



DIAGNOSTIC PSYCHOSOCIAL ET TRAITEMENT EDUCATIF^a

Quelques notes sur la lutte antivénéérienne

par le

Dr John Burton,
Service d'Education sanitaire
Siège de l'OMS, Genève

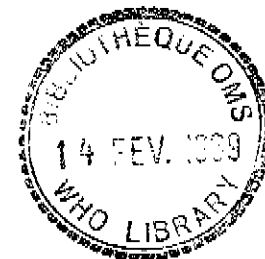
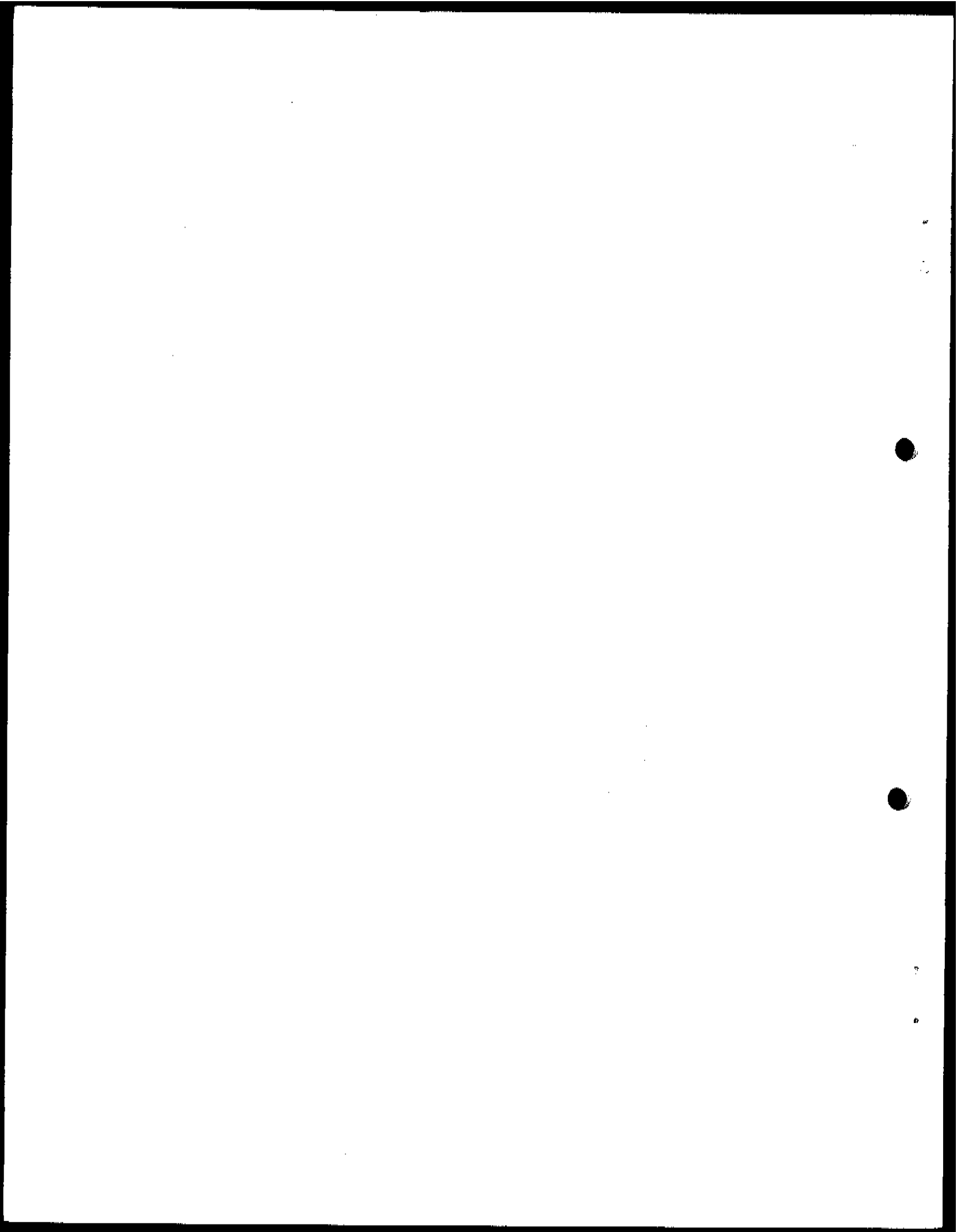


Table des matières

	<u>Page</u>
1. Définition de l'éducation sanitaire	1
2. Le problème et le paradoxe	1
3. Problème de classification	3
4. Le diagnostic précède le traitement	4
5. Le rôle éducatif du personnel de santé et des enseignants en matière de lutte antivénéérienne	9
6. Prévention primaire par l'éducation sanitaire	9
7. Les limitations de l'éducation sanitaire dans la prévention primaire des maladies vénériennes	11
8. Prévention secondaire et tertiaire	11
9. Le travail du spécialiste de l'éducation sanitaire	13

^a Présenté au deuxième séminaire régional sur la lutte contre les maladies vénériennes, Manille, décembre 1968.



