	- codes d'usages, élaborés ou non de leur propre initiative par les industriels, publicitaires, etc. concernant l'étiquetage, la publicité et la commercialisation - livraison de fournitures et de matériel non disponibles localement - affectation de taxes à la promotion des loisirs - appui à la création et à l'entretien d'installations publiques de loisirs	- appui aux programmes d'éducation/information pour la santé entrepris par les mass media - obtention du concours de l'industrie alimentaire pour qu'elle fasse mieux connaître la teneur en calories des denrées et se plie aux impératifs de l'hygiène - appui à la création et à l'entretien d'installations publiques de loisirs

COMPOSANTE N° 1 DES SSP (suite)

Activités	Niveau	Tâches	Personne(s) responsable(s)	Compétences et connaissances requises	Fournitures et matériel	Soutien Logistique	Soutien communautaire
1. Promotion de la santé (suite)	1.2 Communauté (suite)	e) prise de conscience par les industriels de leurs responsabilités concernant la promotion de la santé f) introduction de la promotion de la santé dans les programmes d'études scolaires et d'éducation informelle	autorités scolaires	comme pour 1.1 et pour la partie précédente de 1.2	- matériels d'enseignement, récepteurs de radio, etc.	- moyens voulus pour réunions communautaires	- participation d'agents bénévoles aux programmes de santé scolaire
	1.3 Premier établissement de santé	a) conseils aux malades sur les moyens de préserver ou de retrouver leur santé b) éducation/information des particuliers, des familles, des ASC et des communautés en matière de promotion de la santé	assistant médical infirmier(ère) sage-femme	- aptitude à communiquer efficacement - connaissance des menaces pour la santé qui existent dans la communauté, ainsi que des moyens d'aider les familles à adopter ou conserver des comportements favorables à la santé	- documentation de base de promotion de la santé et matériels audio-visuels	- formation aux techniques de communication et à l'action de développement communautaire	- reconnaissance des possibilités offertes par le premier établissement de santé, et utilisation de celui-ci de façon opportune et appropriée, par exemple pour la vaccination des enfants
	1.4 Premier échelon de recours	a) comme pour 1.3 ci-dessus b) conseils à des groupes en ce qui concerne la santé	médecins infirmiers(ères) sages-femmes inspecteurs sanitaires aides-pharmaciens, etc.	- aptitude à communiquer efficacement avec les personnes et les groupes - aptitude à incalquer des connaissances - connaissance des ressources (humaines et matérielles) des communautés desservies, y compris des structures d'autorité ainsi que des compétences de chacun	- matériels audiovisuels (avec l'équipement voulu) concernant les problèmes de santé qui se posent	- moyens spéciaux pour l'action d'éducation/information	- participation de la communauté à la diffusion d'informations sur les activités de promotion de la santé

COMPOSANTE N° 1 DES SSP (suite)

Page 3

Activités	Niveau	Tâches	Personne(s) responsables	Compétences et connaissances requises	Fournitures et matériel	Soutien logistique	Soutien communautaire
2. Prévention des maladies et maintien de la santé	2.1 Foyer	<p>a) acquisition d'un savoir-faire convenable et suffisant dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prévention des endémies locales</li> <li>- prévention des accidents, y compris les brûlures et les fractures</li> <li>- maintien de la santé par des mesures positives (sport, repos, etc.)</li> <li>- nutrition correcte</li> <li>- salubrité de l'eau et élimination hygiénique des déchets</li> </ul> <p>b) bonnes pratiques de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale et la vaccination</p> <p>c) utilisation correcte des médicaments essentiels</p> <p>d) acquisition d'informations exactes sur les services de santé disponibles au niveau de la communauté et au premier établissement de santé et utilisation opportune de ces possibilités (vaccination appropriée des enfants, acceptation des conseils de planification familiale, etc.)</p> <p>e) soutien aux membres des familles</p>	<p>membres de la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- connaissance des mesures à prendre, et capacité d'agir comme il convient, en cas d'urgence</li> <li>- connaissance des possibilités et des limites de l'auto-prise en charge sanitaire</li> <li>- compétence en matière de secourisme élémentaire</li> <li>- connaissance des méthodes de prévention des maladies endémiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trousse de secourisme</li> <li>- guides simples illustrés et documents analogues sur la prévention des maladies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fourniture et entretien d'installations pour l'éducation</li> <li>- fourniture et entretien d'installations pour le sport et les loisirs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation de cours ou de réunions pour enseigner aux membres des familles (tout particulièrement aux mères) les rudiments de la prévention des maladies et des accidents</li> </ul>
			<p>agents bénévoles</p>	<p>comme ci-dessus</p>	<p>comme ci-dessus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- visites à domicile par les agents de premier établissement de santé</li> </ul>	

