



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2003 –

**L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DU PATIENT : DE
L'INTENTION INDIVIDUELLE A LA MISE UN
ŒUVRE D'UN PROJET ?**

– Groupe n° 11 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 8 élèves en formation initiale

Animateur/trice(s)

– ***PALICOT Anne-Marie***

– ***PRAT Marie***

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODOLOGIE.....	2
DÉLIMITATION DU CHAMP D'ÉTUDE :	2
APPORT DES EXPÉRIENCES DE TERRAIN	3
1) L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DU PATIENT : VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	4
1-1) APPROCHE HISTORIQUE.....	4
1-1-1) <i>Du XVI^{ème} au XIX^e siècle : de la construction de la santé publique aux prémices d'une éducation pour la santé.....</i>	4
1-1-2) <i>Le XX^{ème} siècle ou la construction institutionnelle</i>	6
1-2) ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE CULTURE EN SANTÉ	9
1-2-1) <i>L'évolution du rôle des patients.....</i>	9
1-2-2) <i>L'évolution du rôle des soignants.....</i>	10
1-2-3) <i>L'évolution de la prise en charge</i>	12
2) L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DU PATIENT : LA CONCRÉTISATION D'UNE IDÉE.....	14
2-1) L'ANALYSE DE TERRAIN SOULIGNE LA MULTIPLICITÉ DES ACTIONS ENTREPRISES EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	14
2-1-1) <i>La démarche pédagogique retenue conditionne la réussite ou l'échec des actions.....</i>	14
2-1-2) <i>Malgré une reconnaissance dans son principe, le recours à la formation en éducation pour la santé du patient demeure encore embryonnaire</i>	15
2-1-3) <i>Les modalités de fonctionnement des projets implique un partenariat élargi.....</i>	17
2-1-4) <i>L'élaboration d'un cadre méthodologique constitue une étape essentielle dans la mise en place des projets.....</i>	17
2-1-5) <i>La recherche des moyens financiers constitue un préalable à la pérennisation des actions.....</i>	19

2-2)	L'ANALYSE DE TERRAIN PERMET DE DÉGAGER UN ENSEMBLE DE PROPOSITIONS POUR FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS ÉDUCATIFS.....	20
2-2-1)	<i>Dégager des objectifs clairs et identifier les besoins.....</i>	20
2-2-2)	<i>Trouver les moyens humains et financiers nécessaires.....</i>	21
2-2-3)	<i>Intéresser les professionnels aux pratiques éducatives</i>	22
2-2-4)	<i>Développer le partenariat</i>	23
2-2-5)	<i>Utiliser les outils de communication appropriés</i>	23
2-2-6)	<i>Évaluer les actions entreprises</i>	24
CONCLUSION		25
BIBLIOGRAPHIE.....		27
Liste des annexes		I
	<i>ANNEXE 1: Glossaire</i>	<i>II</i>
	<i>ANNEXE 2 : Charte d'Ottawa</i>	<i>X</i>
	<i>ANNEXE 3 : Charte de Budapest (1992).....</i>	<i>XVI</i>
	<i>ANNEXE 4: Déclaration de Vienne (OMS, 1997).....</i>	<i>XVIII</i>
	<i>ANNEXE 5 : Grille d'analyse des hôpitaux promoteurs de santé.....</i>	<i>XXI</i>

Remerciements

Nous tenons à remercier nos encadrantes, Mesdames PALICOT et PRAT, chargées de mission au CRES de Bretagne, pour leur soutien méthodologique et leur disponibilité.

Nous remercions également l'ensemble des acteurs de terrain qui ont bien voulu nous rencontrer et nous témoigner intérêt et écoute. Ils ont su nous faire profiter de leur expérience et du recul nécessaire à l'appréhension concrète de la mise en œuvre d'une politique de santé publique. A ce titre tous nos remerciements s'adressent à :

M. CAHEN, praticien hospitalier, chef du service de diabétologie du Centre hospitalier d'Argenteuil,

Mme CHANDEMERLE, infirmière diplômée d'État coordonnatrice du réseau Ville-Hôpital Sida du CHU Louis Mourier de Colombes

Mme COLMAR-MONTIEL, diabétologue au Centre hospitalier La Beauchée de St Brieux.

Mme CORBEAU, Médecin inspecteur de santé publique, chargée de mission au CRES de Montpellier,

M. CRENN-HERBERT, praticien hospitalier chef du service de gynécologie obstétrique au CHU Louis Mourier de Colombes

M. GRIMAUD, médecin inspecteur de Santé publique, membre de l'URML de Bretagne,

M. JOSEPH, Médecin inspecteur de santé publique à la DRASS de Bretagne

M. JOURDAIN, praticien hospitalier au Centre hospitalier de Pontoise, responsable de l'UTIC de Pontoise

Mme LEVASSEUR, médecin généraliste, maître de conférence associée de médecine générale à la faculté de médecine de l'Université de Rennes,

M. MALGA, praticien hospitalier, président du comité de conciliation au Centre hospitalier de Sisteron, président du Centre départemental de prévention de l'alcoolisme et des addictologies à Digne, adjoint à la Santé et aux affaires sociales à la mairie de Sisteron,

M. MARIE, Infirmier diplômé d'État membre de l'équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des usages de drogue au obstétrique au CHU Louis Mourier de Colombes

M. MITRANI, responsable de la boutique d'accueil des toxicomanes de Colombes gérée par l'association « Sida Paroles » ,

Mme MONOT, diététicienne au Centre hospitalier d'Argenteuil

Mme NELLO, diététicienne au Centre hospitalier d'Argenteuil

M. DE PARSCAU, pédiatre au département de pédiatrie et de génétique médicale au CHU Morvan de Brest, chargé de cours à la faculté de médecine à l'Université de Brest,
Mme VANDAELE, cadre supérieur de santé, responsable de la formation pédagogique à l'Institut de formation en soins infirmiers Daumezon de St André, professeur en éducation pour la santé.

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CH	Centre hospitalier
CHU/CHR	Centre hospitalier universitaire/ régional
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CME	Commission médicale d'établissement
CRS	Conférence régionale de santé
DESG	<i>Diabetes education study group</i>
DDASS/DRASS	Direction départementale/régionale des affaires sanitaires et sociales
EPS	Éducation pour la santé
EPSP	Éducation pour la santé du patient
EDP	Éducation du patient
INPES	Institut National de prévention et d'éducation en santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MIP	Module interprofessionnel
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRS	Programmes régionaux de santé
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux

« Le monde n'est pas humain pour avoir été fait par des hommes, et il ne devient pas humain parce que la voix humaine y résonne, mais seulement lorsqu'il est devenu un objet de dialogue. Quelque intensément que les choses du monde nous affectent, quelque profondément qu'elles puissent nous émouvoir et nous stimuler, elles ne deviennent humaines, qu'au moment où nous pouvons en débattre avec nos semblables. Nous humanisons ce qui se passe dans le monde en nous parlant. Et dans ce parler, nous apprenons à être humains. »

ARENDE H., *Vies politiques*, Paris, Gallimard, 1974, p. 34.

INTRODUCTION

Dans son acception courante, le terme «santé » reste fortement connoté par la dimension biomédicale et curative. La santé se définit alors comme l'absence de maladie. De fait, il est plus facile de caractériser des pathologies, que de définir la santé de manière plus globale, comme un état général de bien-être, tel que le fait l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Issue des chartes d'Ottawa (1986) et de Budapest (1992), l'« éducation pour la santé du patient » prend sa source au sein de cette approche globale. Conception novatrice, elle mérite d'être clairement définie. Du latin « *patiens* » (personne qui souffre d'une maladie identifiée) et « *ex ducere* » (action d'élévation par l'apprentissage), l'éducation pour la santé du patient permet à ce dernier de devenir acteur de sa santé.

Il convient de préciser pour éviter toute confusion que l'éducation pour la santé du patient n'est qu'un aspect de l'éducation pour la santé, notion plus large qui englobe également l'éducation thérapeutique. Alors que cette dernière est une démarche curative directement liée aux soins, l'éducation pour la santé du patient s'inscrit dans une perspective plus large d'amélioration globale de l'état de santé.

Cette distinction entre soins et santé se trouvait déjà dans la mythologie grecque, à travers les figures d'Hygié et Panacée, filles d'Asklépios, dieu de la santé, foudroyé pour avoir perturbé l'ordre des choses en ressuscitant les morts. Déesse des soins, Panacée avait une grande connaissance des produits extraits de la terre, des plantes et de leur usage. Sa sœur Hygié enseignait l'art de rester en bonne santé en vivant selon la raison et avec modération en toutes circonstances¹.

La séparation entre soins et santé perdure dans le monde contemporain. Toutefois, le développement des sciences et des techniques de soins a entraîné la prédominance de l'approche curative au détriment de l'approche éducative.

¹ Renaud M, 1994.

Néanmoins, face aux nouvelles représentations de la maladie, de la souffrance et de la mort, face aux exigences d'amélioration de la qualité de vie du patient malgré les impératifs économiques, certaines démarches éducatives originales s'affirment et s'intègrent à la démarche thérapeutique. Fondées sur la prise en charge globale du patient, elles poursuivent un objectif d'efficacité des actions de santé, et doivent être développées.

De l'intention individuelle à la mise en œuvre d'un projet, Il s'agit dès lors de définir les outils et les méthodes nécessaires à la réalisation d'une démarche cohérente en matière d'éducation pour la santé du patient.

L'analyse historique des évolutions en santé permet de mieux comprendre le caractère réellement novateur de l'éducation pour la santé du patient. La multiplicité des expériences développées sur le terrain nous a permis de dégager un ensemble de propositions destinées à encourager les initiatives en la matière.

METHODOLOGIE

Délimitation du champ d'étude :

Nous avons tout d'abord fait émerger un consensus sur le contenu et le sens du sujet après avoir pris connaissance du dossier documentaire préparé par nos encadrantes, et après avoir complété nos connaissances *a priori* sur l'éducation pour la santé du patient par des lectures et des recherches bibliographiques. Nous avons pu ainsi inscrire notre sujet dans un contexte à la fois institutionnel et de réflexion, et distinguer l'éducation pour la santé du patient de notions plus restrictives comme l'éducation thérapeutique ou l'inscrire dans des politiques plus larges comme la promotion de la santé.

Cette première étape nous a amenés à définir ensemble une problématique qui sert d'angle d'attaque général, afin d'intégrer la seconde dimension du sujet exprimée dans le sous-titre « de l'intention individuelle à la mise en place d'un projet », envisageant l'éducation pour la santé du patient non seulement comme une politique globale en milieu de soins mais comme un processus se déclinant en actions différenciées et organisées, mettant en jeu une méthodologie de projet. Cette double démarche, conduisant à cerner

le contenu et les enjeux du sujet, mais également à compléter notre culture en santé publique a été validée par nos encadrantes à l'issue de la première semaine.

