

Education pour la santé, politique de santé et développement

J. Martin¹, Lausanne

Notes rapportées de la Conférence d'Ottawa (Août-septembre 1976)

L'Union Internationale d'Education pour la Santé [8] tient tous les trois ans une Conférence internationale sur un thème d'actualité. Après Paris en 1973, où on avait traité de «Vingt Années d'Education pour la Santé: bilan et prospective», l'U.I.E.S. proposait à ses membres – et à tous ceux qui s'intéressent à l'amélioration de la santé par l'éducation – de se rassembler du 29 août au 3 septembre 1976, à Ottawa, pour y discuter le thème «Education sanitaire et politique de santé dans la dynamique du développement». Plus de 1000 participants du monde entier (parmi lesquels on aurait pu souhaiter une représentation plus importante des pays d'Afrique et d'Asie) répondirent à l'appel des organisateurs.

La cérémonie d'ouverture de la Conférence, présidée par le Prof. Raoul Senault, de Nancy, Président de l'U.I.E.S., fut relevée notamment par une allocution de l'Honorable Marc Lalonde, Ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social du Canada (le Ministre Lalonde est connu notamment pour avoir patronné et soumis au Parlement canadien un document important de prospective sanitaire appelé «Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens») [3]. Il nous paraît souhaitable de citer quelques passages de son exposé:

«Je désire notamment m'arrêter aux écueils qui nous guettent lorsque nous cherchons à améliorer la condition humaine. Jusqu'où pouvons-nous aller dans le but d'améliorer cette condition humaine et sur quelle philosophie pouvons-nous nous appuyer lorsque la responsabilité nous incombe d'agir à cet égard soit comme législateur, soit comme éducateur?

Ma pensée sur cette question est que fondamentalement... c'est un problème de santé de l'esprit auquel on s'adresse...

Depuis longtemps, nous connaissons la justesse de l'aphorisme «Un esprit sain dans un corps sain». Il me semble cependant que nous nous arrêtons surtout à la notion de corps sain et que nous oublions souvent celle d'esprit sain. Tout se passe comme si la santé de l'esprit allait de soi... En fait, il m'apparaît juste de proposer que la santé physique découle tout autant, sinon plus, de la santé mentale que vice versa. A mon sens, la santé de l'esprit est le problème principal de l'humanité, celui qu'elle aura encore à résoudre après nous... Au risque de simplifier à l'excès, je devrais peut-être

mentionner que le gros de nos efforts vise, et visera, à encourager les Canadiens à assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leur propre santé grâce à de meilleures habitudes de vie. Je fais allusion ici aux programmes qui cherchent à réduire le taux de mortalité et de morbidité attribuable à l'inactivité physique, à l'abus des boissons alcooliques, à la cigarette, aux mauvaises habitudes diététiques, à la négligence au volant et à un certain nombre de comportements qui dépendent en partie de la volonté de l'individu et que nous, au Canada, avons qualifiés de «maladies de libre choix» (italiques surajoutées).

Par l'intermédiaire du Ministre Lalonde, l'accent était donc mis d'emblée sur deux questions essentielles pour ceux qui tentent de résoudre les dilemmes que comporte la fourniture de soins de santé à une collectivité:

- l'importance de la *responsabilité individuelle* devant la santé et la maladie,
- la mesure dans laquelle il est *nécessaire* qu'un gouvernement intervienne dans ce domaine, et jusqu'à quel point il est *souhaitable* qu'il intervienne.

S'agissant des travaux de la conférence proprement dite, le thème principal avait été subdivisé en quatre sous-thèmes [8]:

1. Politique de santé et objectifs sociaux dans la dynamique du développement – Bases de l'éducation pour la santé.
2. Orientations nouvelles dans l'organisation des services de santé et leur incidence sur l'éducation pour la santé.
3. Influence de l'éducation pour la santé sur les risques de l'environnement et la modification des styles de vie.
4. Perspectives en éducation pour la santé.

Chacun de ces sous-thèmes faisait l'objet de la séance plénière d'une des quatre journées principales de travaux, et était traité par un orateur principal puis par quelques «panélistes». Ces présentations étaient suivies d'une discussion avec les participants.

