

Résumé

La progression de l'éducation pour la santé (EPS) implique l'existence d'une formation spécifique. Malgré des obligations légales, la formation initiale en EPS pour les professionnels de santé est faiblement investie en France.

Après une phase pilote, une enquête nationale explorant les enseignements en EPS a été réalisée par téléphone en 2005. Elle a porté sur 527 établissements de formation initiale de dix professions de santé (diététiciens, puéricultrices, sages-femmes, médecins, pharmaciens, dentistes, cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes, podologues et infirmiers).

Parmi eux, 79 % ont répondu et 60 % proposent des enseignements spécifiques en EPS. Les principales approches pédagogiques qu'ils utilisent sont les cours magistraux (93 %) et les travaux dirigés (78 %). Ces enseignements, le plus souvent évalués (70 %), traitent principalement des enjeux de l'EPS (96 %) et des déterminants de santé (91 %).

Les facteurs qui favorisent la mise en place des enseignements en EPS sont leur inscription dans le programme officiel des formations (49 %) et le fait qu'ils relèvent de la mission des professionnels de santé (26 %). Deux contraintes majeures limitent leur extension : la surcharge des programmes (75 %) et un déficit de formation des enseignants (49 %).

Les résultats de cette enquête constituent une aide pour le développement de la formation en EPS et ils pourront servir de référence à des fins évaluatives.

État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France

Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé

JÉRÔME FOUCAUD, MARIE-JOSÉE MOQUET, FLORENCE ROSTAN, EMMANUELLE HAMEL, ANNICK FAYARD, DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, INPES

AVEC LA CONTRIBUTION DE :

JACQUES BURY, AGENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET L'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ, ADSAN, GENÈVE

INTRODUCTION

L'intérêt pour développer la formation en éducation pour la santé (EPS) et en éducation thérapeutique du patient (ETP) est de plus en plus marqué au sein du système de santé. Ce développement a fait l'objet de différentes recommandations nationales et internationales (Sandrin-Berthon, 2002; OMS, 1998).

Le nombre d'étudiants qui chaque année en France devraient bénéficier de cet enseignement dans les formations du secteur sanitaire, social et éducatif est estimé à 250 000 (Grenat, 2006; Ferneti, 2007; ministère de l'Éducation nationale, 2007). Bien que la formation en EPS soit une obligation légale pour de nombreux professionnels, son enseignement apparaît variable quelles que soient les filières concernées. Dès 1992, l'étude de Lallemand et Jourdain, menée auprès de professionnels du secteur sanitaire et social, montrait à partir d'un échantillon de 217 établissements de formation, que seulement 35 % proposaient des cours spécifiques en éducation pour la santé. De plus, une majorité de répondants avait beaucoup de difficultés à identifier la place consacrée à ce type d'enseignement, souvent abordé lors d'autres matières. Plus récemment, l'étude de Jourdan *et al.* (2004), réalisée auprès des instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM), a mis en évidence une variation importante des modalités pédagogiques et des temps de formation en éducation pour la santé. De même, les auteurs ont souligné la diversité des entrées thématiques pour développer l'EPS dans la formation, confortant ainsi les constats des études de Brucker (1994) et de Jourdan et Victor (1998). Les conclusions de ces travaux vont dans le sens de celles de l'enquête qualitative de Sandrin-Berthon (2002) réalisée auprès de différentes professions du secteur sanitaire et social ou encore de celle de Justumus *et al.* (2000), réalisée auprès de

100 instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi). Ces travaux, bien qu'apportant des éléments d'information intéressants sur les modalités d'enseignement de l'EPS auprès des professionnels - notamment des professionnels de santé - ne sont pas assez complets pour donner une image précise et actualisée de ces pratiques dans l'ensemble des structures de formation initiale. L'Inpes a donc réalisé un état des lieux de la formation en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient auprès des structures de formation initiale des diététiciens, des puéricultrices, des sages-femmes, des médecins, des pharmaciens, des dentistes, des cadres de santé, des masseurs-kinésithérapeutes, des podologues et des infirmiers.