Elle a débouché sur un troisième étape qui a consisté en l'élaboration d'une grille d'entretien, qui figure en annexe, afin de procéder au recueil de données auprès des acteurs de terrain. Notre choix s'est porté après comparaison entre les différents types d'entretiens sur le modèle de l'entretien semi-directif, qui permet de garantir une certaine souplesse dans la conduite de l'entretien, mais également un cadre minimal avec des thèmes structurés permettant de relancer l'entretien et de couvrir l'ensemble du champ de la réflexion.

Cette première phase théorique a ensuite débouché sur des rencontres avec des acteurs de terrain aussi divers que possible, impliqués dans cette démarche de l'éducation pour la santé du patient, afin d'enrichir et de modifier notre connaissance et de nourrir notre réflexion.

Apport des expériences de terrain

Nous avons été amenés à rencontrer des acteurs choisis pour leur implication à des titres divers dans cette politique d'éducation pour la santé du patient. Ce choix a été dicté par une volonté de diversité : il s'explique soit par le caractère innovant des politiques menées, qui fait de certaines structures de véritables sites «pilotes » dont l'expérience est citée fréquemment en exemple (hôpitaux de Dreux , Roubaix ou de Montpellier) mais également par l'existence de réseaux personnels noués au cours de stages hospitaliers et de l'inscription de certains hôpitaux dans un bassin de vie marqué par une population en grande précarité (Hôpitaux d'Argenteuil ou de Colombes). Pour cerner la culture des acteurs, nous avons également choisi de questionner des acteurs qui sont impliqués comme praticiens mais également formateurs de futurs praticiens. La rencontre des tutelles (DRASS de Bretagne) ou de médecins de santé publique représentants l'institution notamment par le biais de l'URML nous a conduits à mieux comprendre les enjeux généraux de notre sujet.

Ces rencontres ont donné lieu à des synthèses écrites qui nous ont permis au cours de la troisième semaine de mettre en commun l'information. Après validation de notre plan par nos encadrantes, nous avons rédigé un mémoire permettant de dégager les leçons de l'expérience et de formuler ainsi des propositions, en nous plaçant dans notre position de futurs professionnels de santé.

1) L'EDUCATION POUR LA SANTE DU PATIENT : VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

1-1) Approche historique

L'éducation à la santé, dans son acception sociétale et non familiale, relève d'un long processus dont les racines plongent jusqu'au XVI^{ème} siècle. Pour saisir dans sa globalité l'évolution de ce concept, ses objectifs, ses limites et ses enjeux, il convient de se pencher sur ses origines et son évolution.

Deux grandes périodes sont à distinguer : une première étape du XVI^{ème} siècle jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle correspond à la construction d'une culture de la santé autour de l'hygiénisme ; une deuxième étape au XX^{ème} siècle se caractérise par une construction institutionnelle du domaine de l'éducation pour la santé.

1-1-1) Du XVI^{ème} au XIX^e siècle : de la construction de la santé publique aux prémices d'une éducation pour la santé

Cette période est marquée par l'émergence de politiques de prévention face à la dépopulation française. Il s'agit pour des raisons politiques et notamment guerrières de lutter contre la dénatalité en France. Les inquiétudes générées sur l'état de la population se poursuivent de manière sensible jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, moment où les guerres de la Révolution et de l'Empire imposent de s'assurer une manne humaine. La démographie est alors devenue une question politique et se trouve au cœur des choix de société. Le discours sur la dénatalité reste une constante au XIX^{ème} siècle et même au XX^{ème} siècle. Il est alors toujours invoqué pour la mise en place des politiques sanitaires et de prévention.

Parallèlement à cette prise de conscience politique, les travaux de LAVOISIER mettent l'observation au cœur de la science. L'environnement (qualité de l'air particulièrement) et le milieu (habitat et conditions de travail) deviennent objet d'étude.

Dès 1701, le médecin Bernadini RAMAZZINI publie un Essai sur les maladies des artisans. Toutefois, les insuffisances thérapeutiques de la médecine ne permettent pas de guérir les phénomènes de santé observés. En conséquence, c'est tout naturellement que la médecine se tourne vers la prévention. Les premières campagnes de vaccination en

sont une bonne illustration (vaccination anti-variolique mise au point par le médecin anglais JENNER à la fin du XVIII^{ème} siècle). Ce mouvement préventif, encouragé par les pouvoirs publics, s'accompagne d'une professionnalisation de l'exercice médical qui pénètre au XIX^{ème} siècle le milieu rural pour supplanter progressivement la médecine locale traditionnelle (rebouteux et autres).

Au XIX^{ème} siècle, l'hygiénisme se met ainsi en place. Les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* paraissent pour la première fois en 1829. Précurseur d'une diffusion de la santé auprès des populations, ce courant de pensée résulte d'une volonté de maintenir la santé des populations pour des raisons économiques et militaires.

La révolution pasteurienne de la fin du XIX^{ème} siècle achève de conforter le mouvement hygiéniste et annonce une construction institutionnelle d'envergure au XX^{ème} siècle. Ainsi, les dispensaires sont créés dans les années 1880. Missionnés pour la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes, ils annoncent les dispensaires d'hygiène sociale de l'après seconde Guerre Mondiale et sont à l'origine de l'actuelle médecine de secteur. Les sanatoriums pour tuberculeux sont des lieux de soins mais aussi d'éducation où sont enseignées les règles d'hygiène. De même, des services et bureaux d'hygiène sont créés à Saint-Etienne dès les années 1880-1890.

Vers la fin de cette période émerge donc la notion de santé publique grâce aux politiques hygiénistes. Les premières mesures d'éducation pour la santé sont mises en place et des règles d'hygiènes sont dispensées avant le retour à domicile. Toutefois, ses limites sont patentées.

L'investissement de l'Etat est limité. Si les discours d'intention sont prononcés, le recours à l'initiative locale et à la charité privée pallient les carences d'une politique de santé publique balbutiante.

L'hygiénisme concentre presque exclusivement son action sur les lieux publics au détriment du domicile privé. Cela explique que les hôpitaux, alors gérés par des notables locaux, ne soient que très tardivement sensibilisés à ses idées. A la fin du XIX^{ème} siècle leur insalubrité est importante et une politique forte de subventions conditionnelles est nécessaire pour remédier lentement à ce problème.

Enfin, le plus grand défaut de l'hygiénisme tient dans son propre discours. Moralisateur et culpabilisant, il confond généralement fléaux sanitaires et fléaux sociaux. La stigmatisation des classes populaires et leur mise en accusation ne favorisent pas la transmission d'un discours issu d'autres horizons sociaux. Ce message unilatéral n'est pas intégré.

1-1-2) Le XX^{ème} siècle ou la construction institutionnelle

Au XX^{ème} siècle, la santé publique se dote d'un dispositif législatif et institutionnel. L'éducation pour la santé fait partie intégrante de ce processus et se décline en plusieurs aspects complémentaires :

Des réponses juridiques sont apportées avec la loi de 1902 sur la protection de la santé publique et, dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle avec des lois relevant de domaines d'action spécifiques. Il s'agit notamment de politiques de lutte contre des pratiques addictives : loi du 15 avril 1954 sur l'hospitalisation et la désintoxication des alcooliques dangereux, loi du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme, et loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Un dispositif législatif a également vu le jour en matière de risques épidémiologiques liés au Sida et à l'hépatite C. Des politiques plus générales ont été mises en place concernant la périnatalité, ou encore les IVG avec la loi du 17 janvier 1975.

La construction d'un secteur hospitalier performant est entreprise. Durant la seconde moitié du XX^{ème} siècle, l'hôpital évolue et se transforme pour devenir une véritable pierre angulaire du secteur curatif. L'ordonnance de 1958 institue le secteur hospitalo-universitaire et permet de concentrer recherche, formation et activités soignantes en un seul lieu. La réforme de 1970 instaure quant à elle la planification sanitaire pour équilibrer le maillage territorial de l'offre de soins.

Pourtant malgré des progrès indéniables, les VI^{ème} et VII^{ème} plans quinquennaux (1971-1975 ; 1976-1980) révèlent les limites du secteur curatif en général et de l'hôpital en particulier. Ils estiment en effet, que les progrès à attendre en matière de santé publique ne sont plus inhérents aux seules techniques de soins (le rapport coût/bénéfice devenant marginal, malgré des investissements financiers importants, ce que met en lumière le traitement des cancers), mais relèvent aussi des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ces deux axes sont d'ailleurs présentés comme un programme d'action prioritaire.

La structuration du domaine de l'éducation à la santé se poursuit. L'éducation pour la santé s'organise dans le champ de la santé publique. Sans toutefois remonter plus avant que la création de l'Office National d'Hygiène Sociale en 1924, il est intéressant de constater qu'à partir de 1945 le mouvement de structuration s'accélère. Entre la création du Centre National d'Education Sanitaire en 1945 et la création de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2002, les étapes furent nombreuses qui aidèrent à la construction de l'éducation à la santé en France.

Il est important de noter un accroissement significatif des moyens mis en œuvre dans le cadre des actions de politique d'éducation à la santé. L'enveloppe initiale de 2.5 millions de francs accordés au Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), créé en 1972, s'élève à plus de 350 millions de francs en 2001. De la même manière, l'influence territoriale de l'éducation à la santé se développe par une implantation des Comités Régionaux et Départementaux entre 1972 et 1981. Enfin, avec la loi EVIN de 1991, les actions d'éducation pour la santé s'inscrivent dans une recherche de globalité et de cohérence avec l'ensemble des acteurs et des politiques menées dans le domaine de la santé publique.

Des mesures tournées vers l'individu et la population s'engagent et annoncent l'ébauche d'une santé communautaire. Des mesures particulières sont prises à partir des années 1990 pour rapprocher santé et populations. Elles s'inscrivent dans la continuité de la planification sanitaire instituée en 1970.

Ainsi, dès 1995 les Conférences Régionales de Santé (CRS) se mettent en place et les Programmes Régionaux de Santé (PRS) se développent. Les objectifs affichés sont de recenser les besoins et les priorités en matière de santé au plus près des populations.

Sur la base de l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, la création des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) a pour objectif de répondre aux besoins des populations en situation de précarité et pour lesquelles les systèmes existants ont montré leurs insuffisances.

Enfin la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée un terrain fondamental à l'éducation du patient en instaurant l'information comme un droit (pour le patient) et un devoir (pour le soignant).