1. DEFINITION DE L'EDUCATION SANITAIRE

L'éducation sanitaire est la partie de la médecine, de la santé publique et de l'éducation générale qui concerne l'interprétation et l'emploi des connaissances scientifiques par les individus et les collectivités. Ce terme recouvre un état de conscience des problèmes de santé, un processus d'apprentissage et d'enseignement et un rapport entre le public et le personnel de santé.

La conscience des problèmes de santé résulte des coutumes, de l'expérience et des valeurs de la population. Elle s'exprime par des niveaux de familiarité et d'intérêt; de connaissances et de croyances; d'attitudes et de prévisions; de comportement et d'aptitudes touchant les questions d'hygiène personnelle et sociale.

L'apprentissage et l'enseignement en matière de santé sont des processus qui se poursuivent inconsciemment lors de la transmission des traditions, des croyances et des coutumes et consciemment par l'étude de la santé et par l'expérience du choix et de l'action. Ils prennent place entre les individus ainsi que dans la famille, à l'école, au lieu de travail et dans la collectivité; au moyen de la législation, des services et des activités éducatives des organismes officiels, professionnels et bénévoles.

Les relations humaines dans ce processus éducatif sont les interactions qui ont lieu entre le public et le personnel de santé. Elles se manifestent par la quantité et la qualité des consultations, de la coopération et de la responsabilité assumée conjointement en ce qui concerne la solution à apporter aux problèmes de santé individuelle et publique.

2. LE PROBLEME ET LE PARADOXE

Le traitement de la blennorrhagie et de la syphilis est efficace et rapide et cependant l'incidence des deux maladies semble avoir augmenté dans tous les pays au cours des dernières années - en particulier parmi les jeunes. (1)(2)(3) Cette situation paradoxale est sans doute réelle mais résulte peut-être en partie d'une amélioration des statistiques dans une des zones les plus difficiles de l'épidémiologie. Schofield(4), dans son étude sur le comportement sexuel en Angleterre, jette des doutes sur la théorie selon laquelle la promiscuité s'est accrue considérablement au cours des dernières années. Quelle que soit la situation réelle, deux choses semblent certaines : il nous reste beaucoup à apprendre au sujet de l'épidémiologie de la syphilis et de la blennorrhagie(5) et de nouvelles attitudes seront nécessaires pour que l'utilisation efficace d'un traitement

moderne aille de pair avec un succès épidémiologique. Nous avons tous pris conscience, depuis de nombreux années, des facteurs socio-économiques qui influencent le problème des maladies vénériennes mais cette prise de conscience n'a guère eu de résultats pratiques.

L'analyse des textes publiés est peu encourageante mais elle nous impose de conclure qu'au lieu de blamer l'éducation sanitaire pour ses échecs nous devrions admettre qu'en dépit de nombreuses professions de foi on l'a rarement mise en pratique.

La jeune génération actuelle et, dans un grande mesure, la génération précédente ont eu très peu d'occasions d'apprendre, de discuter et de former des attitudes qui les protégeraient des maladies vénériennes. Même dans les programmes bien informés d'éducation sexuelle et d'enseignement concernant la vie familiale qui ont été mis en oeuvre dans de nombreux pays, les maladies vénériennes sont souvent laissées de côté parce que l'on considère qu'elles jettent des lueurs peu flatteuses sur un sujet déjà difficile et parce que peu de professeurs se sentent compétents ou désireux de s'en occuper. Contrairement à ce qui se passe pour d'autres maladies, le public n'a pas l'occasion d'apprendre beaucoup grâce à la littérature populaire ou au théâtre. Les héros, et même les méchants, ne souffrent jamais de maladies vénériennes, alors que des romans et des opéras entiers ont été écrits au sujet de la tuberculose. Celia Deschin (6) a prouvé que 10% seulement des adolescents de New York avaient une bonne connaissance des maladies vénériennes. En outre, ils avaient été soumis à des forces sociales telles que la rupture des liens familiaux, la migration, la richesse, le chômage ou l'isolement, qui avaient mis leur stabilité psychologique à rude épreuve. Juhlin (7) décrit une situation semblable en Suède.

Luther Terry, Surgeon-General des Etats-Unis d'Amérique en 1962, aurait déclaré que l'éducation sexuelle est interdite par la loi dans dix des seize grandes villes où l'on a relevé 40% de tous les cas de maladies vénériennes qui ont été signalés. (8)

Dalzell-Ward (1960) (9), dans un rapport très intéressant sur des discussions de groupe avec des hommes atteints de maladies vénériennes à Londres, souligne les différentes attitudes envers la sexualité, les femmes et les prostituées, certains individus semblant être ignorants ou névrosés, d'autres étant plus ou moins raisonnables mais dangereux. De nombreuses croyances traditionnelles furent exprimées au sujet de la nécessité des rapports sexuels pour l'homme et du rôle essentiel de la prostituée à cet égard. Il note que les malades sont enthousiastes lorsqu'il s'agit de discuter leurs problèmes sexuels avec une personne qualifiée mais qui ne se croit pas tenue de moraliser. Il considère que ces discussions ont eu un effet thérapeutique dépassant le cadre des maladies vénériennes.