Cet article en présente les principaux résultats pour le volet EPS. Ils seront exposés en distinguant d'une part les structures ayant intégré un enseignement spécifique en éducation pour la santé (sous forme de modules ou d'heures de cours) et d'autre part celles qui traitent de notions d'EPS lors d'enseignements thématiques (par exemple un cours sur la nutrition programmé dans un module de diabétologie).

POPULATION ET MÉTHODE

À partir des différents fichiers disponibles, 568 structures de formation initiale ont été recensées (en France et dans les DOM-TOM) pour les dix professions retenues. Les structures de formation de la région Nord - Pas-de-Calais, qui avaient fait l'objet d'une enquête similaire, n'ont pas été incluses et celles des aides-soignants ont été exclues pour une question de faisabilité.

Un questionnaire, unique pour toutes les professions, a permis une lecture globale et comparative des enseignements en EPS. Il proposait une majorité de questions ouvertes et était composé d'items sélectionnés dans la littérature (Lallement et Jourdain, 1992; Justumus, 2000) ou définis à partir des résultats d'une enquête pilote. Cette dernière a

été réalisée auprès de 20 structures afin de vérifier la compréhension des items du questionnaire, leur pertinence d'enchaînement et de permettre d'introduire des questions fermées. Un courrier de présentation de l'enquête a ensuite été adressé aux structures, qui ont aussi été invitées à désigner un référent « répondant ». Le recueil des données, réalisé en 2005, a été confié à la société BVA. Il s'est fait par téléphone sur la base de 35 questions permettant d'explorer l'organisation, le contenu et les ressources pour l'enseignement en EPS, mais aussi les entraves et les appuis à son développement. Les télé-enquêteurs ont contacté chacune des structures identifiées, le nombre maximum de rappels étant fixé à 30. Les structures n'ayant pas communiqué les coordonnées d'un référent ont également été appelées. Les données recueillies ont été traitées dans le cadre d'une analyse descriptive.

RÉSULTATS

Un fort taux de réponse des établissements

Sur 568 structures de formation identifiées, 527 ont été interrogées, 415 ont répondu, soit un taux de 79 %. Le **tableau 1**, qui présente la répartition des répondants par type de structures, montre que certains ont davantage participé à l'enquête que d'autres. En effet, la quasi-totalité des écoles de puéricultrices, de sages-femmes ou de cadres de santé ont répondu, alors que c'est le cas de moins d'une faculté de médecine sur deux. On peut faire un constat similaire pour les instituts de formation des podologues (un sur deux) ou les facultés de pharmacie (un peu plus d'un sur deux).

On relève que 265 structures, soit 63 % intègrent dans leur programme de formation au moins un enseignement spécifique en EPS et que 129 n'en proposent pas [**tableau 1**]. De plus, 21 structures ont mis en place une formation continue en EPS, la plupart du temps dans le cadre de formations en santé publique.

Tableau 1. Répartition des structures proposant un enseignement spécifique en EPS, par rapport au nombre de répondants

Type de structures de formations	Nombre de structures		
	Enquêtées	Répondantes	Ayant un enseignement spécifique (%)
Écoles de diététiciens	24	16	5 (31)
Écoles de puériculture	30	27	24 (89)
Écoles de sages-femmes	30	27	13 (52)
Facultés de médecine	41	19	8 (42)
Facultés d'odontologie	16	12	7 (41)
Facultés de pharmacie	23	13	6 (46)
Instituts de formation de cadres de santé	30	27	12 (44)
Instituts de formation de masso-kinésithérapie	30	26	15 (57)
Instituts de formation des podologues	10	5	2 (40)
Instituts de formation en soins infirmiers	293	243	173 (71)
Total	527	415	265 (63)

Les enseignements spécifiques en EPS : organisation et ressources

Volume horaire

Les enseignements spécifiques en EPS sont obligatoires dans la grande majorité des établissements qui les ont mis en place. Tout au long des cursus, entre 50 et 75 heures en moyenne¹ leurs sont consacrées [graphique 1].

Pédagogie

Dans respectivement 93 % et 83 % des établissements, les enseignements spécifiques sont dispensés sous forme de cours magistraux et de travaux dirigés. Un peu plus de la moitié des structures (56 %) demandent la réalisation d'un stage au sein d'une institution faisant de l'éducation pour la santé. Dans 11 % d'entre elles, il est exigé que l'EPS fasse l'objet d'une mise en situation (par exemple l'élaboration d'un projet) et 3 % demandent la rédaction d'un rapport.