Ces mesures s'inscrivent dans un contexte international éminemment favorable. La conférence d'Alma-Ata en 1978 affirme « La santé pour tous en l'an 2000 » et replace la notion de santé dans un cadre général très vaste, remettant ainsi en cause le tout curatif. La charte d'Ottawa en 1986 définit la notion de santé publique, et la charte de Budapest en 1992 place les hôpitaux dans un cadre de promotion de la santé. Des objectifs leurs sont conférés qui tendent à « promouvoir la dignité humaine, (...) développer la qualité et le bien-être des patients, (...) Se focaliser sur la santé dans une approche holistique et pas uniquement sur l'aspect curatif, (...) utiliser les ressources de manière efficiente, (...) entretenir des collaborations étroites avec les autres niveaux des services de santé »².

² OMS, Déclaration de Vienne, 1997.

Cette construction institutionnelle s'est accompagnée d'une modification du discours éducatif prodigué aux populations ou aux patients. Si le message dispensé en 1972 est toujours à teneur informative et moralisatrice, il n'a plus rien à voir avec celui prodigué par les hygiénistes. L'injonction et les bonnes pratiques demeurent les références, mais l'accusation se tempère et se teinte de pédagogie.

La période de 1972 à 1982 inaugure un nouveau style, moins directif, tourné vers la responsabilisation et les comportements de l'individu.

La période de 1982 à 2003 met encore l'accent sur la responsabilité individuelle dans le cadre des comportements à risque, mais se tourne également vers l'implication collective. La prise en compte des groupes sociaux et des variables géographiques s'affirment. C'est donc à la fois une approche individualisée et globale qui est proposée.

Toutefois, si les pratiques en éducation pour la santé sont en 2003 bien acceptées, leur intégration dans un cursus professionnel, pourtant fondamentale, fait encore défaut. L'échec de l'instauration d'un grand corps de médecins de prévention, envisagé par le ministère de la santé en 1982, en est une claire illustration.

En définitive, si l'éducation pour la santé du patient semble trouver aujourd'hui une forme d'aboutissement et de reconnaissance, il ne faut pas oublier que le XIX^{ème} siècle était déjà porteur de ces concepts. Les principaux enjeux avancés par l'éducation pour la santé et la prévention sont en place dès 1870. L'intérêt déjà ancien porté à la santé des populations a donc imposé aux pouvoirs publics de prendre des mesures politiques et de s'appuyer sur le secteur curatif. Toutefois, les réponses actuelles diffèrent largement de celles apportées par le passé. Ce positionnement nouveau par rapport au secteur curatif témoigne de l'émergence d'une nouvelle culture en santé.

1-2) Émergence d'une nouvelle culture en santé

1-2-1) L'évolution du rôle des patients

Le patient a aujourd'hui un rôle actif : il n'est plus seulement objet mais aussi sujet du traitement. La loi du 4 mars 2002 est la traduction législative d'une telle évolution.

Le patient devient une force de proposition. La difficulté consiste à dépasser le besoin estimé par les professionnels pour faire émerger une demande exprimée des patients. Le patient peut ne pas avoir pris conscience de son état de santé, ou être résigné et vivre sa maladie comme une fatalité. Le but de toute éducation pour la santé du patient est d'accroître l'autonomie de celui-ci face à sa maladie, de créer autant que possible une volonté de vivre mieux et d'apprendre à considérer sa santé comme un capital.

Le concept d' « *empowerment* » développé dans la conception anglo-saxonne est à l'origine de l'éducation pour la santé. Il traduit le processus d'autonomisation du patient dans son rapport à la maladie. Mieux informé, mieux préparé et plus conscient de son état, il est à même de se comporter en tant qu'acteur à part entière de son traitement. Bien plus, le patient s'émancipe vis à vis des contraintes de sa maladie au quotidien : le manque de temps, d'argent, la solitude, le désintéressement et l'image négative de soi, la peur de la maladie... L'éducation pour la santé du patient vise donc à modifier les représentations que se fait le patient de sa maladie, en lui apprenant à mieux la gérer, à mieux se l'approprier, à mieux vivre avec. En matière de pathologies chroniques, cela suppose notamment une acceptation du diagnostic et de l'idée d'un suivi à plus ou moins long terme, avec des phénomènes possibles de lassitude face au traitement.

L'éducation pour la santé du patient repose sur une approche globale, qui ne se limite plus à la dimension organique pure. Le patient n'est plus circonscrit par sa maladie ou ses pratiques, mais pris en compte dans sa dimension psychologique, sociale, professionnelle, ethnique, religieuse, culturelle.

De plus, l'éducation pour la santé prend en compte l'évolution des besoins réels et des attentes ressenties du patient. Ces besoins évoluent tout au long du processus de prise en charge et sont liés à l'état de santé somatique et psychologique du patient, mais aussi au contexte environnemental dans lequel il évolue.

C'est pourquoi l'éducation pour la santé du patient insiste sur la prise en compte de toutes les caractéristiques, individuelles du patient, qu'elles soient liées à son identité (âge, sexe, nationalité), son activité (profession, loisirs), ses croyances (religions, valeurs).

L'exemple de l'adolescence est fréquemment cité comme période critique et délicate de la construction de soi, ce qui peut avoir des répercussions en matière de suivi médical, notamment concernant l'observance du traitement. En effet, comme ont pu le constater certains pédiatres de l'hôpital de Colombes, l'adolescent vit dans l'immédiateté et ne se projette que difficilement dans l'avenir. De plus il refuse souvent d'envisager son propre corps comme une limite à sa liberté. Ceci explique en partie l'accroissement des accidents corporels graves ou fatals entre 12 et 18 ans³.

Conséquence logique de l'ouverture de la démarche soignante au patient, ce dernier développe de nouvelles attentes. Le droit à une prise en charge de qualité qui lui est accordé, l'amène à être plus revendicatif. La judiciarisation de l'activité médicale en est le témoin le plus probant. Ce constat amène les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques en matière de communication. « L'information donnée par le médecin est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins, et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause, notamment d'accepter ou de refuser les actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique qui lui sont proposés. L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins⁴ ».

Toutefois, le risque encouru reste l'instauration d'une relation conflictuelle qui prendrait naissance avec la crispation du soignant autour de mécanismes de défense nuisibles à toute réelle tentative de communication. Il est donc nécessaire de repenser le rôle et la place du soignant au sein d'une démarche de soins renouvelée.

1-2-2) L'évolution du rôle des soignants

Cette nouvelle place du patient, véritablement acteur de sa propre santé au cœur du système de soins, entraîne une redéfinition du rôle, du positionnement professionnel et de la culture des soignants. En effet, le discours savant et les actes techniques ne suffisent plus à justifier leur action auprès du malade. Parfois, ce constat est en rupture totale avec l'image même que certains soignants se font de leur métier. La difficulté est alors de

³ Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO, 2001.

⁴ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES), mars 2000.

dépasser cette représentation savante de la profession et de développer une approche de vulgarisation. Le rôle d'écoute bienveillante du médecin est susceptible de créer un climat de participation active du patient, traduisant une certaine empathie au-delà du modèle biomédical.

Cette évolution peut engendrer un changement des rapports entre les différents acteurs de santé, où le lien hiérarchique est moins mis en avant et où l'autonomie des soignants est plus grande. De nombreux médecins craignent une perte de pouvoir en instaurant une relation éducative avec leur patient. La réalité démontre qu'il s'agit plutôt d'un déplacement du rôle du professionnel de santé dans la prise en charge globale du malade, notamment au sein des services hospitaliers. Correctement et soigneusement organisé, ce mouvement peut s'avérer être favorable à tous les partenaires, y compris le soignant, puisqu'il les conduit, ensemble, à la réussite d'un programme basé autour d'un objectif commun : le mieux-être du patient. Ces divergences d'appréciation au sein du corps médical reposent sur une différence de culture.

Par ailleurs, les rapports hiérarchiques au sein des équipes tendent à se rapprocher d'un modèle mettant l'accent sur la complémentarité et l'interdisciplinarité des professionnels. Ils sont de plus en plus appelés à exercer leurs compétences en réseau en développant des partenariats entre les professionnels libéraux et hospitaliers.

De plus en plus de médecins sont amenés par le biais du développement de l'éducation pour la santé du patient à travailler en équipe pluridisciplinaire et par conséquent à redéfinir la place qu'ils occupaient antérieurement. La pluralité des compétences reste au service du patient, ce qui est appliqué dans les centres d'accueil spécialisés, où se côtoient professionnels de santé et accompagnateurs de la prise en charge (tels que des psychologues), groupes de patients atteints de la même maladie. Ainsi, la rencontre de tous ces publics de façon périodique au service d'une même cause (comprendre et apprivoiser sa maladie), produit une émulation positive pour le patient.

Du fait de la nécessité d'envisager le patient dans sa globalité, un véritable dialogue entre soignant et patient s'instaure afin d'affiner le diagnostic et d'associer le patient à la définition des moyens les plus appropriés pour mettre en œuvre les recommandations de traitement ou de règles de vie.

1-2-3) L'évolution de la prise en charge

Instaurer une nouvelle relation entre le soignant et le soigné impose de trouver un équilibre délicat sans passer d'un rapport professionnel à un rapport affectif ni délivrer de discours purement moralisateur. Cette dernière exigence est d'autant plus difficile que l'on est tenté de penser que l'éducation pour la santé fait référence à certaines «normes sanitaires ». Or, s'il existe une norme sociale qui reflète les comportements admis en société pour faciliter l'intégration, la norme sanitaire ne peut pas être envisagée comme un guide des bonnes pratiques pour bien vivre en bonne santé. S'il existe des comportements à risques pouvant affecter le capital santé de l'individu, il est difficile de cautionner une attitude qui tendrait à exclure ceux qui s'écarteraient de la norme sanitaire, comme cela se fait en matière de norme sociale.

Certains professionnels sont réticents à s'engager dans une démarche d'éducation pour la santé car ils craignent une remise en cause de la relation de confiance qu'ils ont tissée avec leur patient. Or, la démarche éducative n'est pas incompatible avec le colloque singulier. Ce dernier suppose un consentement éclairé du patient, et donc une information partagée.

Pour l'ANAES, celle-ci doit être claire et complète : « elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques :

- 1- l'état du patient et son évolution prévisible [...]
- 2- la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagées et de leurs alternatives
- 3- leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés
- 4- leurs conséquences et leurs inconvénients
- 5- leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels
- 6- les précautions générales et particulièrement recommandées aux patients »⁵.

L'éducation pour la santé conduit à dépasser le cadre traditionnel des relations entre médecin et patient et implique le reste du personnel soignant et non soignant dans cette prise en charge globale. L'éducation pour la santé fait partie intégrante des compétences propres de l'infirmière, d'autant que celle-ci est souvent le plus à même de délivrer des messages de prévention, du fait de sa plus grande présence et de son accessibilité au chevet du patient. D'autres acteurs tels que les assistantes sociales ou

⁵ ANAES, id.

les nutritionnistes jouent également un rôle non négligeable dans cette prise en charge. Ils jouent un rôle déterminant en matière d'assistance et de conseil auprès du malade.

