

Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ?

Adolescents :

des lieux d'accueil
et de soins

Médecins :

évoquer la violence
n'est plus tabou

Conduites addictives :

un outil pour
les éducateurs

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :
**L'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (INPES)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
La Santé de l'homme sur Internet :
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION
Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :
Qualité de vie : **Christine Ferron**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand** <elg@mageos.com>
Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**
<abeq@club-internet.fr>
La santé en chiffres : **Hélène Perrin-Escalon**
<helene.perrin@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**
<mclamarre@iuhpe.org>
et **Stéphane Tessier** <crésif@wanadoo.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Centre de
documentation et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :
Laure Carrère (Service de santé de la mairie
de Nanterre), **Dr Michel Dépinoy** (INPES),
Alain Douiller (Codes du Vaucluse), **Annick
Fayard** (INPES), **Christine Ferron**, **Laurence
Fond-Harmant** (Société française de santé
publique), **Catherine Gaquière** (ministère de
la Jeunesse, des Sports et de la Vie associa-
tive), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale
de la Mutualité française), **Marie-Claude
Lamarre** (Union internationale de promotion de
la santé et d'éducation pour la santé), **Anne
Laurent-Beq** (Crea Développement Social),
Catherine Lavielle (INPES), **Philippe
Lecorps** (École nationale de santé publique),
Éric Le Grand, **Claire Méheust** (INPES),
Colette Ménard (INPES), **Félicia Narboni**
(ministère de l'Éducation nationale, de l'Ensei-
gnement supérieur et de la Recherche), **Syl-
vie Rizo** et **Dr Dominique Martin** (direction
générale de la Santé), **Bernadette Roussille**
(Inspection générale des affaires sociales),
Dr Stéphane Tessier (Crésif), **Dr Isabelle
Vincent** (INPES), **Sarah Vozelle** (Codes Meur-
the-et-Moselle).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION
Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Caractère** – 15002 Aurillac Cedex

ADMINISTRATION
Département Diffusion-Gestion des abonne-
ments : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 2^e trimestre 2005.
Tirage : 14 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la
responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

**52 pages d'analyses
et de témoignages**

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- De l'alimentation à la santé, N° 358.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
- Santé des enfants : la place des parents, N° 367.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R^e/V^o de la carte d'étudiant
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 376

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

► Qualité de vie

Seine-Saint-Denis : une Maison à l'écoute des souffrances des jeunes
Denis Dangaix 4

« **Permettre aux adolescents d'accéder à l'écoute et aux soins** »
Entretien avec Benoît Dutray, pédopsychiatre, coordinateur de la Maison des adolescents d'Avicenne à Bobigny 6

Dossier

Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ?

Éditorial

Éducation pour la santé en médecine et en officine : sortir des vœux pieux !
Isabelle Vincent, Maryse Karrer 8

Médecins/pharmaciens et éducation pour la santé : fondements théoriques

Éducation pour la santé : reconnaître les « nouveaux rôles » des médecins et pharmaciens
Alain Deccache 9

Consultations médicales : de la communication à l'éducation pour la santé
Cécile Fournier, Sandra Kerzanet 14

Les pratiques des professionnels

Médecins, pharmaciens : un rôle confirmé dans la prévention
Arnaud Gautier, Philippe Guilbert 19

S'informer et informer : médecins et pharmaciens parlent de prévention
Pierre Buttet, Hélène Bourdessol 21

Pharmaciens : informateurs, conseillers... mais peu éducateurs !
Guylène Cayre Jean-François Collin 23

La prévention ne peut plus se passer des professionnels de santé !
Christian Saout 25

Développer la promotion de la santé et la formation

Pratiques éducatives en médecine : le rôle du Conseil de l'Ordre
Jean Pouillard 27

Un comité pour accompagner les pharmaciens dans la prévention
Fabienne Blanchet, Claude Dreux 28

Éducation pour la santé : quel enseignement en médecine générale ?
Pierre-Louis Druais 29

L'éducation pour la santé a-t-elle sa place dans la formation médicale continue ?
Brigitte Sandrin Berthon 30

Formation continue des médecins : une opportunité pour l'éducation à la santé
Claude Rosenzweig 32

Pratiques innovantes : exemples en France et en Belgique

« **Professionnel accueillant avant d'être médecin** »
Entretien avec Pierre Moulin, médecin généraliste, membre de l'équipe d'un centre d'accueil pour personnes en situation de précarité 34

Quand médecins et pharmaciens expérimentent l'éducation pour la santé
Maryse Karrer, Isabelle Vincent 37

La maison médicale : une expérience innovante mais minoritaire
Entretien avec Jean Laperche, médecin généraliste, responsable de la promotion de la santé à la Fédération des maisons médicales de santé en Belgique 39

L'Alsace forme médecins et pharmaciens au sevrage tabagique
Alain Lion, Claude Bronner, Anne de Blauwe, Catherine Diesel 41