La répartition des pratiques pédagogiques observée est la suivante : la moitié des structures (49 %) s'appuient sur des cours magistraux, des travaux dirigés et des stages et 7 % ont recours à quatre pratiques : cours magistraux, travaux en petits groupes, stage et mise en situation pratique. Enfin, 13 % ne dispensent que des cours magistraux.

Modalités d'évaluation

Une évaluation des acquis en EPS existe dans 98 % des structures. L'examen écrit « sur table » est utilisé par la majorité d'entre elles (70 %). Un peu moins de la moitié ont mis en place un examen oral (47 %) ou un contrôle continu qui peut prendre différentes formes (41 %).

Enseignement et partenariat

Un peu plus de la moitié des structures (54 %) ont élaboré l'enseignement spécifique en EPS en partenariat avec une structure telle qu'un comité régional ou départemental d'éducation pour la santé (60 %), un hôpital (40 %), une association de patients (33 %). Certaines structures ont développé des partenariats avec un établissement scolaire (29 %), une administration sanitaire et sociale (11 %), un service de la ville (5 %).

Ressources documentaires

Parmi les structures proposant des enseignements spécifiques en EPS, 62 % mettent à la disposition des étudiants un fonds documentaire sur ce thème.

Rattachement et qualification des intervenants

Les enseignements en EPS sont dispensés aussi bien par des formateurs affiliés à la structure elle-même que par des intervenants extérieurs. Dans 74 % des structures disposant d'enseignements spécifiques, il est fait appel à ces deux types de professionnels, 17 % emploient exclusivement leurs formateurs et 9 % s'appuient uniquement sur des professionnels externes. Moins de la moitié des formateurs des structures (43 %) possèdent une formation en EPS, obtenue principalement par une formation en santé publique.

Les professionnels les plus représentés parmi les intervenants extérieurs sont issus du corps médical (environ 70 %).

Les associations de patients interviennent dans moins de la moitié des structures (42 %). Des professionnels du champ du social et des universitaires (en psychologie et sociologie très majoritairement) sont sollicités par respectivement 24 et 18 % des structures.

Thématiques enseignées

Les notions les plus couramment traitées dans les enseignements consacrés exclusivement à l'EPS sont : les enjeux de l'éducation pour la santé (96 %), les déterminants de santé (91 %), les conceptions et représentations de la santé (86 %), les grands thèmes de santé (83 %). La santé par milieu de vie est abordée dans environ 70 % des structures. Les méthodes et techniques d'intervention en EPS, les modèles et théories en EPS sont proposés dans seulement 60 % des structures.

Les enseignements non spécifiques en EPS

Cent vingt-neuf structures (31 %) ne dispensent pas d'enseignement consacré exclusivement à l'EPS. Cependant, parmi elles, 86 % l'abordent tout de même dans d'autres cours.

Plus des trois quarts des établissements proposant des enseignements spécifiques en EPS (86 %) traitent également de certaines notions d'EPS dans d'autres cours, notamment ceux ayant pour objet la santé publique (91 %), les addictions (82 %), la nutrition et diététique (80 %), la sexualité et la contraception (76 %), l'hygiène hospitalière (75 %) ou encore les accidents et handicaps (72 %).

Insertion dans le cursus

Parmi les établissements intégrant des notions d'EPS dans certains cours, une majorité (88 %) le fait dans les modules concernant la santé publique, la nutrition et la diététique (78 %), les addictions (78 %).

Thématiques enseignées

Trois notions du domaine de l'EPS sont majoritairement étudiées dans les cours proposés par plus de 80 % de ces structures : les déterminants de la santé (87 %), les grands concepts en éducation pour la santé (83 %), la santé par population (81 %).

Facteurs de développement de l'enseignement en EPS

Structures dispensant des enseignements spécifiques

Les principaux moteurs de la mise en place d'enseignements spécifiques en EPS sont l'inscription de ce champ dans le programme officiel des formations (49 %) et la nécessité de cet apprentissage pour exercer une profession de santé (26 %). L'évolution des métiers de la santé vers la prévention (22 %), l'intérêt des équipes pour ces questions (15 %) et l'incitation externe *via* des partenariats (9 %) favorisent également le développement de l'EPS.