Toutefois, les méthodes éducatives sont variées et prennent en compte les contraintes et les souhaits de l'ensemble des personnes concernées, patients comme soignants. La méconnaissance de cette dimension explique l'échec de nombreux projets volontaristes.⁶ Les sciences de l'éducation insistent sur les outils pédagogiques à mettre en œuvre, les méthodes de communication à employer et l'importance des changements des représentations et des comportements, dans la perspective d'un développement personnel. Il s'agit donc d'un savant mélange entre les apports de la psychologie, de la sociologie, de l'anthropologie, sans lesquels toute mise en œuvre d'une démarche en éducation est mise en péril.

L'éducation pour la santé du patient apparaît comme une notion récente et en plein essor. Elle découle directement des motivations des professionnels et suppose l'émergence d'une nouvelle culture en santé. Encouragés par le succès de certains programmes en matière d'éducation pour la santé du patient, ou contraints par le dispositif juridique en vigueur, de nombreux acteurs de santé travaillent à renforcer leur démarche éducative. Concrètement, leurs actions peuvent prendre localement des formes diverses. En retour, ces expériences permettent d'enrichir et de nourrir la réflexion en la matière.

⁶ Exemple de la prévention des MST pour les femmes angolaises : « Une animation auprès des femmes angolaises, enthousiasmes et doutes d'un éducateur pour la santé » in *La Santé de L'Homme* n°357 Janvier-Février 2002 pp 36-40.

2) L'EDUCATION POUR LA SANTE DU PATIENT : LA CONCRETISATION D'UNE IDEE

2-1) L'analyse de terrain souligne la multiplicité des actions entreprises en éducation pour la santé

Les entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain, nous ont permis de déterminer les grandes caractéristiques des programmes mis en œuvre ainsi que leurs atouts et faiblesses.

2-1-1) La démarche pédagogique retenue conditionne la réussite ou l'échec des actions

La démarche pédagogique constitue le socle de l'éducation pour la santé. Il s'agit d'un « rôle inhérent à la fonction d'infirmière diplômée d'état, mais une volonté individuelle est indispensable », comme a pu nous le rappeler une infirmière coordinatrice de réseau au CHU Louis-Mourier. Ce constat explique la diversité des méthodes et outils pédagogiques utilisés dont la variété doit permettre une adaptation aux patients auxquels s'adressent ces actions.

La communication avec le patient est au cœur de la démarche pédagogique. Un médecin de santé publique de Montpellier affirme qu'elle est essentielle, car elle transforme le patient en "partenaire des soins". D'après une gynécologue-obstétricienne de l'hôpital de Colombes, elle trouve sa justification dans l'idée de « consentement éclairé », par lequel le patient informé se trouve en mesure d'agir. Mais cette communication peut se révéler à double tranchant : la prise de connaissance de son état somatique ou psychologique peut parfois déboucher sur une fausse interprétation de la réalité. Elle engendre alors un « fantasme » chez le patient, qui peut interrompre tout processus d'engagement. C'est pourquoi la relation entre le soignant et le patient doit dépasser le stade de la seule prise de connaissance pour assurer une réelle prise de conscience.

La difficulté intrinsèque à toute démarche communicative réside dans la confrontation des expériences, des représentations et plus généralement des cultures. Notre enquête de terrain nous a révélé que cette recherche de l'écoute du patient est

particulièrement déterminante face à des populations fragilisées telles que des toxicomanes ou des malades du sida. Il convient alors de définir avec précision les priorités de chacun.

Le responsable de la boutique « sida parole » de Colombes, précise que l'éducation pour la santé des toxicomanes doit axer ses priorités autour de l'aide au logement, à la nutrition et à la recherche d'emploi. La santé à proprement parler n'est encore perçue que comme un luxe pour cette population en détresse et son importance ne pourra être prise en compte qu'une fois les besoins primaires assouvis.

Jean-Louis GRENIER, diabétologue nutritionniste, rapporte comment il a remis en question son « projet d'éducation nutritionnelle en milieu défavorisé dans le cadre de la réinsertion sociale »⁷ à Roubaix. Après dix années d'actions pour lutter contre l'obésité croissante sans résultat probant, il a réorienté les objectifs d'éducation nutritionnelle vers la problématique de la précarité. Les résultats s'en sont ressentis.

Un autre obstacle prend sa source dans l'utilisation d'un langage adapté et compréhensible par le patient. Dans une unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque de l'hôpital de Pontoise, l'équipe d'éducation pour la santé a réalisé un programme d'enseignement basé sur l'utilisation d'images et de métaphores afin de pouvoir s'adapter au plus près des connaissances et des représentations du patient. L'aspect pédagogique est donc fondamental et s'appuie sur des réflexions issues des sciences de l'éducation et de la communication.

Face à ce changement de pratiques professionnelles, la formation apparaît dès lors comme une donnée incontournable.

2-1-2) Malgré une reconnaissance dans son principe, le recours à la formation en éducation pour la santé du patient demeure encore embryonnaire

Une étude de l'Institut National Pour l'Education en Santé (INPES) a recensé les compétences acquises par des acteurs spécialisés en éducation pour la santé et venant d'horizons divers. Cette étude révèle qu'une bonne pratique des méthodes en éducation pour la santé nécessite la maîtrise de compétences techniques (savoir faire liés à la méthodologie et la gestion de projet, maîtrise d'outils d'évaluation et de valorisation de l'activité, connaissances scientifiques et médicales, analyse et lecture des politiques publiques), individuelles (adaptabilité aux situations et au public, prise en charge globale,

⁷ Revue la santé de l'homme, de l'alimentation à la santé, n°358.

accentuation de l'aspect relationnel), et de capacités d'animation (de gestion du temps, travail en partenariat, décloisonnement d'activités).

De telles connaissances ne s'acquièrent que par le suivi d'une solide formation. Plusieurs options sont offertes en la matière. Des modules d'éducation à la santé sont parfois insérés dans les cursus, et des formations universitaires sont ouvertes aux professionnels de santé. A titre d'exemple, certains instituts de formation aux soins infirmiers ont développé un module d'éducation pour la santé suite à la parution du décret de 2002 sur la réactualisation des compétences infirmières.

Mais la mobilisation et l'intérêt des professionnels, particulièrement s'agissant du corps médical, demeure faible lorsque l'on examine les chiffres. Ainsi, le module optionnel de deuxième cycle intitulé « éducation et prévention », animé par un médecin généraliste maître de conférences associé à la faculté de médecine de l'université de Rennes, ne rassemble en moyenne que 20 étudiants sur un effectif total de 180. Il en va de même pour le module « médecin-patient » axé sur la psychologie médicale et dispensé sous forme de travaux dirigés. Selon ce médecin, l'absence de caractère obligatoire de tels modules constitue un obstacle au développement de l'éducation pour la santé. En terme de formation continue, cette situation est aggravée par la mauvaise situation financière des organismes qui la dispensent .

Parallèlement aux universités, des sociétés savantes, des réseaux ou des firmes pharmaceutiques jouent parfois un rôle en matière de formation d'éducation pour la santé. En général ils abordent cette question dans le cadre d'une pathologie déterminée. Tel est le cas du *Diabetes Education Study Group* (DESG), société savante composée de groupes régionaux.

Mais des initiatives plus innovantes ont été mises en œuvre et méritent d'être soulignées tel que le Collège des Hautes Études Médicales en Bretagne. Les médecins généralistes y font émerger eux-mêmes leurs besoins en formation sur des sujets précis. Ils se réunissent, débattent et se fixent un objectif qu'ils soumettent à un expert. La formation part d'exemples réels de dossiers patients, et les professionnels sont mis en situation soit par jeu de rôle, soit par tour de table. En fin de séance, l'expert présente sa solution au même titre que les autres. L'expérience débouche sur une réflexion générale pour tenter de dégager un consensus. Cette méthode est celle de l'« *evidence based medicine* » reposant sur les expériences qui fonctionnent et les études réalisées, en s'inspirant du concret.

2-1-3) Les modalités de fonctionnement des projets implique un partenariat élargi

L'éducation pour la santé ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital, mais accompagne le patient dans son environnement. Elle fait donc intervenir des partenaires comme la médecine de ville, l'école, les services de l'état ou la sécurité sociale qui doivent participer à la globalité de la prise en charge. L'éducation pour la santé vise à favoriser les alternatives à l'hospitalisation.

Les ordonnances des 24 avril 1996 ont créé une impulsion dans ce domaine par la mise en place des réseaux de soins. Le réseau « périnatal » du CHU de Colombes, est une association 1901 qui illustre parfaitement l'efficacité de la collaboration entre professionnels libéraux et hospitaliers. Le partenariat est en effet fondé sur une organisation précise et complète de leur démarche en matière d'éducation pour la santé du patient. Objectifs, démarches, procédures, outils d'évaluation sont clairement définis dans une charte adoptée par l'ensemble des protagonistes. A l'inverse, le réseau Ville-hôpital sida de Rennes, du fait d'une mainmise des hospitaliers sur l'ensemble des décisions, a empêché l'instauration d'un partenariat réel, et conduit à l'échec du projet initial. Le partenariat constitue donc un outil en faveur du décloisonnement des organisations et des pratiques professionnelles.

Cependant, l'un des grands absents de cette logique partenariale reste souvent le patient. Les patients sont accoutumés au colloque singulier au sens restrictif du terme. Ils ne sont pas encore sensibilisés à l'opportunité qui leur est offerte d'être un partenaire à part entière. L'expérience a montré qu'informer et écouter le patient constituait le début d'une prise en considération. A cet effet, le comité d'éducation pour la santé du patient du CH de St Briec prévoit l'élaboration et la distribution d'un questionnaire destiné aux patients de l'ensemble services, l'objectif est de recueillir les besoins des patients, de connaître leurs attentes, de savoir comment ils définissent l'éducation pour la santé et ce qu'ils en attendent. Un outil similaire est expérimenté dans le cadre du programme « Boire Moins C'est Mieux »⁸.

2-1-4) L'élaboration d'un cadre méthodologique constitue une étape essentielle dans la mise en place des projets

En éducation pour la santé, la méthode utilisée et l'existence d'un plan d'action conditionnent la réussite des programmes. L'un des facteurs méthodologiques communs

⁸ Programme de l'OMS

au lancement des actions que nous avons pu observer lors de nos enquêtes repose sur l'existence d'un leadership. La création d'une unité thérapeutique de l'insuffisance cardiaque aurait été impossible sans le recrutement par l'hôpital d'un médecin totalement engagé dans cette voie. La présence d'une personnalité forte a également été un facteur déclencheur pour la mise en place du Comité hospitalier pour l'éducation à la santé du patient à Montpellier, ou de l'Unité Pour l'Education du patient à Dreux.