Le Dr Lambo (10) décrit l'effet de la transition de la vie tribale à la vie urbaine, qui provoque chez les adolescents des troubles affectifs et de la délinquance. Selon lui, la caractéristique la plus constante des sociétés en évolution de l'Afrique d'aujourd'hui réside dans un certain degré de désorganisation sociale, surtout en ce qui concerne l'institution primordiale, à savoir la famille. Il décrit ensuite les effets et les incidences de la désorganisation sociale qui tendent, dans l'ensemble, à favoriser la promiscuité et en particulier à affecter les adolescents en mettant à leur portée un milieu où différents fléaux sociaux peuvent se développer.

Bien que ces études ne nous disent rien de bien neuf, elles servent à souligner la nécessité d'une information épidémiologique plus pénétrante et elles indiquent la nature essentiellement écologique et éducative de ce problème de santé.

3. PROBLEME DE CLASSIFICATION

La division traditionnelle des maladies en maladies infectieuses, tumeurs, maladies nutritionnelles, etc., ne correspond plus de façon satisfaisante à nos idées sur l'étiologie et l'épidémiologie de nombreuses affections. Cependant, cette division influence encore, dans une large mesure, notre réflexion et domine le cadre clinique, éducatif et administratif de notre pratique. Comme toutes les classifications, celle-ci reflète nos connaissances à un moment donné. A mesure que les connaissances et les techniques progressent et que le milieu social se transforme, la classification traditionnelle risque de limiter sérieusement les capacités de réflexion et de faire obstacle à l'adoption de nouvelles méthodes. Traditionnellement, la blennorragie et la syphilis étaient considérées comme des maladies infectieuses ; plus récemment, on a complété ou remplacé ce terme par celui de maladie transmissible. Ces différents termes soulignent des aspects importants de l'étiologie, mais ils ne semblent plus revêtir une importance primordiale pour les activités futures.

La blennorragie et la syphilis sont des cas typiques de maladies pour lesquelles on dispose de mesures préventives et de traitement approprié mais qui persistent néanmoins parce que les causes sous-jacentes sont liées de près au comportement humain. Le moment est venu d'envisager de reclasser ces maladies sous un nouveau titre : maladies du comportement*. Ce faisant, nous donnons de la valeur et de l'importance aux facteurs intellectuels, affectifs et sociaux qui constituent le principal obstacle à la prévention et au traitement de ces maladies et qui doivent rester au

* Les maladies du comportement peuvent être définies comme les états pathologiques dans lesquels le comportement humain joue un rôle étiologique majeur ou qui peuvent être traitées ou éliminées en modifiant le comportement.

premier plan de nos préoccupations quand nous préparons les plans de recherche ou que nous mettons en oeuvre des services. En les considérant comme des maladies du comportement, nous recoupons les frontières traditionnelles et nous sommes à même de percevoir les rapports jusqu'ici méconnus entre ces maladies et d'autres problèmes médico-sociaux. La blennorrhagie et la syphilis sont des exemples classiques de maladies du comportement.

4. LE DIAGNOSTIC PRECEDE LE TRAITEMENT

L'éducation sanitaire est basée essentiellement sur les mêmes prémisses que la médecine. Il y a un stade de diagnostic consacré à explorer les états de conscience sanitaire et un stade de traitement destiné à influencer le comportement. Ces deux stades se prêtent à l'évaluation et exigent un plan organique convenable et un personnel bien préparé. Dans la phase de diagnostic, on range les consultations, les observations et les enquêtes et dans la phase de traitement, l'enseignement et la formation, la motivation, la publicité et la manipulation du milieu.

LE DIAGNOSTIC

Commençons dans notre propre camp. Si nous voulons éduquer, nous devons savoir plus précisément qui nous allons éduquer et qui se chargera de l'éducation. Peut-être la question la plus importante à envisager est-elle de savoir qui est exposé à un risque. Est-ce que chaque individu est exposé à un risque égal du fait des maladies vénériennes, comme nos méthodes éducatives de masse le font supposer, ou bien certains sont-ils plus exposés que d'autres ? Il est évident que ceux qui sont atteints de maladies vénériennes sont les plus exposés et nous devons savoir de quel genre de personne il s'agit. Cela suppose que l'on connaisse non seulement leur âge, leur sexe, leur race, leur lieu de résidence, etc., mais aussi leurs caractéristiques sociales, psychologiques et économiques. Constituent-ils des groupes bien définis ? Est-ce que l'accroissement apparent de la prévalence dans de nombreux pays est réel ou fictif ? Si la prévalence est réelle, est-elle due à un accroissement de la dimension de ces groupes ou bien à un accroissement du nombre d'infections qui se produisent pour chaque membre du groupe clé ? Si ce sont les groupes tout entiers qui se développent, nous devons chercher à découvrir à quelles nouvelles personnes la maladie s'attaque de façon à pouvoir prendre des mesures préventives là où celles-ci semblent devoir être les plus efficaces. Par ailleurs, si c'est le groupe clé qui est plus fréquemment atteint par la maladie, nous devons réunir autant de détails que possible sur les caractéristiques de ses membres. Du côté des éducateurs, nous devrions savoir plus au sujet des attitudes et des compétences des instituteurs et des professeurs dans ce domaine. Nous devons chercher à savoir ce que l'on a fait en matière