Plus de la moitié de ces structures (69 %) souhaitent développer davantage cette matière au sein de leur formation. Les structures demandent en priorité des formations pour développer les compétences de leurs

enseignants (33 %). Elles veulent également pouvoir disposer de supports d'enseignements (20 %) et sont à la recherche de partenariats avec des structures ressources (16 %). D'autres attentes sont exprimées : pouvoir s'appuyer sur une bibliographie de référence, pouvoir participer à des séminaires entre enseignants ou encore disposer de modules types (besoins cités respectivement par 15 %, 10 % et 8 % des structures).

Structures sans enseignement spécifique

Plus de la moitié des établissements n'ayant pas mis en place d'enseignement spécifique (61 %) souhaiteraient le faire. Selon eux, il subsiste deux contraintes majeures qui s'y opposent : d'une part, leur programme de formation déjà surchargé (75 %); d'autre part le manque de formation de leurs propres enseignants en EPS (49 %). Par ailleurs, plus d'un tiers déplorent l'insuffisance des moyens financiers et matériels consacrés au développement de l'EPS (39 %). Enfin, 24 % des structures considèrent que l'EPS ne fait pas partie du programme officiel de formation.

Parmi les facteurs susceptibles de favoriser la mise en place d'enseignements en EPS, l'enquête révèle que la mise à disposition de supports de cours est une attente importante (21 %). Quatre demandes reviennent aussi fréquemment : encourager les partenariats avec des structures ressources comme les comités d'éducation pour la santé, disposer d'une bibliographie, organiser des séminaires d'échanges entre enseignants et enfin développer les formations à destination des enseignants (citées respectivement par 15 %, 10 %, 9 % et 9 % des structures interrogées).

DISCUSSION

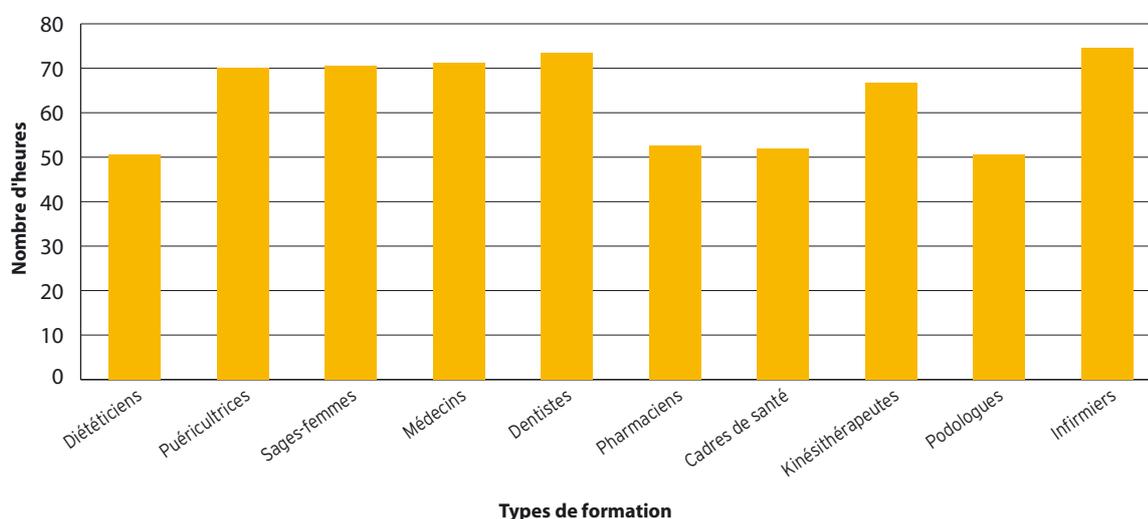
Le choix d'avoir distingué l'éducation pour la santé de l'éducation thérapeutique du patient peut être questionné. En effet, l'éducation pour la santé et

l'éducation thérapeutique du patient sont liées et partagent un même but : l'amélioration de la santé chez les individus. Elles visent le développement de connaissances et de compétences en vue de favoriser une attitude favorable à la santé, qualifiée de « citoyenneté de santé » dans un cas et de « patient compétent » dans un autre. Cependant, elles diffèrent par leur cible, leurs objectifs spécifiques, leurs stratégies. Il est donc légitime de considérer qu'elles puissent donner lieu à un enseignement commun de sensibilisation mais aussi à des formations méthodologiques, techniques et conceptuelles spécifiques qui intéressent particulièrement notre travail.