Activités	Niveau	Tâches	Persone(s) responsable(s)	Compétences et connaissances requises	Fournitures et matériel	Soutien logistique	Soutien communautaire
2. Prévention des maladies et maintien de la santé (suite)	2.2 Communauté	<p>a) déploiement continu d'efforts aux fins suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- création d'un environnement salubre dans la communauté (adduction d'eau, élimination des déchets et assainissement, hygiène alimentaire etc.)</li> <li>- aménagement d'installations pour le sport et les activités de loisirs créatives (artisanat, etc.)</li> <li>- progression vers l'autosuffisance en matière de production agricole, etc.</li> </ul>	<p>agents de santé communautaire (ASC) enseignants agents bénévoles groupes d'auto-assistance</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aptitude à communiquer efficacement avec les personnes et les groupes</li> <li>- connaissance des ressources disponibles dans la communauté et au premier établissement de santé</li> <li>- connaissance des compétences des différents membres ou groupes de la communauté</li> <li>- connaissances et compétences concernant les mesures de prévention des maladies et de promotion de la santé que peut appliquer la communauté elle-même</li> </ul>	<p>matériels d'éducation et d'information touchant les problèmes de santé qui se posent à la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appui du premier établissement de santé et du premier échelon de recours à l'organisation de cours ou de réunions pour le développement des compétences et du savoir-faire en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé</li> </ul>	
	2.3 Premier établissement de santé	<p>a) éducation des membres des familles, cadres des communautés, ASC, enseignants et agents bénévoles en ce qui concerne la prévention des maladies courantes et endémiques</p> <p>b) éducation en matière de maintien de la santé par une bonne nutrition, la salubrité de l'environnement, la vaccination, l'action de santé maternelle et infantile, et la médecine du travail (notamment en agriculture)</p>	<p>assistant médical infirmier(ère) sage-femme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aptitude à communiquer efficacement avec les personnes et les groupes</li> <li>- connaissance adéquate du contenu des messages de santé à transmettre</li> <li>- connaissance des caractéristiques physiques et sociales de la communauté desservie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- documentation de référence sur les problèmes de santé région</li> <li>- guides relatifs aux méthodes et matériels d'éducation</li> <li>- équipement audiovisuel : projecteurs, diapositives, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- choix de certains membres de la communauté ou agents bénévoles qui prendront contact quand besoin sera avec le premier échelon de recours</li> <li>- outils et matériaux de construction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation de cours et de réunions où soit dispensé un enseignement relatif aux problèmes de santé qui se posent et aux méthodes de prévention applicables ainsi qu'aux moyens de maintenir la santé</li> <li>- organisation de la participation communautaire à des projets de développement sanitaire (aménagement de réseaux d'adduction d'eau, d'élimination des déchets, etc.)</li> </ul>

Activités	Niveau	Tâches	Personne(s) responsable(s)	Compétences et connaissances requises	Fournitures et matériel	Soutien logistique	Soutien communautaire
2. Prévention des maladies et maintien de la santé (suite)	2.4 Premier échelon de recours	a) éducation des malades et de la communauté dans son ensemble en ce qui concerne la prévention des maladies endémiques b) soutien et renforcement des activités d'éducation menées par le premier échelon de santé	médecins infirmiers(ères) sages-femmes inspecteurs sanitaires aides-pharmaciens, etc.	aptitude à communiquer efficacement notions de guidance ressources pour l'éducation et l'information qui existent dans une communauté ou la zone environnante et pourraient être utilisées (journaux, stations radiophoniques, etc.) connaissance adéquate des caractéristiques physiques et sociales des communautés desservies	- matériels audiovisuels (avec l'équipement voulu) concernant les problèmes de santé qui se posent pour l'éducation en groupe	- moyens spéciaux pour action d'éducation/information - moyens de transport - outils et matériaux de construction	- Participation de la communauté aux activités d'éducation - organisation de la participation de la communauté à des projets de développement sanitaire (aménagement de réseaux d'adduction d'eau, d'élimination des déchets, etc.)
3. Education pré-Parant à faire face à la maladie	3.1 Foyer	a) acquisition de connaissances sur les symptômes des maladies courantes aisément reconnaissables et les moyens de faire face à la situation b) capacité de décider de manière appropriée, soit de se charger du traitement, soit de recourir à l'aide de personnes compétentes c) soutien aux membres des familles	membres de la famille  agents de santé communautaires agents bénévoles	capacité de reconnaître dans chaque cas les possibilités et les limites de l'auto-prise en charge connaissance des mesures appropriées à appliquer dans chaque cas  comme ci-dessus	- documentation de référence appropriée - médicaments et fournitures qui conviennent  comme ci-dessus	- organisation d'activités d'éducation individuelle ou en groupe  - mobilisation des membres des familles pour qu'ils participent aux programmes d'éducation organisés par le premier échelon et le premier échelon de recours concernant la façon de faire face à la maladie	- assistance aux malades : préparation de repas, garde des enfants, etc.
	3.2 Communauté	a) organisation de groupes d'auto-assistance qui aident les membres des familles confrontés à des problèmes sanitaires et sociaux b) désignation dans chaque communauté d'une personne (ou de plusieurs) spécialement chargée(s) de veiller à la santé de la communauté	agents de santé communautaires enseignants agents bénévoles groupes d'auto-assistance	aptitude à communiquer efficacement connaissance adéquate des ressources humaines, institutionnelles, agricoles, etc. de la communauté connaissance du concept d'organisation communautaire	- accès à des livres faciles à comprendre et illustrés	- moyens voulus pour réunions communautaires	