Pour en savoir plus
Sandra Kerzanet, Olivier Delmer 43

► **La santé en chiffres**
Médecins généralistes : évoquer la violence n'est plus tabou
Colette Ménard 46

► **Lectures-Outils**
Catherine Lavielle, Olivier Delmer 49



Illustrations : Barrigou

Seine-Saint-Denis : une Maison à l'écoute des souffrances des jeunes

Inaugurée fin 2004, la Maison des adolescents de Bobigny est un lieu d'accueil et de soins pour les jeunes de 12 à 21 ans. Les jeunes qui en franchissent la porte peuvent bénéficier de consultations immédiates et gratuites. Professionnels de la santé et du social – médecins psychiatres, infirmières, assistantes sociales – y travaillent en réseau, dans un département présentant des indicateurs sanitaires préoccupants.

ressemble à une maison de retraite, puis il y prêtent moins attention », relate le docteur Benoît Dutray, jeune pédopsychiatre, coordinateur du lieu. Le visiteur se sent en tout cas en dehors de l'institution hospitalière. « L'accès indépendant sur la ville permet d'accueillir des patients que la structure hospitalière rebute », confirme un membre de l'équipe d'accueil. Avicenne s'est inspirée d'une autre Maison des adolescents, celle du Havre, qui ressemble à toute autre maison dans la ville ; d'où l'installation dans ce pavillon.

Lieu d'accueil et de suivi

La Maison est à la fois un lieu d'accueil, de consultations et de soins. « Nous sommes ici dans un service ambulatoire et il n'y a donc pas de lits. L'équipe d'accueil et de soins est pluridisciplinaire », poursuit ce professionnel. Elle est constituée de médecins psychiatres et pédiatres, de psychologues, d'infirmières mais aussi d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, de juristes, soit au total une quinzaine d'intervenants. La Maison travaille en lien avec le service de consultation voisin de l'hôpital ; elle propose des consultations diverses, psychologiques, somatiques, psychiatriques mais aussi des évaluations scolaires, des entretiens éducatifs et sociaux, tout comme un point d'accès aux droits. Ce lieu d'accueil inclut une fibre sociale et culturelle : plusieurs types de suivis sont organisés, individuels, familiaux, transculturels, ainsi que des groupes d'activité de trois à sept adolescents sur divers thèmes : le psychodrame, la musique, l'approche corporelle, etc. Cette structure s'est rapidement avérée un lieu utile

C'est une maison orange où l'on vient à pied. Le Centre d'accueil de soins et d'interventions thérapeutiques pour adolescents (Casita), plus communément appelé la Maison des adolescents d'Avicenne, à Bobigny (Seine-Saint-Denis), est situé dans l'enceinte de l'hôpital du même nom. C'est un pavillon aisément accessible, convivial et qui tranche avec l'ambiance hospitalière traditionnelle. Ouverte en octobre 2004 et dirigée par le professeur Marie-Rose Moro, chef du service psychopathologie d'Avicenne, la Maison accueille des adolescents et jeunes adultes de 12 à 21 ans, habitant à Bobigny ou dans les communes limitrophes. Une expérience originale d'écoute et de suivi psychologique. L'accueil s'effectue dans une ambiance musicale et des bandes dessinées sont à portée de main. L'endroit est chaleureux même si le cadre est un peu désuet : « Certains ados commentent par dire que c'est moche et que cela

au cœur de ce département de Seine-Saint-Denis qui se caractérise par une population jeune. Ici plus qu'ailleurs les psychiatres et pédopsychiatres sont de moins en moins nombreux. Résultat : la Maison accueille les jeunes au rythme de cinq cents par an.

Risques multiples

Les jeunes qui viennent consulter à « Casita » sont souvent en situation psychologique, sociale et économique difficile, à l'image là encore de ce département, l'un des plus pauvres de France. Les jeunes de moins de 20 ans y sont plus de 28 % contre 19 % à Paris. Le taux de chômage est particulièrement élevé. Difficultés de scolarité et de formation, précarité, violence urbaine, etc., touchent de plein fouet la population. Nombre d'indicateurs sanitaires du département sont inquiétants, en particulier l'augmentation du nombre de cas de sida déclaré et de tuberculose. Selon l'Observatoire régional de la santé, « le nombre de décès pour causes extérieures de traumatismes, empoisonnements ou suicides qui touchent les jeunes y est plus important qu'ailleurs ». L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) précise, notamment dans

un rapport du Haut Comité de la santé publique sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes (février 2000), que certains jeunes présentent une grande souffrance psychologique associant des risques multiples tels que des difficultés scolaires, des plaintes somatiques, des addictions, des troubles du comportement ou alimentaires, des conduites à risques. « *Il s'agit bien d'une population à risques sollicitant de plus en plus les circuits de la santé mentale* », résume un professionnel de l'équipe de la Maison des adolescents.