Le Prof. Maurice Backett, Directeur du Département de Santé Communautaire de l'Université de Nottingham, Grande-Bretagne, qui était l'orateur principal pour le premier sous-thème, brossa un tableau général des problèmes actuels dans le domaine de la santé, en s'attachant particulièrement aux conséquences pratiques des options prises lorsqu'un gouvernement adopte une politique de santé (qui peut par ailleurs être explicite ou demeurer implicite). Il insista sur le

¹ Médecin cantonal adjoint. Service de la Santé Publique de Canton de Vaud. 11, rue Cité-Devant, CH-1001 Lausanne

besoin de mettre en rapport les buts et les méthodes de formation des personnels de santé avec les objectifs socio-économiques de la société. Parlant du «gâchis» existant à l'échelle mondiale dans le domaine de la santé (global health care mess), il souligna qu'il était essentiel de rechercher un équilibre entre deux groupes de positions opposées: d'une part la tendance à vouloir ne plus rien avoir à faire avec l'«industrie de la maladie» classique et à développer en conséquence une optique d'«auto-soins» (self-care); d'autre part l'attitude ancienne disant grosso modo «les questions de politique médico-sanitaire et de soins de santé en général sont du ressort exclusif des médecins, laissez-les donc les résoudre», qui ne correspond plus à la réalité actuelle. Le Prof. *Backett* nota l'importance de la *révolution mahlérienne* qui a significativement transformé l'OMS au cours des dernières années, avec son accent sur les soins de santé primaires (prendre soin des problèmes sanitaires prioritaires de la majorité de la population, où elle se trouve, à savoir à la périphérie), sur la participation de la collectivité à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé, et sur le besoin, ce faisant, de ne pas se limiter aux modèles classiques d'inspiration essentiellement occidentale [1, 4, 5]. D'une manière générale, et cela est vrai aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, dit-il, les services médico-sanitaires sont moins déterminants pour la santé de la collectivité qu'une éducation adéquate couplée à certaines modifications de nos styles de vie. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, continua le Prof. *Backett*, quand la plupart des maladies traitées actuellement par les médecins des pays développés sont des affections chroniques, et sont devenues irréversibles 10 à 15 ans avant que le patient ne consulte... De plus, bien que l'on ait une bonne idée statistique des chances d'un individu, compte tenu des facteurs de risque qu'il présente, de développer une affection donnée, on n'en tient pas vraiment compte. La façon dont les prestations de soins sont planifiées et fournies n'a pas suivi les changements majeurs intervenus en ce qui concerne les problèmes de santé eux-mêmes.

Comme exemple de cette inadéquation des structures aux besoins, le Prof. *Backett* cita trois pays anonymes, dont deux qu'il situa dans le Tiers-Monde (souffrant de leur imitation fâcheuse de l'occident au niveau de la formation et de l'utilisation des personnels de santé) et le troisième en Europe. Il insista sur le besoin de cesser de tout miser sur l'hôpital, cette «cathédrale de la technologie» qui poursuit finalement ses buts propres autant que ceux des patients, pour envisager d'autres options. Pour ce faire, dit-il, l'important est d'abord de changer notre façon de voir les choses, notre cadre conceptuel.

Si nous nous sommes quelque peu étendus sur cette première communication, c'est qu'elle soulevait plusieurs questions très importantes parmi celles qu'allait discuter la conférence. Signalons simplement que les orateurs principaux des jours suivants furent le Dr

Hector Acuña, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, le Dr *Hans Mollenhauer*, du Programme des Nations-Unies pour l'Environnement (qui s'était fait représenter), M. *Hubert Laframboise*, du Ministère du Travail du Canada, et le Prof. *Scott Simonds*, Professeur d'Éducation pour la Santé à l'École de Santé publique de l'Université du Michigan¹. Après ces séances plénières du matin, les participants pouvaient, en fonction de leurs intérêts, choisir entre de nombreuses possibilités: groupes de discussion, sessions de communications libres, atelier sur les méthodes audio-visuelles, atelier sur l'emploi de la télévision, festival du film d'éducation pour la santé. Comme d'habitude lors de telles conférences, un des aspects les plus enrichissants était la possibilité de nombreux contacts professionnels «informels» avec des collègues de diverses parties du monde.