d'éducation sanitaire dans les consultations et les services de lutte antivénérienne et ce que les cliniciens estiment être leur rôle éducatif envers les malades.

Du point de vue de l'étude psychologique et sociologique, les maladies vénériennes offrent certains avantages importants puisqu'un vaste échantillon des malades se présente au centre ou est connu au centre et peut faire l'objet de certaines études.

Cette idée n'est pas nouvelle. Dès les années 1940, plusieurs documents ont décrit en détail des études sociales et psychologiques portant sur les malades qui se présentent aux consultations antivénériennes et leurs auteurs estimaient que ces résultats avaient été utiles pour le traitement. (11)

Dans les études effectuées à l'armée, il semble que les personnes les plus exposées - c'est-à-dire les malades - présentent certaines caractéristiques. Watts et Wilson (1954)(12) ont décrit :

- a) les hommes instables qui ne sont pas maîtres d'eux-mêmes, quel que soit l'aspect de leur vie que l'on considère;
- b) les buveurs;
- c) les hommes qui s'adonnent à la promiscuité et dont l'attitude et le comportement ne sont pas adultes;
- d) les hommes qui manquent de motivation pour être de bons soldats. Parmi les adolescents on trouve une personnalité équivalente: celui qui ne fréquente pas l'école avec assiduité ou qui abandonne ses études.

Wittkower (13) et Dongier analysent plus en profondeur la constitution du vénérien. Ils attirent l'attention sur la promiscuité qu'ils décrivent comme une tentative d'alléger la tension psychologique, l'incapacité d'amalgamer l'affectivité et la sexualité. Ils affirment que la promiscuité n'est pas un problème sexuel mais qu'elle constitue la solution de troubles psychiques plus profonds.

Une série d'études épidémiologiques révélatrices sur la transmission des maladies vénériennes, publiée avec un certain courage par le service de santé publique des Etats-Unis d'Amérique, (14) a décrit de nombreuses caractéristiques de la vie sexuelle des habitants des régions rurales et urbaines des Etats-Unis d'Amérique et a mis en relief les facteurs - ignorance et promiscuité - qui se retrouvent partout malgré les barrières sociales, éducatives et les différences d'âge.

Une meilleure connaissance de l'épidémiologie de ces maladies nous permettrait de décider si les activités éducatives doivent être extensives ou intensives. Les méthodes de travail épidémiologique sont déjà au point, mais il faudra les appliquer avec plus de soin.

Bien que l'épidémiologie ait vu son champ d'action s'étendre dans le domaine des facteurs sociaux, psychologiques et culturels de la maladie et que certains sociologues s'intéressent de leur côté à l'épidémiologie, il existe encore un large écart méthodologique entre les deux disciplines. Toutefois, les sciences sociales sont indispensables pour l'étude en profondeur des groupes choisis par l'épidémiologiste et tant que l'on n'aura pas comblé l'écart en question, les stades suivants de l'étude des maladies du comportement exigeront la collaboration des sociologues, des psychologues et des ethnologues. Pour utiliser au mieux leurs compétences, les membres du personnel de santé doivent se préparer à poser des questions pertinentes. Les détails dont les éducateurs sanitaires ont besoin au sujet des malades et des éducateurs et sur lesquels le personnel de santé peut baser les questions posées aux sociologues, peuvent se diviser à des fins pratiques en trois secteurs :

ETAT DE CONSCIENCE SANITAIRE
MILIEU SOCIAL ET
MODES DE COMMUNICATION

La conscience sanitaire comprend les facteurs intellectuels et affectifs qui conditionnent le comportement en matière de santé. Cela s'applique aussi bien aux autorités sanitaires et aux professionnels qu'aux malades et au grand public. Nous devons connaître :

- 1) La mesure dans laquelle le problème est connu des professionnels intéressés, des malades et du grand public.
- 2) Les connaissances et les croyances relatives au comportement sexuel ainsi qu'à l'étiologie, à la prévention et au traitement des maladies vénériennes.
- 3) Les attitudes relatives à ces maladies et la valeur qu'on attache à leur suppression. Il s'agit notamment des attitudes envers la sexualité, la promiscuité, l'homosexualité et l'échelle de valeurs des malades au sujet des personnes du sexe opposé.

Dans les études sur les attitudes il convient de porter une attention spéciale aux facteurs de motivation qui favorisent ou qui restreignent la diffusion des maladies.