COMPOSANTE N° 1 DES SSP (suite)

Activités	Niveau	Tâches	Personne(s) responsable(s)	Compétences et connaissances requises	Fournitures et matériel	Soutien logistique	Soutien communautaire
3. Education pré- parant à faire face à la maladie (suite)	3.2 Communauté (suite)	c) prise de décisions quant aux mesures qui s'imposent contre les maladies répandues					
	3.3 Premier éta- blissement de santé	a) éducation/information des malades et de la commu- nauté concernant les symptômes des maladies aisément reconnaissables, en particulier chez les enfants, et les moyens de faire face dans chaque cas à la situation b) information de la communauté dans son ensemble quant aux services disponibles au premier établissement de santé et au premier échelon de recours	assistant médical infirmier(ère) sage-femme	- aptitude à communiquer efficacement avec les personnes et les groupes - connaissance des ressources humaines et matérielles de la communauté - instruction primaire (lecture, écriture, arithmétique)	- équipement audio- visuel simple (pro- jecteurs pour diapo- sitives et films fixes, etc.); matériels de démon- stration (images, affiches, etc.)	- fourniture de maté- riel non disponible localement - fourniture de médi- caments appropriés à l'usage de chaque famille	- agents bénévoles collaborant avec le premier établis- sement de santé - salle communale, ou place publique, pour réunions, assemblées, etc.
	3.4 Premier échelon de recours	a) renforcement des atti- vités d'éducation et d'information menées par le premier établissement de santé b) conseils aux malades sur la façon de faire face à la maladie et d'éviter les rechutes c) formation en cours d'emploi des ASC en matière d'éducation et d'information	médecins infirmiers(ères) sages-femmes inspecteurs sanitaires sides-pharmaciens, etc.	- aptitude à communiquer efficacement avec les personnes et les groupes - aptitude à inculquer des connaissances - connaissance des ressources (humaines et matérielles) des commu- nautés desservies, y compris des structures d'autorité ainsi que des compétences de chacun	- matériels audio- visuels pour l'éduca- tion des membres des communautés et l'enseignement aux agents du premier établissement de santé	- comme pour 1.3 ci-dessus	- organisation de groupes bénévoles tant pour l'action permanente de santé qu'en cas de situa- tion d'urgence

EXTRAITS DU SEPTIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL  
(1984-1989)

6. INFORMATION DU PUBLIC ET EDUCATION POUR LA SANTE

184. L'existence d'un public conscient des actions qu'il peut mener pour promouvoir sa propre santé et incité à entreprendre de telles actions constitue un élément indispensable de l'approche fondée sur les soins de santé primaires. Faute de cela, l'efficacité des autres éléments du système de santé sera grandement réduite. D'ailleurs, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires a placé l'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent, ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, en tête des huit composantes essentielles des soins de santé primaires.

185. De nombreux obstacles gênent l'action individuelle et collective en faveur de la santé. Ceux-ci vont de l'ignorance des principes fondamentaux d'hygiène, des interdits culturels, des modes de vie malsains, et d'un encouragement insuffisant des facteurs culturels qui favorisent la santé, à l'insuffisance et l'inefficacité des efforts d'éducation pour la santé, de motivation et d'information du public, trop souvent consentis dans une situation d'isolement par rapport aux grands courants qui traversent les systèmes de santé. En outre, la publicité agressive en faveur de produits néfastes pour la santé anéantit généralement les modestes efforts d'éducation visant à favoriser un mode de vie plus sain, en particulier chez les jeunes.