Si les principes et la philosophie sont identiques d'un projet à l'autre, les outils méthodologiques de l'éducation pour la santé varient nécessairement. Le travail en groupe est ainsi parfois perçu de manière positive. Selon le responsable de l'UTIC, chez les insuffisants cardiaques, l'échange entre les patients permet d'alléger la souffrance liée à un sentiment de solitude profonde lorsque surviennent les premiers signes de la maladie. En revanche, comme l'a souligné le responsable de la boutique « sida parole », le travail en groupe peut freiner les initiatives individuelles des toxicomanes qui ont généralement du mal à définir leur place au sein de la société.

La question se pose du degré d'intégration des démarches en éducation pour la santé dans les structures. Dans le cas de l'unité pour insuffisants cardiaques du CH de Pontoise, elles sont rattachées à l'ensemble des autres activités (consultations, examens...). Le responsable parle même d'« unité de lieu », à l'image des « *Heart Failure Clinics* » anglo-saxonnes. En revanche, dans les Alpes de Haute Provence, les acteurs ont préféré opter pour une structure plus éclatée territorialement afin de rapprocher l'éducation pour la santé des citoyens, dans le domaine de la prévention contre l'alcoolisme et le tabagisme.

L'activité médicale dispose naturellement d'outils d'évaluation qui permettent de mesurer l'impact des actions en terme de santé : indicateurs de morbidité, de mortalité, durée moyenne de séjour, nombre de récidives, prévalence de la maladie, progression d'une épidémie... Toutes ces données épidémiologiques concourent à établir la légitimité des projets d'éducation pour la santé. A Pontoise, les insuffisants cardiaques ayant suivi une formation bénéficient à 90% d'un traitement à dose optimale contre seulement 30% au niveau national, ce qui a réduit par ailleurs la durée moyenne de séjour de cinq jours.

Mais l'analyse des données physiologiques ou économiques objectives ne constitue qu'un versant de l'évaluation. Il est nécessaire de savoir mesurer d'autres paramètres plus subjectifs qui en sont les compléments indispensables. L'évaluation mise en place dans l'unité d'insuffisance cardiaque de Pontoise distingue l'approche médicale et paramédicale de l'approche patient. Cette dernière vise à déterminer l'évolution du patient en terme de qualité de vie, de satisfaction et de motivation. Elle tend également à évaluer la perception que le patient a de la maladie, de ses traitements et de son rôle d'acteur vis-à-vis de l'insuffisance cardiaque.

2-1-5) La recherche des moyens financiers constitue un préalable à la pérennisation des actions

Les actions d'éducation pour la santé se caractérisent par des moyens relativement faibles, que ce soit au niveau du personnel ou du financement. Pour cette raison, les projets sont souvent le fait d'individus qui doivent faire preuve d'une grande conviction pour bénéficier de moyens substantiels.

Le projet d'unité d'insuffisance cardiaque de Pontoise n'aurait pu se réaliser sans le concours financier et matériel d'entreprises pharmaceutiques. En diabétologie, les firmes fournissent les outils pédagogiques. Au niveau des fonds publics, les ressources sont souvent plus faciles à obtenir si le projet s'inscrit dans un programme régional ou national de santé publique. Des crédits fléchés existent désormais au niveau des DRASS mais ceux-ci restent marginaux et noyés dans les lignes budgétaires consacrés à la promotion de la santé. Des enveloppes communes URCAM/ARH participent au financement des réseaux. Les URML apportent le cas échéant leur concours à ces actions.

Les moyens en compétences humaines font aussi défaut. L'intéressement des soignants à l'éducation pour la santé du patient est déterminante. Cet intéressement peut revêtir plusieurs formes. Il peut être financier, il peut être lié au pouvoir, il peut trouver une réponse dans la reconnaissance par les autres acteurs et surtout par les pairs.

L'Unité Pour l'Education du patient du CH de Dreux a concilié de façon pertinente ces trois formes d'intéressement : des séances d'éducation pour la santé du patient sont créées et payées comme tout acte médical traditionnel, les résultats sont palpables et donc le pouvoir des éducateur est accru, la démarche est reconnue par de nombreux acteurs de santé, au delà même de l'établissement.

De même, un programme national de formation des médecins généralistes vient d'être lancé pour leur apprendre à repérer au plus tôt les problèmes d'alcool de leurs patients⁹. Le médecin sera payé pour le temps qu'il consacrerà à l'éducation pour la santé du patient en plus de sa consultation traditionnelle (entre cinq et quinze minutes payées entre deux et dix euros).

Ces expériences nous ont permis de dégager des propositions générales pour la création de projets d'éducation pour la santé.

⁹ dans le cadre du programme « boire moins c'est mieux » développé par l'association nationale de prévention de l'alcoolisme en lien avec l'OMS.

2-2) L'analyse de terrain permet de dégager un ensemble de propositions pour faciliter la mise en œuvre des projets éducatifs

Les démarches concrètes en matière d'éducation pour la santé du patient sont multiples. Certaines aboutissent d'autres échouent. Il n'existe pas de recette miracle ou de formule magique permettant de mener à bien de tels projets puisqu'à chaque situation correspondent des besoins particuliers et des réponses appropriées.

Toutefois, certains facteurs apparaissent de manière récurrente et constituent de véritables éléments de réussite. Aussi est-il nécessaire, à ce stade de l'analyse, de dresser un tableau des propositions facilitant l'entreprise d'un projet en éducation pour la santé du patient. Certes il n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais il tente de rassembler les divers enseignements tirés de l'expérience de terrain.

2-2-1) Dégager des objectifs clairs et identifier les besoins

Tout d'abord, les objectifs de l'action doivent être précisément et préalablement fixés. Cette démarche nécessite une analyse préalable du contexte. Il est nécessaire de définir au préalable le public concerné par le projet d'éducation pour la santé. L'essentiel à ce niveau est de prendre en considération les données relatives au patient (besoins, désirs, pré-acquis, etc.), celles relatives au personnel soignant (demandes, motivations, niveau de formation, etc.), ou aux structures organisationnelles (temps disponible, infrastructure d'accueil, moyens financiers, possibilités de développement, etc.) et institutionnelles (engagement de la direction, philosophie de l'institution, rapports de pouvoir, etc.).

Ensuite, il est nécessaire de savoir identifier les besoins, ce qui permet de distinguer les objectifs intéressant directement la place et le rôle du patient dans le système et les objectifs relevant de l'activité de l'équipe soignante. Or, les données disponibles ne sont pas toujours concordantes ou peuvent être mal interprétées. Dans la relation entre le soignant et le patient, le besoin n'est pas toujours exprimé voire ressenti par ce dernier. Le risque est alors de voir se substituer les besoins du soignant à ceux du soigné. Pour éviter cet écueil, il convient de donner la parole au patient. Toute rencontre à visée éducative commence par un questionnement pour inviter le patient à exprimer ses attentes. Lors du premier contact, la question de l'éducation à la santé peut être abordée

à travers un questionnaire destiné à recueillir les attentes du patient et sa définition de l'éducation pour la santé. Ce questionnement vise aussi à analyser l'attitude du patient avant de le juger et de lui apporter les moyens de prendre pleinement conscience de son état et de sa situation.

Entreprendre un projet d'éducation pour la santé du patient, c'est avant tout poursuivre un objectif d'efficience de la démarche soignante. Les résultats sont palpables : les traitements sont mieux acceptés, mieux suivis, l'état de santé s'améliore tant sur le plan somatique que psychologique. Par conséquent, à tout point de vue il est plus rentable de s'investir dans une démarche d'éducation pour la santé du patient surtout si les traitements envisagés sont lourds et coûteux.

Au CHU Louis-Mourier de Colombes, les médecins en charge du suivi des patients atteints par le virus du sida ont élaboré des méthodes de personnalisation des thérapies. L'objectif étant d'améliorer le rapport du patient à son traitement, ce dernier est ajustable en fonction de son état physique et psychologique.

2-2-2) Trouver les moyens humains et financiers nécessaires

En outre, il faut réaliser l'inventaire des ressources disponibles et des contraintes inhérentes au contexte de l'action. La question des choix en fonction des niveaux de priorité accordés se pose alors. Il peut être pertinent de privilégier les actions pour lesquelles les ressources existantes déjà ou seront disponibles à court terme.

Les financements parfois difficiles à trouver sont essentiels et la prospection de partenaires financiers doit être réalisée en amont. Les associations ont ici un rôle essentiel à jouer, notamment en matière de lobbying. L'exemple le plus frappant dans ce domaine est celui des associations d'insuffisants rénaux, qui mènent une action dynamique en faveur d'une prise en charge globale de leur pathologie tenant compte des enjeux d'éducation pour la santé (notamment en matière de dépistage).

Concernant les ressources humaines, la difficulté résulte du manque de personnel disponible à temps plein, surtout dans le secteur hospitalier. Les choix sont donc à arbitrer entre spécialisation des professionnels ou généralisation des pratiques en éducation pour la santé. Cet arbitrage va essentiellement résulter de la politique de formation adoptée.

Si le praticien est bien souvent à l'origine des projets en matière d'éducation pour la santé du patient, ses initiatives doivent se concrétiser au moyen d'outils et de méthodes appropriées. La formation du soignant est à ce titre un élément révélateur de la pertinence

de son action. Il convient dès lors d'encourager les professionnels de santé, médecins comme infirmières, à suivre des enseignements en matière d'éducation pour la santé du patient. Cette démarche concerne aussi bien la formation initiale que la formation continue.

Bernard GAY, médecin généraliste, propose un remaniement des enseignements dispensés en faculté de médecine pour sensibiliser les futurs médecins aux démarches éducatives¹⁰. Il ajoute qu'une telle démarche théorique doit se concrétiser par son application aux situations courantes de la médecine. Il souligne également la nécessité de former les formateurs à l'enseignement de l'éducation pour la santé du patient.

Jean-Louis BENSOUSSAN, également médecin généraliste, se pose quant à lui la question de l'enseignement de l'éducation pour la santé du patient dans le cadre de la formation continue¹¹. Doit-il être intégré de manière transversale dans les modules de formation déjà dispensés ou doit-il faire l'objet d'un module de formation autonome ? On peut envisager de mettre en pratique ces deux modalités.

2-2-3) Intéresser les professionnels aux pratiques éducatives

Si le remaniement des enseignements s'avère indispensable à l'évolution de la culture médicale, il n'est certainement pas suffisant. Encore faut-il que les praticiens y trouvent un intérêt.

L'intéressement aux pratiques en matière d'éducation pour la santé du patient est une condition *sine qua non* de la réussite du projet. Les acteurs doivent être reconnus pour leur démarche, c'est à cette seule condition que l'on pourra espérer un développement généralisé des initiatives en la matière. La seule voie qui semble actuellement incontestable est celle de l'intéressement financier des professionnels. Le problème reste toutefois de trouver les fonds.