- 4) Enfin, nous devons tenter de nous renseigner sur le comportement (du personnel et des malades) qui accroît ou diminue le risque de diffusion de la maladie. En ce qui concerne le personnel, nous devons savoir quelles mesures ont été prises pour fournir aux malades une éducation protectrice; quant aux malades, nous devons avoir une description détaillée du comportement qui a conduit à l'infection et savoir quels types de précaution ces malades ont éventuellement pu prendre.

Ces renseignements constituent les données de base essentielles sur lesquelles reposent la planification, la formation du personnel, les activités éducatives et l'évaluation de l'éducation sanitaire. Quoique des études de ce genre soient malheureusement coûteuses et que les renseignements soient difficiles à réunir, il est techniquement possible de commencer en utilisant les méthodes de recherche des sciences sociales.

MILIEU SOCIAL

Lorsque nous explorons l'environnement social des malades, nous nous intéressons en particulier à la structure sociale du milieu dont ils proviennent, à leur situation de famille, à leurs groupes de pairs et aux personnes qui les influencent. Nous tenons également compte de la participation des malades à d'autres groupes sociaux tels que les groupes de travail, les associations professionnelles ou de loisir, les institutions bénévoles et les organisations religieuses. Nous devons aussi nous informer des pressions juridiques et économiques qui favorisent la promiscuité ou la prostitution. Celles-ci peuvent avoir une importance spéciale en ce qui concerne les homosexuels. Du point de vue du service de santé nous devons étudier les dispositions prises par les autorités sanitaires et en particulier déterminer si ces dispositions sont pratiques et acceptables pour les malades.

MODES DE COMMUNICATION

La communication a lieu grâce à des échanges personnels - conversations, entrevues et discussions - et à des moyens impersonnels tels que la radio, le cinéma, les avis et les journaux. La communication repose également sur des schèmes bien reconnaissables tels que les réunions de groupes pour les divertissements, les opinions exprimées par une autorité familiale ou sociale reconnue, la lecture régulière de publications choisies qui peuvent servir à plusieurs personnes après leur achat, les brochures distribuées dans les centres de santé et dont la teneur est transmise à la famille ou aux amis, les leçons données à l'école qui sont discutées avec les parents, les séances de cinéma suivies par des discussions, les groupes de commérage, etc.

En vue d'atteindre un groupe choisi, nous devons connaître les schèmes de communication utilisés dans ce groupe et, si possible, l'importance que ce groupe attache à des modes de communication particuliers. En premier lieu, le personnel professionnel doit être au courant du vocabulaire utilisé par les malades et le public en ce qui concerne la sexualité et les maladies vénériennes ainsi que du style employé. Deuxièmement, l'éducateur doit savoir utiliser habilement les moyens d'information que l'individu est le plus susceptible d'utiliser en la matière. Ceux que nous souhaitons le plus vivement atteindre sont souvent les plus inaccessibles. Les parties les plus riches de la population sont généralement celles qui disposent des sources d'information les plus variées, qu'il s'agisse de la parole, du journal ou de la télévision. Les parties les moins riches ne peuvent parfois être atteintes que par l'intermédiaire d'un seul moyen de communication ou ne peuvent pas être atteintes du tout.

Les spécialistes de la recherche commerciale sont bien conscients de ce problème et ont mis au point des méthodes assez précises de recherche, dont la valeur dépend toutefois de la capacité des autorités sanitaires à définir le groupe qu'il convient d'atteindre.

Il s'agit de méthodes à long terme mais cela est inévitable dans tout problème où le comportement humain joue un rôle majeur. Quoique les éducateurs sanitaires, tout comme les praticiens en général, soient souvent poussés à agir sur des bases inadéquates, il y a un minimum de base en dessous duquel aucun professionnel ne se sentira moralement autorisé à prendre une décision. Le diagnostic doit venir avant le traitement.

LE TRAITEMENT

L'éducation sanitaire en matière de maladies du comportement peut avoir lieu à trois occasions principales : la prévention primaire du risque; la prévention secondaire par un traitement précoce et la prévention tertiaire qui concerne la transmission de la maladie et les rechutes. C'est dans la population elle-même que l'on trouve des moyens de défense contre les maladies vénériennes et tous les types de prévention de ces maladies dépendent en fin de compte de la décision des individus. La décision qu'ils prennent résulte de leurs connaissances, de leur motivation et des aspects pratiques. La transmission des connaissances est surtout une question d'organisation et de technique et elle est à portée des autorités sanitaires et éducatives. La motivation est le résultat des sentiments de l'individu, de son identification personnelle avec le problème et des pressions sociales auxquelles il est soumis. Ces facteurs ne sont que rarement susceptibles d'être influencés, en partie, par les autorités sanitaires et éducatives. Quant à l'aspect pratique, qui consiste surtout à faciliter l'utilisation des services pour l'individu, il dépend presque entièrement de la compétence des autorités sanitaires et des responsables de la lutte antivénérienne. Il est donc possible pour les services locaux

de santé et d'éducation de fournir deux des principaux éléments qui permettent à la population de prendre des décisions raisonnables au sujet des maladies vénériennes, suffisantes pour protéger un grand nombre d'individus exposés et pour amener les autres à se faire traiter rapidement. (15)

Les seules méthodes pratiques qui puissent être utilisées par le personnel de santé en vue de modifier le comportement des individus ou des groupes sont les suivantes : la force, la modification du milieu et l'éducation.