Quelques questions actuelles particulièrement importantes

Après ce résumé factuel, nous aimerions présenter quelques réflexions sur les thèmes qui, de manière programmée et officielle ou non, ont retenu l'attention des participants. L'un d'entre eux est la définition des *responsabilités et rôles respectifs d'éducateurs sanitaires professionnels (spécialisés) et des autres agents médico-sanitaires* dans l'éducation pour la santé de la collectivité en général. Il s'agit là bien sûr d'un problème qui est discuté depuis longtemps et qui ne peut être tranché en donnant une préférence unilatérale à l'une ou l'autre des parties. La réponse doit être un compromis dont les éléments dépendront des situations particulières considérées. Parmi des populations qui n'ont eu que peu de contacts avec les connaissances qui sont à la base d'une vie plus saine (hygiène personnelle et des collectivités, protection de l'eau, assainissement notamment), on imagine que des éducateurs sanitaires spécialisés puissent être fort utiles en influençant les habitudes de groupes importants. Par ailleurs, traitant d'un pays très développé, le Dr *Esther Ammundsen*, qui fut le Directeur général de la Santé du Danemark, dit sans détours que, au cours de sa carrière, elle n'avait jamais ressenti un bien grand besoin d'éducateurs sanitaires spécialisés (devant un auditoire formé pour une grande part de représentants de cette profession!). Il s'agit là d'une question très pertinente pour la Suisse qui, à l'heure qu'il est, ne dispose pratiquement pas d'éducateurs sanitaires. On sera sûrement amené cependant à se demander s'il n'y aurait pas lieu d'en former pour certaines activités (notamment dans le domaine de la médecine sociale et préventive). Le problème est particulièrement actuel au moment où, avec le support financier du Fonds National Suisse pour la

¹Le Compte-rendu résumé de la Conférence est sorti de presse récemment, sous le titre «Éducation sanitaire et politique de santé dans la dynamique du développement», et peut être obtenu auprès de la Revue internationale d'éducation pour la santé, 3, rue Viollier, CH-1207 Genève.

Recherche Scientifique, deux projets sont entrepris visant à une action préventive dans le domaine des maladies cardio-vasculaires [2]. Avons-nous besoin en Suisse de professionnels de l'éducation sanitaire? Si oui, de quel type et combien?

D'une manière générale, il semble bien que, quel que soit le pays, il faille surtout envisager l'engagement de tels spécialistes au niveau de la planification et l'évaluation de programmes sanitaires ainsi que pour la formation (de toutes les catégories d'agents de santé) et pour la recherche¹. Mais l'essentiel des prestations éducatives «sur le terrain» devraient être fournies par les médecins, infirmières, sages-femmes, inspecteurs sanitaires, etc. Quoique la situation sanitaire dans les pays en développement soit bien différente de celle du nôtre, il apparaît que le même principe général devrait y être appliqué.

Un autre point sur lequel plusieurs orateurs (et de nombreux participants) ont insisté est que l'éducation pour la santé ne peut en aucune façon rester limitée aux «conseils d'hygiène» traditionnels, et doit déborder le cadre du système de santé (lui-même un sous-système de l'ensemble social). Il devient de plus en plus évident que, aussi bonne que soit une éducation sanitaire conventionnelle, elle ne peut porter ses fruits que dans la mesure où la société ambiante elle aussi propose des modèles de vie qui ne sont pas trop défavorables à la santé. Or, on sait qu'on est bien loin du compte: tabac, alcool, abus des médicaments, drogue, manque d'exercice physique, habitudes alimentaires inappropriées (surcharge surtout), «pollution mentale» multiforme, etc.