Une autre solution serait d'apporter la preuve irréfutable de l'efficacité des actions pour l'éducation pour la santé du patient. C'est en cela que ces effets des programmes d'éducation pour la santé du patient doivent être mesurables, communiqués et partagés en toute transparence.

¹⁰ Brigitte SANDRIN BERTHON, 1996.

¹¹ Brigitte SANDRIN BERTHON, 1996.

2-2-4) Développer le partenariat

L'un des facteurs de réussite reconnu par la majorité des personnes interrogées sur le terrain, est l'élaboration de partenariats. « L'intérêt d'une démarche en matière d'éducation pour la santé du patient c'est la pluridisciplinarité »¹² « ce n'est pas agir seul mais forcément agir en coordination »¹³.

Le partenariat est un facteur-clé de la réussite dans la mise en œuvre de projets éducatifs, il s'agit donc d'inciter les acteurs à travailler ensemble, au-delà des préjugés et des divergences culturelles. L'individu fait place à l'équipe, l'unilatéral au réciproque. Éduquer pour la santé du patient, c'est donc éprouver ses capacités personnelles au partage. Il s'agit de mener des actions coordonnées pour une meilleure prise en charge du patient. Sans acceptation de l'autre, sans partage de valeurs, sans conciliation et échange, la mise en œuvre d'un projet en matière d'éducation pour la santé du patient est vouée à l'échec.

Les professionnels de santé doivent donc, avant tout, accepter le travail d'équipe, entre personnes traitées à égalité. Une telle démarche a fait ses preuves tant pour l'UPE de l'hôpital de Dreux, que pour le réseau périnatalité de Colombes.

Mais la notion de partenariat ne se limite pas aux professionnels de santé. La considération du patient en tant qu'acteur de soins élargit la notion de partage. Cette reconnaissance de l'autonomie du patient, de ses aptitudes à décider, de ses capacités à agir, constitue une autre clé de la réussite du projet éducatif.

2-2-5) Utiliser les outils de communication appropriés

Nombre d'expériences témoignent du manque d'information relatif aux projets mis en œuvre. Le patient doit être conscient de la situation dans laquelle il se trouve. Il doit par exemple être informé de sa prise en charge dans le cadre d'un réseau si tel est le cas.

Encore faut-il que le message soit clair et compris par le public concerné. Cela implique l'adaptation des modes de communication. L'utilisation de termes techniques ou scientifiques peu ou pas expliqués est fréquente chez les soignants. Il est nécessaire qu'ils puissent trouver un langage approprié pour transmettre leurs messages. Les moyens de communication sont multiples, il convient de les utiliser à bon escient. Cela

¹² Propos recueillis en entretien auprès d'une Infirmière Diplômée d'Etat au CHU Louis-Mourier.

¹³ Propos recueillis en entretien auprès d'une Gynécologue-obstétricienne du CHU Louis-Mourier.

suppose de se demander au moment opportun si l'intention du soignant est de sensibiliser, montrer, démontrer, faire connaître, faire retenir.

Parfois, le besoin d'information n'est pas perçu par le soignant, parfois, il n'est pas ressenti expressément par le patient. Communiquer les informations nécessaires à la perception claire de la relation soignant soigné, c'est agir sur la représentation que chacun a de l'autre. Une partie de la démarche éducative consiste donc à identifier ces représentations, à les comprendre et à les analyser. « Écouter les représentations des autres c'est donc perdre un peu sa propre représentation de la chose »¹⁴.

2-2-6) Évaluer les actions entreprises

Enfin l'évaluation du projet doit être une préoccupation tout au long de son élaboration et de sa mise en œuvre. Évaluer ne signifie pas seulement mesurer la valeur, il s'agit de vérifier si les objectifs ont été atteints. Cela suppose un questionnement : les effets observés correspondent-ils aux objectifs énoncés au démarrage du projet ? Existe-il des effets non prévus ? Elle se poursuit par une analyse des processus pour tenter de comprendre les raisons du succès ou de l'échec d'un programme. Cette seconde phase permet de réajuster et de réorienter un projet à tout moment.

L'évaluation exige la participation de l'ensemble des acteurs, intervenants et bénéficiaires du projet : questionnaires de satisfaction à destination des patients, des soignants, des intervenants extérieurs, recensement périodique des actions entreprises et de leurs effets, prise de recul et visualisation de l'ensemble de la démarche. Plusieurs méthodes et outils ont déjà été expérimentés pour tenter d'évaluer le plus précisément possible les programmes entrepris. Il convient de choisir la manière la plus appropriée à la situation analysée.

Tout programme d'éducation pour la santé du patient qui ne répond pas à l'exigence de l'évaluation est incomplet. La difficulté réside dans très grande difficulté à mesurer quantitativement les effets de l'éducation pour la santé du patient. Il est donc nécessaire de construire une échelle d'évaluation qualitative des actions entreprises. Les critères objectifs font ici place aux critères subjectifs, laissant libre cours à un large champ d'interprétations. Tel est le constat souvent réalisé sur le terrain.

¹⁴ Propos recueillis en entretien, à l'UPE de l'hôpital de Dreux.

CONCLUSION

A l'issue de ce travail, il apparaît que l'éducation pour la santé constitue aujourd'hui un enjeu majeur de la modernisation du système de santé français. Si ce constat semble partagé par de nombreux acteurs du système, cette évolution n'en est cependant qu'à ses balbutiements et se heurte à des résistances.

Malgré de nombreuses expériences probantes, l'éducation pour la santé implique en effet de profonds changements à plusieurs niveaux : culturel, organisationnel et institutionnel. Le caractère transversal de cette approche suppose un véritable décloisonnement des pratiques et des services et la mise en place d'un partenariat élargi à de nouveaux acteurs dont le patient est la figure emblématique.

L'intention individuelle du soignant est souvent à l'origine de la mise en œuvre des projets, mais elle doit rejoindre les attentes du patient. Cette convergence suppose donc un contrat entre ces deux volontés. Le patient doit retrouver sa place légitime d'acteur de santé au cœur du système, et non plus seulement d'objet de soins.

Les crises sanitaires récentes ont souligné les limites du modèle curatif : la santé publique passe par une responsabilisation de la population débouchant sur un changement des comportements. Cette responsabilisation passe par une appropriation du savoir qui pourrait se traduire à terme par la mise en place d'une véritable démocratie sanitaire.

Même si le système de santé français est considéré, à juste titre, comme l'un des meilleurs au monde, ses difficultés soulignent la nécessité d'une prise de conscience. Dans cette perspective, les politiques d'éducation pour la santé menées dans d'autres pays européens pourraient inspirer les réformes futures et restaurer la confiance des citoyens face à un système qui peut apparaître à certains égards comme étant en crise.

Bibliographie

Corpus législatif

Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (elle introduit dans les missions de l'hôpital la nécessité de participer à des actions médico-sociales coordonnées et à des actions de prévention et d'éducation pour la santé).

Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (elle permet l'ouverture de l'hôpital sur la ville grâce à la mise en place des réseaux de soins).

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (elle consacre le malade comme partenaire à part entière du système de santé).

Ouvrages généraux

BASS M. , *Promouvoir la santé* ; Editions L'Harmattan, Paris, 1994, 304 pages.

BILLAUD V., *Développement social et promotion de la santé : la démarche communautaire*, collection "Santé et société", Société Française de Santé Publique, Vandoeuvre-les-Nancy, 2000, 183 pages.

BLANCHET L., LAURENDEAU MC., PAUL D., SAUCIER JF, *La prévention et la promotion en santé mentale, préparer l'avenir*, Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Morin Editeur, 1993, 138 pages

BONNEL M., HENNIGAN J. (rapp.), *La prévention en éducation pour la santé dans l'union européenne : rôle de la profession médicale* , Editions du CFES, Paris, 1994, 163 pages

BURY J. A., *Educations pour la santé : concepts, enjeux, planifications* , Editions De Boeck Université, Collection "Savoir et santé " ; Bruxelles, Editions De Boeck Wesmael, 1988 ; 235 pages

CHAUVIN F. (dir.), ROUSSILLE B., *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé*, Editions CFES, Paris, 1998 , 190 pages.

COPPE M., SCHOONBROODT C., *Guide pratique d'éducatons pour la santé*, Editions De Boeck Université, Collection "Pédagogies en développement", 1992, 296 pages.

COTTON E., *L'éducation pour la santé : méthodes*, Editions de l'Université de Bruxelles, 1982, 229 pages

CRES Bretagne, *Vers une culture commune en éducation et promotion de la santé : mémento destiné aux opérateurs*, Editions du CRES, Rennes, 2003, 38 pages.

DECCACHE A., La VENDHOMME E., *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*, Editions De Boeck-Wesmael, Collection "Savoir et santé", Bruxelles, 1989 ; 239 pages.

FASSIN D., *Au bonheur des citadins : la santé et la ville*, Editions de la maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Bordeaux, 1994, 162 pages.

HAGLUND B. (dir.), PETTERSON B., FINER D., *Créer des environnements favorables à la santé, exemples donnés à la troisième conférence internationale sur la promotion de la santé*, OMS, Genève, 1997, 221 pages.

LAROSE B. (dir.), *Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes*, Editions INPES ; Collection "Séminaires", Paris, 2002, 188 pages

MAJNONI D'INTIGNANO B., *Economie de la santé*, "Thémis économie", PUF, Paris, 2001, 440 pages.

NOURRISSON D. (dir.), *Education à la santé XIXème – XXème siècle*, Editions ENSP, Rennes, 2002, 158 pages.

RENAUD M ; «L'avenir, Hygiène ou Panacée ? » in *Etre ou ne pas Etre en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Presse de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotexte, Montréal, 1994, p18 et suivantes.

SANDRIN BERTHON B. (dir.), AUJOLAT I., OTTENHEIM C., MARTIN F., *L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative*, Collection "Séminaires"; Editions CFES, Paris, 1997, 175 pages.

TULEU F., *Inégalités et éducation pour la santé*, Editions CFES, Paris, 1998.

Revues

La revue des addictions : “De la prévention des maladies à la promotion de la santé. Manifeste pour une éducation active à la santé”, n°7 ; volume 2 ; septembre 2000 ; page 463 à 466.

La santé de l'homme, dossier “L'hôpital, espace de prévention” , n°324 ; juillet-août 1996, 24 pages.

La santé de l'homme, dossier “L'éducation pour la santé est-elle éthique?” ; n°345, janvier-février 2000, pages 24 à 46.

La santé de l'homme, dossier “Pauvreté, précarité, quelle santé promouvoir?”, n°348, juillet-août 2000.

La santé de l'homme, dossier “Education pour la santé vers quels métiers? “, n°353 , mai-juin 2001 ; 60 pages.

La santé de l'homme, dossier “Quelle éducation pour la santé des migrants? “, n°357, janvier-février 2002, 42 pages.