La force est une arme ambivalente entre les mains des autorités sanitaires. On l'a fréquemment utilisée afin de lutter contre la prostitution, l'homosexualité et la diffusion des maladies vénériennes mais ses résultats - que l'on peut mettre en doute - semblent être de très courte durée, alors que les cicatrices qu'elle laisse ne disparaissent pas vite. Ce n'est certes pas une méthode avec laquelle le personnel de santé doit s'identifier. La modification du milieu et l'éducation sont des méthodes qui vont de pair et qui peuvent être utilisées par le personnel de santé. Elles se sont avérées prometteuses dans des applications limitées sur lesquelles des rapports ont été publiés.

5. LE ROLE EDUCATIF DU PERSONNEL DE SANTE ET DES ENSEIGNANTS EN MATIERE DE LUTTE ANTIVENERIENNE

Quel rôle les services de santé publique et les écoles peuvent-ils jouer afin d'améliorer la conscience sanitaire et la situation sociale de la population dans la région où ils se trouvent ? Quels sont les groupes de personnel sanitaire et d'enseignants qui devraient contribuer à cet effort et quels sont les alliés dont ils auront besoin pour rendre efficace leur travail éducatif ? Quelles sont les méthodes éducatives dont ils disposent et comment celles-ci peuvent-elles être adaptées le mieux possible aux groupes exposés ?

6. PREVENTION PRIMAIRE PAR L'EDUCATION SANITAIRE

En cherchant à répondre à ces questions relatives à la prévention primaire chez les jeunes, l'éducation sanitaire n'est qu'un élément mais c'est un élément qui peut être appliqué immédiatement si les responsables sont prêts à entreprendre l'organisation nécessaire. Dans son livre "Les jeunes devant l'éducation sexuelle" (16), Pierre Chambre décrit très bien les problèmes auxquels se heurte un directeur d'école en France en organisant ce travail, ainsi que les avantages que lui-même et ses élèves en ont retirés.

Le Département de la Santé de Nouvelle-Galles du Sud a reçu, du Conseil consultatif de l'Education sanitaire, un rapport contenant des propositions réalistes relatives à un programme de lutte antivénérienne. Le Conseil estime que le principal problème réside dans l'éducation à donner aux futurs enseignants et aux médecins des universités, aux étudiants et aux adolescents difficiles à atteindre. (17)

Dans un rapport (18)(19) sur l'incidence de la syphilis dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans à Los Angeles, on précise qu'une réduction de 73 pour cent a eu lieu à la suite des efforts éducatifs intenses entrepris de 1962 à 1966. On a également enregistré une réduction dans le groupe d'âge de 20 à 27 ans. Pendant la même période, on n'a pas enregistré de changement significatif dans l'incidence de la gonorrhée chez les individus appartenant aux mêmes groupes d'âge.

Cette constatation intéressante attire l'attention sur un point important, à savoir que la blennorragie (brève période d'incubation) et la syphilis (longue période d'incubation) devraient être considérées séparément quand on décide quels seront les points éducatifs à souligner.

Un bon exemple de programme complet a été décrit par Donald Campbell, consultant en éducation sanitaire de l'Etat d'Ohio. (20) La principale caractéristique du programme de l'Ohio était la participation de tous les services communautaires intéressés à la planification à long terme ainsi que l'inclusion efficace de l'éducation vénérienne dans les activités des enseignants. Les deux principales institutions qui ont collaboré à ces activités étaient les départements de la santé et de l'éducation. Le Directeur de la Santé de l'Etat a établi un comité comprenant des professeurs, des parents, des consultants en éducation sanitaire, un commissaire de la santé local et des représentants de la profession médicale de l'Etat ainsi qu'un ou deux autres intéressés. On a décidé de se concentrer sur les écoles secondaires. Une enquête a révélé que les écoles assuraient très peu d'éducation vénérienne. Cela semble être dû à trois raisons : les professeurs ne se sentaient pas bien préparés pour présenter ce sujet en classe; il existait très peu de matériel pédagogique approprié concernant les maladies vénériennes; les professeurs et les administrateurs scolaires doutaient que l'éducation vénérienne des élèves du secondaire soit acceptée par les parents. On s'est alors occupé systématiquement de ces trois problèmes essentiels. On a commencé à donner des cours de perfectionnement aux enseignants. En utilisant les méthodes de discussions, les professeurs ont commencé à se servir des mots techniques sans embarras. On a produit du matériel pédagogique comprenant des brochures et un excellent film et on s'est assuré qu'il était acceptable pour les professeurs et les élèves. Contrairement à ce que les professeurs craignaient, les parents ont été heureux que l'on ait pris cette initiative.