La présentation des résultats toutes formations confondues donne une vue d'ensemble des pratiques d'enseignement en EPS. Elle repose sur le choix d'un questionnaire unique pour les dix professions sélectionnées, ce qui permet une lecture globale et comparative des enseignements dans ces différentes formations initiales mais présente pour inconvénient de ne pas tenir compte des spécificités de chacune des formations.

L'enquête porte sur un échantillon très important. Le taux de répondants est particulièrement élevé, comparé à ce qui peut être observé dans d'autres types d'enquêtes (Lallement et Jourdain, 1992), dont le taux de réponses avoisinait les 30 %. Ce constat semble témoigner de l'intérêt grandissant des acteurs de formation pour l'éducation pour la santé. Cette forte mobilisation globale contraste avec le faible nombre de répondants constaté pour les facultés de médecine, en dépit d'une relance particulière vers cette population. Ce résultat s'explique sans doute par la complexité de l'intégration de l'EPS dans l'organisation des études médicales, qui durent au moins huit ans et au cours desquelles il est difficile de savoir exactement qui traite de quel sujet et à quel moment. Il reflète aussi la difficile intégration du concept d'EPS dans la culture médicale, principalement fondée sur le soin (D'Ivernois et Gagnayre, 2004).

Graphique 1 - Nombre d'heures d'enseignement en EPS



Comparativement à ce qu'ont rapporté Lallement et Jourdain (1992), les enseignements en éducation pour la santé apparaissent davantage visibles dans les cursus de formation analysés dans ce travail. En effet, ces auteurs soulignaient que les enseignements dans ce champ étaient abordés exclusivement au travers d'autres cours.

Les temps consacrés aux enseignements spécifiques en EPS apparaissent assez similaires pour l'ensemble des professions, contrairement aux résultats de l'enquête de Lallement et Jourdain (1992) et de Sandrin-Berthon (2002) qui montraient de fortes disparités entre les professions. Cette divergence semble due à la présentation de nos résultats sous forme de moyenne, comme le confirme l'analyse des écarts types des moyennes profession par profession (Foucaud *et al.*, 2006).

Les résultats de l'enquête indiquent que les contenus examinés en EPS sont multiples, confortant ainsi les conclusions d'autres auteurs (Lallement et Jourdain, 1992; Sandrin-Berthon, 2002). Ce constat est le reflet de la construction du corpus de l'EPS, qui s'est faite à partir des apports d'un grand nombre de disciplines, notamment la santé publique, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, les sciences de l'éducation et de la communication. Il va dans le sens de l'approche multiréférentielle prônée dans la formation en éducation en général (Jeannel, 1998) et plus particulièrement en éducation pour la santé (Bury, 1989; Sandrin-Berthon, 2000; Eymard, 2006). L'éducation pour la santé couvre un champ de pratiques qui vont de l'information à l'acquisition de compétences dans le champ de la santé et qui concernent essentiellement « l'empowerment » des personnes, tout autant comme citoyens, usagers des services de santé ou patients.

Néanmoins, les contenus majoritairement relevés dans les formations initiales ne reflètent pas pleinement les compétences attendues de ces professionnels en EPS, telles qu'elles sont décrites dans le Plan national d'éducation pour la santé (PNEPS, 2001). Ils portent davantage sur des concepts plutôt que sur des techniques et des modalités pédagogiques alors que l'EPS relève surtout de la pratique.