186. Les activités d'éducation et d'information pour la santé menées par les secteurs public et privé manquent souvent de coordination, sont insuffisamment financées et n'ont pas été élaborées en tant qu'élément indispensable et pleinement intégré des stratégies sanitaires nationales.

187. Or ces activités sont une composante non négligeable de ces stratégies, car elles galvanisent le soutien politique, financier, gestionnaire, technique et populaire. Les pays seront incités à développer l'éducation pour la santé et l'information du public à l'appui de tous les programmes sanitaires en tant que partie intégrante de leur système de santé. L'OMS favorisera la création de groupes de travail interdisciplinaires et intersectoriels dans les pays afin d'assurer que les efforts d'éducation pour la santé et d'information du public soient coordonnés et s'épaulent mutuellement. Ces groupes devront comprendre des représentants des grands moyens d'information, du secteur de l'enseignement et des organisations bénévoles, et il leur faudra oeuvrer en étroite collaboration avec les conseils nationaux de la santé ou organes analogues, car on ne saurait inspirer un comportement sain par une action se limitant au seul secteur sanitaire. L'OMS appuiera ce processus en mobilisant dans le monde entier l'opinion publique et l'engagement politique, en vulgarisant et en diffusant des informations susceptibles d'être exploitées dans les pays, en collaborant avec ceux-ci à des activités d'éducation et d'information, en aidant à la formation des personnels nécessaires et en favorisant des recherches appropriées sur l'éducation pour la santé et la communication.

Objectif 6

188. Favoriser les activités d'éducation et d'information qui inciteront les gens à vouloir être en bonne santé, à apprendre les moyens de rester en bonne santé, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé et à solliciter une aide selon les besoins.

Buts

189. Les activités de ce programme viseront à favoriser une action nationale et internationale telle que d'ici 1989 :

- 1) la plupart des pays consentent des efforts d'éducation et d'information pour la santé publique qui soient coordonnés et s'épaulent mutuellement, associant les ministères de la santé, de l'information, de l'éducation et d'autres secteurs connexes, et qui atteignent la totalité de leur population;

2) tous les pays aient des programmes coordonnés qui diffusent des informations pertinentes et techniquement sûres afin d'accroître le potentiel individuel et collectif de participation et d'autoresponsabilité en matière de santé et de promouvoir un comportement sain, particulièrement en ce qui concerne la santé de la famille et la nutrition, l'hygiène du milieu, les modes de vie sains, la prévention de la maladie et la lutte contre celle-ci.

### Approches

190. L'éducation pour la santé et l'information du public sont les deux volets d'une même réalité; des messages analogues doivent être transmis par les moyens les plus appropriés. Les messages à transmettre par les grands moyens d'information seront préparés de manière à éveiller l'intérêt sans répandre des craintes injustifiées et à respecter un juste milieu entre les besoins de l'individu et ceux de la collectivité. L'OMS préparera de tels messages et aidera les pays à les traduire en fonction de leurs besoins culturels et linguistiques et à les utiliser selon les modalités qui leur conviennent le mieux. Deux axes de développement seront suivis. Le premier élargira les filières dont on dispose pour la diffusion des informations relatives à la santé en favorisant une plus large participation du secteur de la santé et des secteurs connexes aux efforts coordonnés. L'OMS favorisera et appuiera l'élaboration de stratégies et de procédures tendant à accroître la coordination entre les ministères de la santé, de l'éducation, des communications, de l'agriculture, du développement rural et des secteurs connexes, les collectivités, l'industrie, les grands moyens d'information et les organisations non gouvernementales intéressées en ce qui concerne l'éducation et l'information pour la santé tant au niveau national qu'au niveau international. Une action cohérente sera menée pour promouvoir des pratiques acceptables de prise en charge de sa propre santé au niveau des individus et des collectivités. On attendra des personnels de santé de toutes catégories qu'ils participent à l'information et à l'éducation du public pour la santé. En outre, on favorisera et l'on soutiendra les approches novatrices visant à faire participer les enseignants des écoles primaires et secondaires, les agents de développement agricole et rural, le personnel des programmes d'alphabétisation et de formation des adultes, les syndicats et les associations professionnelles, et les praticiens traditionnels à la diffusion d'informations sur la santé.

191. Le deuxième type d'approche visera à améliorer l'efficacité des programmes d'éducation et d'information, quelle que soit leur localisation, en améliorant les méthodes et les matériels, et notamment en introduisant une formation en matière d'éducation pour la santé dans les programmes d'enseignement des personnels de santé de toutes catégories. Outre le recours accru aux méthodes existantes, on favorisera l'élaboration de nouveaux procédés et l'exploration de moyens et de méthodes de rechange, notamment l'utilisation de moyens traditionnels, pour atteindre les individus et les collectivités qui ne sont pas en contact avec les moyens actuellement utilisés. L'OMS fournira un appui et des informations pour l'élaboration de matériels appropriés destinés à l'éducation du public et à la formation de personnels de toutes catégories chargés d'assurer l'éducation pour la santé et l'information du public.