On s'est adressé aux écoles et on a obtenu de bonnes réactions touchant le problème des maladies vénériennes dans le programme d'études sous la rubrique de l'éducation sanitaire. Il a souvent fallu recourir à l'aide du service de santé pour faire démarrer l'enseignement et pour persuader les professeurs qu'ils étaient capables de traiter cette question. La réaction des élèves a été très favorable et le programme a été progressivement étendu à presque toutes les écoles de l'Etat. Dans ce cas, l'éducation vénérienne s'est avéré constituer une partie légitime de l'éducation sanitaire à l'école et dans la collectivité. Quoique l'on ait mis l'accent sur les élèves, la participation de tous les groupes professionnels et bénévoles intéressés a permis d'éduquer un beaucoup plus grand nombre de personnes.

Il faudrait élaborer des programmes de ce genre en tenant compte, dans chaque cas, de la situation culturelle locale. Cela ne devrait pas être impossible là où l'urgence du problème l'exige et où la volonté de protéger les jeunes est présente.

7. LES LIMITATIONS DE L'EDUCATION SANITAIRE DANS LA PREVENTION PRIMAIRE DES MALADIES VENERIENNES

Un tel programme d'information et de discussion peut servir à constituer une opinion publique éclairée. Il ne faut pas s'attendre à résoudre par-là même les problèmes de comportement de groupes fortement exposés tels que les enfants retardés, les défavorisés, les inadaptés et les homosexuels. On peut raisonnablement espérer que ces informations et ces discussions aideront la majorité des jeunes, mais elles ne sauraient avoir beaucoup d'effets sur les enfants difficiles qui, comme Loeb (1960)⁽²¹⁾ l'a dit, concrétisent leurs fantasmes dans la promiscuité. Les services de santé scolaire devront assurer le diagnostic et prendre des mesures préventives spéciales afin de détecter en particulier les filles et les garçons inadaptés dont la promiscuité et les échecs de traitement peuvent avoir des conséquences sociales et épidémiologiques tellement vastes. Leur éducation, leur réadaptation sociale et leur traitement psychologique méritent d'occuper une place prioritaire dans les activités de santé scolaire pour des raisons qui dépassent le cadre de la prévention des maladies vénériennes.

8. PREVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE

Il est évident que les individus les plus exposés sont ceux qui contractent des maladies vénériennes. Parmi ceux-ci on trouve un nombre croissant de jeunes. Pour bien des malades, c'est parfois la première occasion à laquelle ils entrent en contact avec quelqu'un ayant suffisamment de connaissances, de sympathie et de temps pour discuter leurs problèmes. C'est pourquoi, en

matière de prévention secondaire et tertiaire, le premier endroit à considérer du point de vue éducatif n'est autre que la consultation antivénérienne et l'éducateur le plus important est le médecin ou une autre personne bien informée et qui ne cherche pas à moraliser.

Si nous acceptons cette prémisse, plusieurs questions se posent. Le grand public connaît-il les services de consultations ? Quelle est la réputation du service antivénérien ? Quels sont les efforts que le personnel de la consultation est prêt à faire au cours du traitement afin de s'occuper du problème éducatif ? Des enquêtes récemment effectuées par Morton en Angleterre indiquent qu'une grande partie des vénéréologues estiment que l'éducation du malade ne fait pas partie de leur tâche ; en outre, la plupart des consultations n'ont aucune activité éducative.

La publicité relative au service antivénérien laisse encore beaucoup à désirer dans la plupart des pays. On sait que l'utilité des affiches et des communiqués est limitée. Puisque le traitement précoce est une des mesures préventives les plus importantes, le côté "relations publiques" du service des maladies vénériennes doit être développé de façon à attirer les malades éventuels. Outre l'utilisation des moyens de diffusion traditionnels, a-t-on organisé des services confidentiels tels que les enquêtes par téléphone ?

A la consultation antivénérienne elle-même, l'objectif est double : il s'agit d'assurer un traitement adéquat et de prévenir les rechutes.

L'entretien avec le médecin est certainement l'occasion éducative la plus impressionnante. A-t-il le temps d'engager une conversation ? A-t-il sous la main des illustrations simples et des brochures persuasives qu'il peut distribuer aux malades ? Est-ce que le médecin est disposé à utiliser la langue du malade et à provoquer des questions et est-il capable de le faire ? A-t-il des moyens permettant de renvoyer les malades atteints de troubles affectifs à un psychologue ? L'infirmière et l'assistante sociale doivent questionner le malade pour s'assurer qu'il a compris les paroles du médecin et qu'il peut suivre et interpréter ses conseils. Dans certains cas, comme Dalzell-Ward l'a montré, on peut organiser des entretiens avec les malades de façon à approfondir le traitement éducatif et à créer une solidarité de groupe. Ces discussions ont une certaine valeur psychothérapique et elles permettent, en grande partie, de résoudre les problèmes sociaux des malades atteints de troubles affectifs. La consultation est également l'endroit le plus propice à l'examen du problème des "récidivistes".