A ce sujet, une action pédagogique déterminée devrait être entreprise auprès des groupes publics et privés qui, sciemment ou non, propagent de tels modèles. La difficulté est évidemment qu'une telle action peut avoir des implications politiques et économiques relativement délicates, et que les milieux auxquels on s'adresse (notamment décideurs et gestionnaires) n'ont guère été préparés à l'idée qu'ils avaient des «leçons à recevoir» de la part des travailleurs de la santé. Il y a là sans doute un défi majeur à ceux qui veulent une éducation pour la santé plus réaliste et plus efficace.

La notion de participation est l'une de celles qui aura été invoquée le plus souvent durant la Conférence, comme elle l'est d'ailleurs dans les discussions du malaise actuel quant aux prestations de soins médico-sanitaires, un peu partout dans le monde, particulièrement les problèmes de communication entre «fournisseurs» et «consommateurs» de soins. Il faut dire que

cette participation est parfois traitée au niveau du discours avec une ferveur quasi religieuse qui ne facilite pas l'appréciation objective. Certains tendent à la présenter comme une panacée alors que d'autres insistent sur le fait qu'elle est difficile à obtenir et à maintenir véritablement dans les faits, qu'il faut d'immenses efforts pour en faire un outil efficace (voir par exemple [6]). Cependant, il est bien improbable que le modèle traditionnel des soins médicaux, où une décision pratiquement sans appel est transmise «de haut en bas» à un patient soumis, puisse subsister longtemps, où que ce soit, sans des modifications majeures.

Dans cet ordre d'idées, on s'accorde aussi à dire combien prise de conscience et responsabilité de l'individu sont de prime importance, et combien les difficultés actuelles rendent nécessaire la promotion encore plus affirmée de cette responsabilité. Cela ne peut se faire qu'avec la participation des membres de la collectivité aux différents niveaux d'action: identification des besoins et problèmes prioritaires, formulation des objectifs à poursuivre, planification, mise en œuvre, évaluation (cela n'inclut pas d'interférence avec l'acte médical proprement dit). En Suisse aussi, il est nécessaire de prendre certaines options générales quant à une politique de santé, et la définition de ces options doit évidemment être le fruit d'un dialogue et d'une action conjointe où la collectivité doit être impliquée dans une large mesure.

L'évolution actuelle au Canada

Quelques mots aussi du pays-hôte, le Canada, et plus particulièrement de la province du Québec où une réflexion approfondie et d'importants changements ont pris place dans le domaine de la santé au cours des vingt dernières années. La citation du discours du Ministre de la Santé faite au début de ce rapport illustre bien aussi ce qui se passe. Sur le plan pratique, l'assurance-maladie est devenue obligatoire pour tous les Canadiens il y a une dizaine d'années. En ce qui concerne l'organisation des prestations de soins, la pratique médicale est libérale pour la plus grande partie (beaucoup de cabinets de groupe). Au Québec, le Gouvernement provincial a de plus ouvert au cours des dernières années un certain nombre de Centres Locaux de Soins Communautaires (CLSC) afin d'améliorer la couverture sanitaire jusqu'ici insuffisante de la population. Il peut être utile de noter aussi que, sur le plan de la formation des personnels de santé et après une éclipse de quelques années, un cours francophone de niveau universitaire en santé communautaire/santé publique existe à nouveau à la Faculté de Médecine de Montréal¹. L'intérêt d'un tel cours, de l'avis de ce rapporteur, est qu'il permet à des travailleurs de la santé de langue française de suivre un programme qui

¹ En ce qui concerne la recherche en éducation sanitaire et les grandes questions que celle-ci devra chercher à résoudre dans le futur, nous renvoyons le lecteur intéressé à l'exposé principal du Prof. Scott Simonds (qui a été publié comme supplément de l'édition anglaise du No 1976/4 de la Revue internationale d'éducation pour la santé et dans le Compte-rendu de la Conférence. — Voir note plus haut).

¹ Renseignements auprès du Prof. G. Desrosiers, Directeur du Département de Médecine sociale et préventive, Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, 2375 chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal.

incorpore les importantes contributions de ce qu'on peut appeler la «philosophie anglo-saxonne de santé publique», dont il faut bien reconnaître que nous pouvons en tirer grand bénéfice (nous parlons ici d'approche des problèmes, et pas du type ou de l'importance de l'intervention de l'Etat).