192. Du matériel d'information sera mis au point, adapté aux besoins locaux et expérimenté sur le terrain, notamment s'il a trait à la nécessité d'instaurer des habitudes alimentaires positives et adéquates, au besoin d'exercice, de sports et d'activités de loisirs à l'extérieur, aux risques liés aux effets qu'exercent sur la santé le tabagisme et l'usage et l'abus de l'alcool et des drogues. L'accent sera mis sur les activités d'auto-assistance. Des directives et du matériel de formation destinés aux personnels de santé et autres seront adaptés aux différents groupes cibles dans toutes les langues principales de chaque région; ils viseront à sensibiliser les gens aux problèmes de santé ainsi qu'aux avantages d'un comportement sain, lesquels ouvriront des possibilités pour une utilisation différente des moyens disponibles. Cela peut s'effectuer avec la collaboration des institutions spécialisées des Nations Unies, notamment l'UNESCO, l'OIT, la FAO, le FISE, et des organisations non gouvernementales intéressées. Une aide sera fournie en vue de mettre au point et d'améliorer la formation en éducation et en information pour la santé de tous les personnels concernés des secteurs sanitaire et connexes. On favorisera l'inclusion dans de tels programmes de l'acquisition de compétences en matière de communication et d'aptitudes à susciter un changement de comportement.

193. Dans la mise en oeuvre des approches décrites ci-dessus, le contenu des informations sera déterminé en concertation avec les spécialistes techniques intéressés. On s'attachera tout particulièrement à atteindre les enfants et les adolescents. Les attitudes et les schémas comportementaux se constituent très tôt; aussi le programme mettra-t-il tout particulièrement l'accent sur les jeunes et la participation du secteur de l'éducation sera décisive; des programmes d'études particuliers seront élaborés non seulement pour les éducateurs sanitaires, mais également pour toutes les autres personnes travaillant dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs et qui sont en contact avec les parents et avec les jeunes. Du matériel sera mis au point et intégré à des supports tels que des affiches, des livres de bandes dessinées et des illustrations. On insistera également sur les besoins d'autres groupes de population à haut risque ou défavorisés.

194. La diffusion du matériel d'appui éducatif et informatif destiné à soutenir les soins de santé primaires, à promouvoir les comportements et les modes de vie sains et à faciliter la prise en charge de la santé par l'individu et la collectivité, sera particulièrement favorisée. Un appui sera fourni sélectivement pour certains besoins particuliers concernant différents aspects de la santé de la famille, de l'hygiène du milieu et de la lutte contre les maladies, là où le besoin s'en fera sentir et en fonction des conditions locales.

### C. SCIENCE ET TECHNOLOGIE DE LA SANTE

195. L'infrastructure du système de santé procure les moyens humains et matériels de fournir les prestations, mais son incidence sur l'état de santé dépend du contenu de ces prestations. Il existe une grande quantité et une déconcertante diversité de technologies sanitaires, mais elles ne sont pas toujours offertes à tous ceux qui en ont besoin et elles ne leur conviennent pas toujours. C'est pourquoi il est nécessaire de réévaluer les technologies sanitaires, en choisissant celles qui conviennent dans telle ou telle circonstance, en produisant de nouvelles technologies selon les besoins, et en recherchant dans toute la mesure possible des solutions de rechange dictées par les facteurs psycho-sociaux. Pour ce faire, il faut adopter une démarche scientifique systématique. Une réévaluation et un développement de la technologie s'imposent pour trouver des moyens appropriés de protéger et de promouvoir la santé des gens de toutes catégories et de tous âges, notamment des groupes de population particuliers tels que les jeunes, les travailleurs et les personnes âgées. A cet égard, il est tout aussi important de promouvoir leur santé mentale que leur santé physique. Or, un environnement sain peut contribuer à leur santé tant physique que mentale. Aucune civilisation connue n'a été en mesure d'éliminer la maladie, qu'elles qu'aient été les mesures prises; aussi les techniques de prévention et de traitement de la maladie sont-elles très importantes et ont-elles de fortes chances de le demeurer. Parmi celles-ci figurent les techniques de diagnostic, de traitement et de réadaptation en général, ainsi que de prévention et de réduction de groupes particuliers de maladies.

= = =