Concernant les modalités pédagogiques de ces formations, on observe que le cours magistral reste majoritairement utilisé, ce qui illustre bien la primauté du modèle de l'instruction par rapport au modèle de l'éducation (OMS, 1998). Bien que très utilisée, cette méthode d'enseignement apparaît de plus en plus combinée avec d'autres, notamment les travaux en petits groupes, contrairement à ce que l'on pouvait observer dans d'autres enquêtes (Lallement et Jourdain, 1992; Sandrin-Berthon, 2002). Aussi, ce résultat est-il encourageant pour la qualité des formations, dans la mesure où il est nécessaire d'enseigner l'éducation pour la santé comme elle se pratique, c'est-à-dire en se centrant sur les apprenants, en partant de ce qu'ils savent et de leurs représentations. À ce titre, les travaux en groupes restreints sont plus pertinents que les cours magistraux. Ils offrent pour les étudiants des

espaces d'échange entre pairs et avec les enseignants, favorisant ainsi la construction de leurs apprentissages et l'évolution progressive de leurs représentations. L'objectif est aussi d'opérer une rupture par rapport au modèle transmissif, modèle que les soignants vont avoir tendance à reproduire dans leurs démarches éducatives avec les patients.

Les méthodes proposées pour évaluer les résultats des enseignements relèvent globalement de l'évaluation sommative. Cette approche devrait sans doute être reconsidérée. En effet, comme le rappelle Vial (2001), la validation d'acquis reposant sur un contrôle des connaissances favorise les attitudes de bachotage au détriment de celles d'écoute, de réflexion et de questionnement, toutes trois nécessaires au développement d'une posture éducative.

Enfin, cette enquête a permis de pointer certaines entraves mais aussi d'identifier certaines aides au développement de ces enseignements. Ces dernières constituent autant de pistes d'action à explorer. La surcharge des programmes reste un obstacle non négligeable. En effet, la suppression de certaines parties de programmes pour les remplacer par d'autres est difficile dans le système d'enseignement français (Schwartz, 1988). Pour leur formation, les enseignants souhaitent pouvoir bénéficier de dispositifs dont les modalités devront tenir compte de leur activité professionnelle. Leurs attentes concernent aussi des ressources et des outils diversifiés ainsi qu'une meilleure lisibilité de ce type d'enseignement dans les programmes officiels. À ce titre, la mission de l'Inpes d'établir « les programmes de formation à l'éducation à la santé » selon des modalités définies par le décret n° 2006-57 du 16 janvier 2006, permettra d'apporter une réponse concrète. Une première étape de ce travail, débuté en janvier 2008, sera la clarification des compétences attendues de ces professionnels en éducation pour la santé. Ce dispositif sur la formation permettra de réaffirmer la place de cet enseignement dans les formations.