La santé de l'homme, dossier “De l'alimentation à la santé”, n°358, mars-avril 2002, 41 pages.

La santé de l'homme, dossier “La promotion de la santé à l'hôpital”, n°360 , juillet-août 2002.

La santé de l'homme, dossier “Soixante ans d'éducation pour la santé”, n°362, novembre-décembre 2002, pages 14 à 20.

Santé publique , “L'éducation par la peur, une campagne anti-tabac”, LECORPS Philippe, n°3, septembre 2002 ; pages 285 à 287.

Revue hospitalière de France, n°452, mai-juin 2003, pages 4 à 46.

Séminaires

Education pour la santé éthique, séminaire international Dourdan (Essonne), 27 et 28 janvier 2000 ; pages 15 à 111.

L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé, Paris, 10 et 11 juin 1999.

Prévention et santé des populations, Séminaire de concertation en Picardie, pages 1 à 54.

Liste des annexes

ANNEXE 1: GLOSSAIRE

ANNEXE 2: CHARTE D'OTTAWA

ANNEXE 3: CHARTE DE BUDAPEST

ANNEXE 4: DÉCLARATION DE VIENNE

ANNEXE 5: GRILLE D'ANALYSE DES HÔPITAUX PROMOTEURS DE SANTÉ

ANNEXE 1: Glossaire

Besoin

1. ressenti comme nécessaire.

2. . ce qui existe et ce qui est désiré.

La théorie des besoins de Maslow identifie cinq besoins fondamentaux à l'être humain : les besoins de sécurité, les besoins d'identité et d'amour, les besoins d'estime de soi et les besoins d'épanouissement personnel. Les besoins sanitaires apparaissent soit lorsqu'il est nécessaire de remédier à une mauvaise situation sanitaire, soit lorsqu'on souhaite préserver un état de santé donné. Le besoin ressenti correspond à ce qui est perçu par le patient, le besoin exprimé à ce qui est explicité par celui-ci, le besoin diagnostiqué à ce qui est découvert et mis en évidence objectivement par le professionnel de santé.

Les études des besoins sanitaires (par exemple lors d'un bilan de santé d'une communauté) peuvent reposer :

- sur des indicateurs existants,
- sur des enquêtes épidémiologiques ou psychosociologiques,
- sur des recherches de consensus.

La connaissance des besoins de santé d'une population est un point essentiel de toute politique de santé publique.

Le sentiment d'un besoin est le pré-requis d'une prise de décision ou d'un changement de comportement.

in RUSCH E., THELOT B. *Dictionnaire de l'information en santé publique à l'usage des professionnels de santé*, Paris, 1996, Editions Frison-Roche, p.19.

Communauté

Une communauté est un groupe dont les membres ont des intérêts communs. Si les conditions de vie de maintes sociétés traditionnelles sont restées très communautaires, il est parfois difficile d'entrevoir le caractère communautaire du fonctionnement des sociétés occidentales, marqué par un individualisme grandissant, une rupture des réseaux sociaux traditionnels, et la multiplicité des réseaux relationnels dans lesquels chacun est impliqué pour une partie de son activité (...)

La famille en représente un modèle fondamental. En voici d'autres exemples : association de quartier, locale, de consommateurs, de malades ou d'handicapés, groupement de locataires, de sportifs, de salariés d'entreprise, club de personnes âgées, coopératives, mutuelles, amicales,

etc.

Les habitants d'un territoire, d'un quartier, d'un immeuble constituent une communauté dans le sens où ils partagent un lieu de résidence, des problèmes de vie quotidienne... La communauté n'est pas un état, elle est en mouvement et une personne peut faire partie de plusieurs communautés.

Les communautés peuvent être moins formelles encore ou même très éphémères, par exemple, les enseignants et les élèves d'une classe, une bande d'adolescents, les personnes occupant la salle d'attente d'un centre de santé, la clientèle d'un café... A chacun d'identifier d'autres communautés et d'imaginer comment elles peuvent être à la base d'une action de santé.

Source : Deschamps J.-P., *Analyse des besoins d'une communauté*, La Documentation Française, Paris, 1986

Communication Il y a communication quand un message est émis et reçu. En matière d'éducation pour la santé, un message est une chose que l'on considère important que les membres de la communauté sachent ou fassent. L'origine peut en être un agent de santé local, les pouvoirs publics ou les membres de la communauté eux-mêmes qui reconnaissent la nécessité d'un changement. Il est transmis directement lors d'une conversation privée, d'une réunion de groupe ou d'un exposé ayant trait à la santé, ou indirectement à la radio ou dans un journal. Ce qui est important est ce qui se produit quand le message parvient aux gens auxquels il est destiné. S'ils l'entendent, le comprennent et sont enclins à le croire, il y a eu bonne communication. Il est rare que la communication à elle seule modifie un comportement. Comme on l'a vu, un comportement est trop complexe pour cela. Mais il est nécessaire de faire entendre, comprendre et croire certains faits ou certaines idées pour ouvrir la voie aux modifications de comportements souhaitées et à une participation de la communauté en connaissance de cause.

Source : OMS, *L'éducation pour la santé, Manuel d'EPS dans l'optique des soins de santé primaire*, Genève, 1990, p. 198.

Comportement Ensemble des réactions d'un individu ou d'un groupe, dans un milieu et des circonstances données, observables objectivement.

L'éducation pour la santé vise à favoriser une modification des comportements vers plus de rationalité face aux risques pour la santé. Si

l'on prend l'exemple de la transmission des maladies, des normes sociales intégrées parfois depuis de nombreuses générations sont à modifier si l'on veut obtenir un changement des comportements pour une réduction des risques.

L'action sur les comportements peut avoir des effets complexes ou inattendus, voire pervers.

Le comportement est une manière d'être et de réagir dans un certain contexte. C'est le résultat de processus de transmission et d'apprentissage conscients et inconscients, dont la multiplicité des racines touche à des affects.

Sa modification consciente est souvent difficile. Un nouveau comportement peut être appris et intégré positivement s'il n'entre pas radicalement en contradiction avec des valeurs ou des convictions personnelles essentielles.

La modification des comportements en vue de réduire les risques pour la santé appelle une réflexion et une analyse fine des causalités, des liens multiples entre le facteur de risque qui a été isolé et les différentes pratiques qui l'entourent, des représentations parfois contradictoires qui y sont associées dans différents groupes sociaux.

La modification des comportements s'inscrit donc dans la durée, durée qui doit être considérée dès la phase d'élaboration d'un projet et plus encore dans la phase d'évaluation de ses résultats.

Source : *Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé*, contribution à un glossaire, Comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie, juin 2000.

Éducation pour la santé Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celle de la collectivité. Elle s'adresse à tous, et interpelle tout particulièrement ceux qui par leur profession ou leur mandat exercent une influence sur la santé de la population. Construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes des populations, la démarche éducative encourage et organise le débat entre usagers et professionnels de santé.

Éducation thérapeutique L'éducation thérapeutique, ou éducation du patient, fait partie de l'éducation pour la santé. Elle s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soins et à leur entourage. Elle est intégrée aux soins et mise en œuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville

ou à l'hôpital. Elle aide notamment les personnes atteintes d'une pathologie telle que le diabète, l'épilepsie, l'asthme ou le cancer à assumer au quotidien leur maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale, à gérer leur traitement, à prévenir les complications et les rechutes. Elle concerne également les personnes qui présentent certains facteurs de risque comme l'hypertension artérielle. Elle est aussi mise en œuvre dans des situations telles que la maternité ou la préparation à l'accouchement.

Source : *Plan national d'éducation pour la santé*, février 2001.

Empowerment Dans le cadre de la promotion de la santé, on appelle empowerment un processus qui permet aux gens d'acquérir un meilleur contrôle des actions et des décisions qui influent sur leur santé.

Source : Nutbeam D. 1998. *Glossaire Promotion de la santé*, Gamburg, Editions Promotion de la santé .

Epidémiologie Science qui étudie la distribution des maladies dans la population humaine et leurs déterminants. Si, initialement, l'épidémiologie fut la science des épidémies des maladies contagieuses, elle s'est considérablement développée, englobant tous les domaines ayant une influence sur la morbidité et la mortalité.

L'épidémiologie tente de décrire de façon rationnelle l'ensemble des problèmes de santé et est orientée vers la recherche des causes et/ou des moyens d'intervention efficaces. Les études épidémiologiques peuvent être descriptives, analytiques, étiologiques ou évaluatives.

Source : *Glossaire des termes techniques en santé publique*, Commission européenne.

Evaluation L'évaluation est l'interprétation critique et analytique des informations recueillies, des conclusions, ainsi que le jugement et/ou l'évaluation d'un projet ou d'une situation dans le but d'apporter à cette dernière une amélioration

il existe différents niveaux d'évaluation selon l'ANDEM :

- La pertinence : les objectifs du programme correspondent-ils bien à des besoins identifiés comme prioritaires lors de l'état des lieux préalables ?
- La cohérence : les moyens, ressources, interventions mis en place vont-ils permettre de remplir les objectifs ?

Les autres notions tournent autour de la question des résultats :

- L'efficacité est le degré d'atteinte des objectifs fixés.

- L'efficacité met en relation les résultats et le coût du programme.
- L'impact vise plus largement à noter les changements provoqués par le programme sur son environnement.

Source : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Évaluation d'une action de santé publique : recommandations. Paris : ANDEM, 1995. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a succédé à l'ANDEM.

Facteur de risque

Il peut s'agir d'un statut social, économique ou biologique, de types de comportements, ou de conditions de vie qui engendrent ou s'associent à une plus grande réceptivité pour une maladie donnée, à un mauvais état de santé ou à un risque d'accident

Prévention

La prévention comprend non seulement des mesures destinées à éviter que surviennent des maladies (diminution des facteurs de risques, par exemple), mais aussi à enrayer leur progression et à en réduire les conséquences.

La **prévention primaire** tend à éviter la première apparition d'un trouble, généralement en empêchant l'exposition aux facteurs de risque connus.

La **prévention secondaire** consiste dans des actions visant à limiter les conséquences néfastes de la maladie grâce à une intervention avant l'apparition des symptômes ou rapidement après. La prévention secondaire englobe donc la détection précoce de la maladie (et éventuellement le dépistage de cas rares) et des mesures curatives.

La **prévention tertiaire** réduit les risques de rechute et de chronicité grâce à une réadaptation efficace, par exemple.

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend donc la prévention au domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle et sociale.

Source : Nutbeam D. 1998. *Glossaire Promotion de la santé*. Gamburg: Editions Promotion de la santé.

La **prévention quaternaire** (...) relève d'actions d'accompagnement simple de l'invalidité et du processus de la mort, sans visée de l'amélioration de l'état de santé (...)