L'U.I.E.S. et le futur

Notons pour terminer que l'Union Internationale d'Education pour la Santé a tenu son Assemblée Générale durant la Conférence. Son Secrétaire Général, le Dr E. Berthet, y fit notamment une allocution où, après avoir rappelé quelques-uns des faits qui illustrent la gravité actuelle de la situation médico-sanitaire dans le monde (y compris aggravation de certains problèmes, parfois causée par les efforts de développement), il proposa les quatre idées-forces suivantes pour l'action de l'Union au cours des prochaines années:

1. *Nouvelle dimension de la notion de santé*, dans laquelle l'accent serait mis sur les concepts d'équilibre, d'harmonie et d'adaptation (la notion de «santé = bien-être» étant parfois discutable, dans la mesure par exemple où l'alcoolique, le tabagique, le toxicomane jouissent d'un certain bien-être...)
2. *Responsabilité croissante* des individus, des familles et des collectivités devant les risques menaçant leur santé (toute résignation à ce sujet étant inacceptable, dit-il – il insista aussi sur le besoin de rechercher activement à influencer les décideurs et gestionnaires).
3. *L'éducation pour la santé doit être une action multidisciplinaire et multisectorielle* (il est évident pour tous maintenant que l'«acte médical» n'est qu'un élément parmi ceux nombreux qui déterminent la santé, et il y a lieu d'ouvrir nos horizons et champ d'action en conséquence).
4. *Participation des populations* (largement discutée par ailleurs).

L'Assemblée Générale a décidé que la 10^{ème} Conférence Internationale d'Education pour la Santé se tiendra à Londres du 2 au 8 septembre 1979 (tous renseignements à ce sujet peuvent être demandés à l'adresse suivante: Health Education Council, 78 New Oxford Street, Londres WC1A 1AH).

En guise de conclusion

Considérant au retour de cette Conférence la situation dans notre pays, il faut noter que, à part quelques louables exceptions, l'éducation pour la santé est restée un parent pauvre dans le système sanitaire suisse. Même si une telle disposition peut contribuer, étant donné le système actuel, au freinage de l'augmentation des coûts, il est assez symptomatique que le remboursement des prestations préventives ne soit pas admis dans les bases légales de nos assurances sociales. La considération dont jouit l'éducation pour la santé parmi les praticiens n'est probablement guère plus élevée. Et pourtant, il y a une centaine d'années, le

remarquable médecin saint-gallois Jakob Laurenz Sonderegger écrivait:

«Le mieux que tu puisses faire dans ton activité quotidienne, c'est de la médecine préventive, l'éducation à la santé. Chacun le répète, mais peu s'y emploient... Si nous semions davantage de santé, nous en récolterions davantage aussi» [7].

Comment faire mieux? Comment donner à l'action éducative sa juste place parmi les efforts faits pour le maintien, la promotion et le rétablissement de la santé de nos concitoyens? Il n'y a pas lieu ici de rappeler la complexité du problème et nous n'avons pas de remède-miracle à proposer. Il peut être utile cependant de noter que toute solution devra s'attacher à réaliser un équilibre satisfaisant au niveau de chacun des continua ci-dessous:

Ignorance "béate" où l'individu, bien que ne vivant pas sainement, n'est pas soucieux puisqu'il ne le sait pas.



Avidité de connaissances de type médical, qui ne sont pas adéquatement assimilées et mènent à une angoisse chronique (et habituellement à une surconsommation médicale).

Information limitée, "filtrée" dans un but de protection de prérogatives plutôt que par souci pédagogique.



Dissémination désordonnée d'information "sensationalnaliste", les accents mis dans le message ne l'étant pas en fonction de critères d'importance objective.

Pas de modification des rôles traditionnels des partenaires dans la relation médicale.



"Egalitarisme" confus entre les différents partenaires, où tout le monde est dit habilité et capable de tout faire...

Responsabilité entière (en solitaire) de l'individu devant la santé et la maladie.