CONCLUSION

Notre enquête a permis d'établir un état des lieux de l'enseignement en éducation pour la santé dans la formation initiale des principaux professionnels de santé et d'identifier plusieurs axes de développement de cet enseignement. Ses résultats suggèrent que toute évolution de la formation en éducation pour la santé devra porter sur la définition des contenus d'enseignement ainsi que sur les formes pédagogiques les plus adéquates pour les aborder. À ce titre, cette étude pourra contribuer à l'élaboration des programmes de formation en EPS, travail engagé par le comité consultatif récemment constitué. En complément de ce travail, il serait souhaitable de pouvoir disposer d'une analyse plus fine des démarches pédagogiques. Cette dernière pourrait être obtenue par une étude qualitative reposant sur l'observation de l'acte pédagogique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Barthélémy L., Cloart L., Ferron C., Goudet B., Lapostolle-Dangreux C., Le Grand E., Perrot M. *Formations en éducation pour la santé. Repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques*, Vanves: éditions CFES, 2000, 53 p.
2. Bury J. *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planification*. Bruxelles: De Boeck, 1988, 235 p.
3. Brucker G. *L'éducation à la santé et la formation initiale des futurs enseignants des écoles, collèges et lycées*. Paris: DGES, 1994.
4. D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Approche pédagogique. 2^e édition, Paris: édition Vigot, 2004, 155 p.
5. Eymard C. *Formation par la recherche et relation éducative en santé*. Pédagogie médicale, 2006; 7: 155-64.
6. Foucaud J., Rostan F., Moquet M.-J., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France*. Résultats d'une enquête nationale descriptive, 2006, 48 p. www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/Enquete_formation_ETP.pdf (dernière consultation le 18 février 2008)
7. Ferneti C. *La formation aux professions de la santé en 2006*, Série Statistiques. Drees, 2007, 118, 1-9.
8. Grenat P. *Les étudiants et les diplômés des formations aux professions sociales de 1985 à 2004, Études et résultats*. Drees, 2006, 513, 1-7.
9. Jeannel A. *L'enseignement universitaire: un statut d'enseignant chercheur, une demande sociale des politiques, un public d'étudiant*. In Jeannel A., Martinez J.-P., Boutin G. *Les recherches enseignées en espace francophone*. Bordeaux: Presse de l'université de Bordeaux 2, 1998; 11-36.
10. Justumus M., Gagnayre R., D'Ivernois J.-F. *L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les Instituts de formation en soins infirmiers français*. Bulletin d'éducation du patient. 2000, 19, 3, p. 153-162.
11. Jourdan D., Victor P. *La formation des enseignants du primaire en éducation à la santé dans les IUFM: enjeux et obstacles*. Revue recherche et formation, INRP, 1998, 28, p. 29-46.
12. Jourdan D., De Perreti C., Victor P., Motta D., Berger D., Cogérino G., Marzin P. *La formation des enseignants en IUFM: état des lieux et perspectives*. In D. Jourdan. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse: éditions universitaires de Sud, 2004, 189-201.
13. Lallement A.-M., Jourdain A. *Un état des lieux de la formation en éducation pour la santé en France: résultats d'une enquête*. Rennes: ENSP, 1992, 151 p.
14. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicaps. *Plan national d'éducation pour la santé*, 2001, [réf du 8 juillet 2004], 22 p. www.sante.gouv.fr
15. Ministère de l'Éducation nationale, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. Note d'information 38, 2007, [réf du 21 janvier 2008], 7 p. www.education.gouv.fr
16. World Health Organization (OMS). *Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. Copenhague: World Health Organization, 1998, 88 p.
17. Sandrin-Berthon B. *Éducation pour la santé, éducation thérapeutique: quelles formations en France? État des lieux et recommandations*. Rapport non publié, établi à la demande du ministre délégué à la Santé, 2002, 85 p.
18. Sandrin-Berthon B. *Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine?* In B. Sandrin-Berthon, *L'éducation du patient au secours de ma médecine*. Paris: PUF, 2000, p. 7-41.
19. Vial M. *Se former pour évaluer. Se donner une problématique et élaborer des concepts*. Bruxelles: De Boeck, 2001, 280 p.
20. Schwartz B. *Éducation permanente et formation des adultes: évolution des pratiques, évolution des concepts*. L'éducation permanente, 1988, 92, 17-33.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier les personnes qui ont bien voulu répondre à cette enquête ainsi que celles qui ont contribué à sa réalisation: Pierre Arwidson, Hélène Bourdessoil, Aude de Calan, Loïc Cloart, René Demeulemeester, Michel Dépinoy, Cécile Fournier, Christine Gilles, Alain Jourdain, Alain Jeannel, Emmanuelle Le Lay, Catherine Lavielle, Annie-Claude Marchand, Jeannine Pommier, Jean-Louis San Marco, Isabelle Vincent, Andréa Limbourg.

¹ Les données relatives aux heures d'enseignement correspondent à une moyenne horaire annuelle.

Summary

The development of the health education implies the availability of a specific training offer. Despite the legal obligations, the supply of first degree training in health education dedicated for healthcare professionals is poorly known in France. After a pilot phase, a national survey exploring the health education training programmes was conducted.

The survey has focused on 527 first degree training institutions for 10 health professions (dietiticians, pediatric nurses, midwives, physicians, pharmacists, dentists, "cadres de santé" health administrators, physiotherapists, chiropractors and nurses).

79% of the institutions answered the survey. 60% offer specific training on health education. The two main forms are teaching courses class (93%) and tutorials (78%). These training are generally 70% are assessed. The main topics addressed are the health education challenges (96%) and the determinants of health (91%). The factors promoting the establishment of these programmes are the registration incorporation in the official training's program (49%) and their usefulness to practice a health profession (26%). There are two major constraints: the overload of the training programmes (75%) and a lack of training for the teachers themselves (49%).

The knowledge of the characteristics of the health education training is vital to the implementation of its development. These results represent a reference to evaluating the strategies of development of the health education training offers.