Source BURY J.A., *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles :

Projet

Un projet est une mesure circonscrite dont les objectifs sont bien définis et la durée délimitée. Un projet a souvent pour but de tester une démarche novatrice qui s'inscrit dans le cadre d'un programme complet ou d'une stratégie globale.

Source : Office fédéral de la santé publique (OFSP), *Lignes directrices pour la planification de l'évaluation de projets et de programmes*, Berne, 1997]

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie pour viser le bien-être.

Source : *Charte d'Ottawa*, OMS (1986)

Toute politique de santé publique doit s'inscrire dans une véritable démarche de promotion de la santé, que l'on peut résumer ainsi :

- veiller à la mise en œuvre, dans tous les secteurs de la vie publique, de mesures respectueuses de la santé notamment en matière de législation, de fiscalité et d'organisation des services,
- créer des environnements, des conditions de vie et de travail exerçant une influence positive sur la santé,
- renforcer la démocratie sanitaire, c'est-à-dire la possibilité pour les individus et les groupes de participer aux décisions qui concernent la santé publique et donc leur propre santé,
- développer l'éducation pour la santé de tous les citoyens, quels que soient leur âge et leur état de santé,
- réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes en matière de santé, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat avec les autres secteurs concernés par la promotion de la santé.

Selon le rapport sur la santé en France publié par le Haut Comité de la Santé Publique, la promotion de la santé vise à :

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique,
- prévenir les comportements et les consommations à risques.

Santé

Plusieurs définitions du terme santé existent :

Une définition négative : "La santé, c'est l'absence de maladie".

Une définition positive et utopique : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité".

Source : OMS Constitution, art.1, 1946.

Un rapport dynamique à l'environnement : "La vie peut être considérée comme un rythme continu d'interactions, un état d'équilibre instable et le bien-être qui en est l'interprétation n'est jamais qu'un état passager à reconquérir sans cesse. Le potentiel d'énergie qui maintient et qui est capable de rétablir à tout moment l'équilibre de bien-être sans cesse menacé d'un organisme soumis à chaque instant aux agressions de son environnement et à ses besoins d'adaptation interne ou externe est un phénomène essentiellement dynamique : la santé".

Source : COTTON E. - *L'éducation pour la santé : méthodes.*, éditions de l'université de Bruxelles, École de santé publique, Bruxelles, 1982, 229 p.

Une qualité de vie : "La santé, c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques".

Source OMS, Charte d'Ottawa, 1986.

Santé communautaire

Le terme de santé communautaire tend à remplacer celui de santé publique, laissant à ce dernier un sens plus général, qui recouvre la désignation des organismes officiels chargés d'organiser le contrôle de l'environnement, d'appliquer la réglementation sanitaire etc., et des actions

ainsi mises en œuvre. La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexions sur les besoins, les priorités; mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Source : Manciaux M., Deschamps J.-P., *La santé de la mère et de l'enfant*, Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1978, p. 31.

Santé de la population

Une approche axée sur la santé de la population met l'accent sur les conditions sous-jacentes et inter- reliées ayant une incidence sur la santé des populations au cours du cycle de la vie. On pense notamment à des facteurs comme l'instruction, le revenu, les expériences de la petite enfance, de même que les milieux sociaux et physiques dans lesquels évoluent les gens et les groupes. En tenant compte de ces facteurs, une approche axée sur la santé de la population s'efforce d'aller au-delà de l'efficacité limitée des interventions portant sur les habitudes de vie et de réduire les inégalités dans les résultats relatifs à la santé.

Santé publique

La santé publique a pour objets l'étude, la mise en œuvre et l'évaluation des moyens permettant d'améliorer l'état de santé de la population.

Source : Deschamps J.-P., Chouanière-Briancon D., Baumann M., Tursz A., Introduction à la santé publique, Faculté de médecine de Nancy.

ANNEXE 2 : Charte d'Ottawa

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en

les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles.

Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide - notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation - est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La

réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHÉ VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'ÉGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Les participants à la Conférence s'engagent à : se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs; lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements; combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés; reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être; réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même, reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé. Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

ANNEXE 3 : Charte de Budapest (1992)

Objectifs du réseau des hôpitaux promoteurs de Santé :

1. Mettre en place des mesures pour permettre le développement des perspectives, des objectifs et des structures orientées vers la santé.
2. Développer une identité (culture d'entreprise) qui inclut la santé.
3. Mettre en place une prise de conscience de l'impact de l'environnement hospitalier sur l'état de santé des patients, du personnel et de la communauté. La construction et la disposition interne de l'hôpital devraient être adaptées pour diminuer les préjudices potentiels.
4. Encourager une participation active du patient en fonction de ses capacités spécifiques.
5. Encourager les démarches participatives d'amélioration de la santé.
6. Créer des conditions de travail compatibles avec la santé du personnel.
7. S'efforcer de faire de l'hôpital un modèle pour les services de santé et les lieux de travail.
8. Assurer une collaboration entre les initiatives de promotion de santé de la communauté et les autorités.
9. Améliorer la communication et la collaboration entre l'institution de soins et les services sociaux et de santé de la communauté.
10. Améliorer le réseau des aides à domicile disponibles pour le patient.
11. Identifier les groupes-cibles spécifiques dans l'hôpital avec leurs besoins particuliers.
12. Reconnaître les échelles de valeurs, les croyances et les cultures différentes des populations qui fréquentent l'institution.
13. Créer des conditions de support, d'environnement humain et matériel favorables pour les patients chroniques.

14. Assurer la qualité de la nourriture des patients et du personnel.
15. Augmenter la quantité et la qualité des informations données au patient de même que la communication avec celui-ci. Développer des programmes éducatifs vers le patient et sa famille.
16. Développer les programmes de formation du personnel.
17. Développer une base de données épidémiologiques spécifiques et la communiquer aux autorités.

ANNEXE 4: Déclaration de Vienne (OMS, 1997)

Principes fondamentaux

D'après la charte d'Ottawa sur la Promotion de la Santé (1986), la charte de Ljubljana sur la réforme des soins de santé et la déclaration de Budapest des Hôpitaux Promoteurs de Santé (1991), un hôpital promoteur de santé devrait :

18. Promouvoir la dignité humaine, l'équité et la solidarité, l'éthique professionnelle, reconnaître les différences dans les besoins, les valeurs et les cultures des différentes populations
19. Être orienté vers le développement de la qualité, le bien-être des patients, des proches et du personnel, vers la protection de l'environnement et la concrétisation du rôle d'enseignement de l'organisation
20. Se focaliser sur la santé dans une approche holistique et pas uniquement sur l'aspect curatif. Se centrer sur l'offre des meilleurs services de Santé possibles afin de faciliter le processus de guérison et contribuer à la prise en charge de leur Santé par les patients
21. Utiliser les ressources de manière efficiente en respectant l'aspect coût-efficacité, et attribuer les ressources avec, comme critère, la contribution à l'amélioration de la santé.
22. Entretenir des collaborations étroites avec les autres niveaux des services de santé ainsi que la communauté

Stratégies d'implantation

Le projet des Hôpitaux promoteurs de Santé (HPS) offre possibilités aux institutions hospitalières de développer des perspectives, des objectifs et des structures orientées vers la santé. En particulier :

1. Favoriser la participation et créer l'engagement par :

- Encourager les procédures participatives et orientées vers la santé à travers toute l'institution, incluant l'implication de tous les groupes professionnels ainsi que part la construction d'alliances avec les professionnels à l'extérieur de l'institution
- Encourager le rôle actif et la participation des patients selon leurs possibilités spécifiques, le développement des droits des patients, améliorer le bien-être et créer un environnement "promoteur de santé" pour les patients et leurs proches
- Créer des conditions de travail saines pour les membres du personnel, incluant la réduction des risques hospitaliers, ainsi que les facteurs psycho-sociaux
- Accroître l'engagement de la direction de l'hôpital dans l'amélioration de la santé, incluant les principes de la (promotion de la) santé dans les procédures de prise de décisions quotidiennes.

2. Améliorer la communication, l'information et l'éducation par :

- L'amélioration de la communication à l'intérieur de la culture de l'entreprise de telle manière à ce qu'elle contribue à la qualité de vie du staff de l'hôpital (le style de communication utilisé par les responsables de l'hôpital devrait encourager la coopération interprofessionnelle et l'acceptation mutuelle)
- L'amélioration de la communication entre le personnel de l'institution et les patients de telle manière à ce qu'elle soit guidée par le respect et les valeurs humaines
- L'accroissement de la quantité et de la qualité des informations, de la communication et des programmes éducatifs ainsi que de la formation pour les patients et leurs proches
- L'intégration des principes de promotion de la santé dans les règles hospitalières par le développement d'une identité commune à travers toute l'institution
- L'amélioration de la communication et de la coopération avec les services sociaux et de santé de la communauté, les initiatives de promotion de la santé communautaire, ainsi que les groupes de volontaires et les différentes organisations extérieures et ainsi aider à optimaliser les liens entre les différents acteurs du secteur sanitaire
- Le développement des systèmes d'information qui mesurent les effets

3. L'utilisation de méthodes et de techniques du développement organisationnel et du management de projet

- Afin de changer et de réorienter les "routines" hospitalières pour faire de l'hôpital une organisation d'apprentissage
- Afin de former le personnel dans les domaines de promotion de la santé comme l'éducation, la communication, les capacités psychosociales ou le management
- Former les responsables de projet à la conduite de projets et aux techniques de communication

4. Apprendre au départ des expériences

- Échanger les expériences avec les démarches mises en place dans les autres hôpitaux promoteurs de santé au niveau national ou international, ceci afin que les institutions hospitalières puissent connaître les différentes approches réalisées pour résoudre les problèmes.
- Les hôpitaux promoteurs de santé devraient adhérer aux échanges des réseaux régionaux, nationaux et internationaux

ANNEXE 5 : Grille d'analyse des hôpitaux promoteurs de santé

	Hôpital /maladie	Hôpital/santé
conception de la santé	finalité	moyen (ressource face à la maladie)
objet du soins	MALADIE	PATIENT
objectif du soin	optimisation biométrique (guérison)	« faire de la santé un projet au lieu de la maladie un cauchemar », qualité de vie
place du patient	PASSIF	ACTEUR
temps	SEQUENCES	PROCESSUS
durée de la maladie	aiguë	chronique
Modèles	biomédical	global
Organisation	CLOISONNEE Intra/ extra service (curatif/préventif, médical/ social)	TRANSVERSALE continuité santé/ maladie
Environnement déterminants de santé	« pas la fonction de l'hôpital »	prise en compte des déterminants de santé du bassin de vie
Pratique soignante	prestataire de services individuelle	<i>empowerment</i> individuelle et groupe

Source : *La santé de l'homme* n°360, « Santé et hôpital : choc de culture ? » Dr F. Martin, juillet- août 2002. p16