Sens de responsabilité personnelle quant au maintien et à la promotion de la santé, dans le cadre d'un système protégeant l'individu contre l'essentiel des conséquences économiques et sociales de la maladie.

Dépendance pratiquement complète de l'individu vis-à-vis de structures collectives.

Summary

Health education, health policy and development

Notes brought back from the Ottawa Conference (August-September 1976)

This paper presents briefly the highlights of the IXth International Conference on Health Education, organized in Ottawa under the auspices of the International Union of Health Education, and discusses some of the issues which are to be faced at this time in this field.

Among the problems addressed by the various keynote speakers, among whom was the Canadian Minister of National Health and Welfare, Marc Lalonde (known for his provocative enough 1974 Working document "A New Perspective on the Health of Canadians"), one might note in particular:

- the importance of individual responsibility in maintaining/promoting health and coping with disease
- the issue of how much it is *necessary* that the Government intervenes in health care and health education of the public and how much it is *desirable* that it do so
- the need to relate the objectives and methods in health manpower training with the community socio-economic goals
- the growing emphasis put on the participation of people in the policymaking, planning, implementation and evaluation of health services
- the slowness and delay with which health systems, under present circumstances, undergo the necessary adaptation to the changing needs of society; one of the severe problems in this respect is the adoption of predominantly Western models of training and services in countries with health and socio-economic conditions very different from those of the Western world
- the need to realize that an improvement of today's unsatisfactory situation requires a change in our "way of looking at things" more than it does require new technology.

The author then discusses a few issues of timely interest, in Switzerland for example:

- the definition of the respective responsibilities and roles, in health education, of professional health educators and/vs. other categories of health personnel. In a number of Western European countries, there hardly are any specialized health educators; it is suggested that they are necessary to assist in the planning, management and evaluation of health education components in health programmes, as well as to participate in the training of practically all types of health personnel. But it would seem that health education of the public should be done primarily by "front line" workers (doctors, nurses, nurse-midwives, health inspectors, etc.).

- Health education cannot remain limited to traditional "hygiene counseling". It needs to go beyond the health system itself and address health-related problems, the origin of which lies in other sectors of socio-economic life. Increasing accent is put nowadays on the *non-medical determinants* of health and disease. It is essential in this respect to put more effort into influencing (educating) the relevant responsible groups, public and private, notably policymakers, industrialists, businessmen.

- Participation of the patients (present and potential, i.e. the whole community) must be sought much more actively.

Finally, the principles agreed upon in Ottawa by the I.U.H.E. for its action over the next years are mentioned. They go very much along the lines discussed above, including a "new dimension of the concept of health" (the accent being put on health as balance, harmony, adaptation) and the need for health education to be a multidisciplinary and multisectorial endeavour. Four continua along which an adequate equilibrium must be reached in this respect are presented in a tabular form.

The Xth International Conference on Health Education will be held in London in September 1979, on the theme "Health education in action: Achievements and priorities".

Références:

- [1] Djukanovic, V., et Mach, E. P. (1975). *Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- [2] *Fonds national suisse de la recherche scientifique* (1976). Programme national de recherche: Prévention des maladies cardiovasculaires. *Bull. Méd. Suisses*, No 18, 622–623.
- [3] Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Gouvernement du Canada. Ottawa, avril 1974.
- [4] Mahler, H., (1975a). Health – A Demystification of Medical Technology. *Lancet*, 829–833, 1 November 1975.
- [5] Mahler, H., (1975b). La santé pour tous en l'an 2000 – *Chronique OMS*, 29, 499–504, Décembre 1975.
- [6] Simmons, J. (ed.). Making Health Education Work (1975). *American Journal of Public Health*, 65, Supplement, 49 pp., October 1975.
- [7] Nef, P. (1976). Aux médecins d'aujourd'hui – Jakob Laurenz Sonderegger, 1825–1896. *Bull. Méd. Suisses*, no 32, 1101–1104.
- [8] *Revue Internationale d'Education pour la Santé* (1975). Le programme scientifique de la Conférence d'Ottawa. 18, No 4, 214–218.