9. LE TRAVAIL DU SPECIALISTE DE L'EDUCATION SANITAIRE

Ces activités, dans les consultations et dans le domaine plus large de la santé publique et de l'éducation, exigent une organisation soigneuse. Il est utile, avant d'en établir le plan et de les mettre en oeuvre, de recourir à l'avis d'un spécialiste de l'éducation sanitaire. Un professionnel appartenant à cette discipline peut également participer au programme scolaire et à toutes les activités extra-scolaires qui peuvent être entreprises dans les groupes de jeunes, à la Jeune Croix Rouge et dans d'autres institutions bénévoles.

La participation du spécialiste de l'éducation sanitaire, qui travaille dans un contexte social plus large et même dans différents départements, peut constituer un élément puissant dans ce que Popchristov (22) de Bulgarie a décrit éloquemment comme suit : créer une opinion publique et des coutumes sociales défavorables à la promiscuité et à la prostitution et soutenir un mode de vie constructif pour la jeunesse. Au cas où l'on mettrait au point des vaccins contre la blennorrhagie et la syphilis, l'existence d'une opinion publique informée sera un élément important dans leur acceptation par la population. L'investissement en éducation sanitaire donnera des dividendes en accélérant un processus dont l'expérience a montré qu'il était parfois très lent.

L'Organisation mondiale de la Santé encourage activement les gouvernements à créer, au sein de leur ministère de la santé, des départements pourvus d'éducateurs sanitaires qualifiés. Leur travail consistera à effectuer des enquêtes, à planifier et à organiser l'éducation sanitaire dans tous les domaines de la santé publique et à assurer l'éducation générale en coopération avec d'autres départements. Parmi les problèmes auxquels ils s'intéresseraient, les aspects éducatifs de la prévention des maladies vénériennes occuperaient une place prioritaire.



REFERENCES

1. Morton, R.S. (1968) Venereal diseases and diseases transmitted sexually, Brit. med. Ass., London
2. Hellerström, S. & Tottie, M. (1963) Venereal diseases in Sweden 1813 - 1962 Acta derm.-venereol., 43, 199-202
3. Guthe, Th., Wilson, R.R. & Idsøe, O. (1968) Climates of opinion regarding the venereal diseases in a changing environment. Royal Institute of Public Health and Hygiene, London
4. Schofield, M. et al. (1965) The sexual behaviour of young people, Longmans, London
5. Report of Federal Co-ordinating Committee on the problem of venereal disease in Australia, Aust. med. J., Supplement, March 4, 1967, 17-25
6. Deschin, C.S. (1964) National Education Association Journal
7. Juhlin (1968) Factors influencing the spread of gonorrhoea, Acta derm.-venereol., 48, 1
8. Schwartz, W.F. (1964) Venereal diseases, National Education Association Journal, 53, 64-65
9. Dalzell-Ward, A.J., Nicol, C.S. & Haworth, M.C. (1960) Group discussions with male venereal disease patients, Brit. J. vener. Dis., 36, 106-112
10. Lambo, T.A. (1964) Social and health problems of adolescents in transitional cultures of Africa, (WHO, Geneva, unpublished document MCH/Adolescents/18.64)
11. United States Public Health Service (1948) The individual and venereal diseases, New Haven
12. Watts, G.O. & Wilson, R.A. (1945) A Study of personality factors among venereal disease patients, Canad. med. Ass. J., 53, 119-122
13. Rees, J.R. ed (1949) Modern practice in psychological medicine, Harper, New York

REFERENCES (suite)

14. United States Department of Health Education and Welfare (1960) Venereal disease in children and youth, Communicable Disease Centre, Atlanta, Georgia
- 15(a) Buck, C.W. & Hobbs, G.E. (1950) The patient's attitude to venereal disease education, J. vener. Dis. Inform. 31, 204-208
- 15(b) Sample D.W. & McFadden, A.W. (1962) The effects of health education on gonorrhoea rates in army recruits, Fort Jackson, South Carolina (unpublished manuscript)
16. Chambre, P. (1958) Les jeunes devant l'éducation sexuelle, Néret, Paris
17. Australia, Department of Public Health, New South Wales, (1968) Venereal disease education programme
18. Glass, L.H., Atkinson, L.M. & Rickett, M.S. (1968) What do the educated know about venereal disease? Int. J. Hlth. Educ. XI
19. Los Angeles County Health Department, Teenage (15-19) venereal disease, Progress report
20. Campbell, D.A. (1963) Strengthening venereal disease education, Int. J. Hlth. Educ., VI/2, 66-73
21. Loeb, M.B. (1960) Future problems of venereal disease control affected by increased teenage population, Brit. J. vener. dis., 36, 191-193
22. Popchristov, P. (1960) Incidence of venereal diseases and the campaign against them in Bulgaria, Brit. J. vener. Dis., 36, 125-127