Maillage d'infirmières scolaires

« Casita » accueille donc des jeunes en mal-être. L'équipe assure une écoute des jeunes et de leurs familles au téléphone ou sur place (*lire interview page suivante*). Ce centre fonctionne grâce à un réseau de professionnels de l'adolescence implanté dans les communes limitrophes de Bobigny, constitué en 2002, et intitulé « Adolescents autour d'Avicenne ». Ce réseau réunit les établissements scolaires, les collectivités (conseil général), les administrations et services de l'État (tribunal, protection judiciaire de la jeunesse), les missions locales d'accueil des jeunes ainsi que des professionnels de la psychiatrie adulte et enfant. L'un de ses points forts est le maillage qu'ont constitué les infirmières scolaires : soixante-cinq, réparties sur les communes concernées. Les membres de ce réseau se fédèrent autour de la Maison, échangent leurs expériences et s'enrichissent mutuellement. La Maison des adolescents est sur un rythme de croisière de quatre à cinq cents patients suivis. De toute nature, de toute souffrance. Ils y trouvent une écoute et un suivi que ne peuvent pas offrir les structures traditionnelles de soins.

Denis Dangaix

Journaliste.

C/O Maison des adolescents-Casita.
125, rue de Stalingrad 93009 Bobigny.
Consultation d'accueil gratuite :
Tél. : 01 48 95 73 02
Consultation multidisciplinaire :
Tél. : 01 48 95 73 01
Jours et heures d'ouverture : lundi de 15 h à 19 h, mardi, jeudi, vendredi de 14 h à 19 h, mercredi de 11 h à 19 h.

De Cochin à la Pitié-Salpêtrière, l'éclosion des Maisons de santé pour adolescents

S'adapter aux disponibilités des jeunes

Il est enregistré chaque année, en hospitalisation, plus de vingt mille séjours de jeunes de 12 à 19 ans (vingt mille sept cents en 2003). Plusieurs rapports – dont celui élaboré en 1999 par le groupe de réflexion présidé par le professeur Gérard Lasfargues – insistent sur l'accueil des adolescents. Il est signalé, que ce soit en pédiatrie ou en service adultes, dans les services à orientation chirurgicale (48,5 %) ou de spécialité médicale (51,5 %) il convient de s'assurer que l'organisation et le fonctionnement des services offrent des réponses adaptées aux besoins et aux modes de vie de ces jeunes. Une enquête conduite aux urgences de l'AP-HP, en 1999, a montré que 57,9 % des urgences étaient chirurgicales, 31,2 % étaient médicales, 5,5 % gynécobstétricales. Elles concernaient la contraception et les IVG dans 5,1 % des cas. Les urgences pédopsychiatriques étaient repérées dans 0,2 % des cas. Or, bon nombre de ces jeunes (42 %) avaient déjà consulté aux urgences depuis un an et 50,4 % avaient vu un médecin dans le mois précédant l'étude. Enfin, aux urgences médico-judiciaires, dix mille jeunes âgés de 13 à 20 ans ont été suivis en 1998.

La prise en charge des adolescents est une priorité affichée pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour la région Ile-de-France. Ce message, réaffirmé lors des inaugurations dernières de « Casita » à Bobigny ou de la Maison de Solenn à Cochin, à Paris (en novembre 2004), s'appuie sur de réelles expériences dans le domaine. D'importants travaux de recherche (Inserm) et différents travaux – dont le rapport du Haut Comité de la santé publique sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes – ont montré la nécessité d'une approche globale, prenant en compte les multiples aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Des expériences existent. Certaines, anciennes, comme les prises en charge en hospitalisation à la Pitié-Salpêtrière (service du professeur Mazet) ou à Robert-Debré (service du professeur Mouren-Simeoni). En médecine, en complémentarité des services de spécialité, l'AP-HP a soutenu, dès les années quatre-vingt, le développement du service de médecine de l'adolescent du docteur Alvin à l'hôpital Bicêtre. En 2000 était créé à Jean-Verdier (Seine-Saint-Denis) le même type de service (professeur Gaudelus).

Dans le réseau AP-HP, outre Avicenne (Bobigny) et Cochin (Paris), on trouve des structures voisines à la Pitié-Salpêtrière (Paris 13^e), Bicêtre (Val-de-Marne), Robert-Debré (Paris 19^e). L'AP-HP soutient également l'Espace santé-jeunes de l'Hôtel-Dieu (Paris 4^e), ouvert en 1998, l'espace Plein Ciel à Necker-Enfants malades (Paris 15^e) et le Salon des adolescents à Armand-Trousseau (Paris 12^e).

« Permettre aux adolescents d'accéder à l'écoute et aux soins »

Entretien avec Benoît Dutray, pédopsychiatre, coordinateur de la Maison des adolescents d'Avicenne à Bobigny.

La Santé de l'homme : Pourquoi cette « Maison des adolescents » ?

Benoît Dutray : La Maison est née d'un constat que nous avons dressé après plus de dix années d'expérience accumulées dans le service de psychopathologie d'Avicenne, dirigé par le professeur Marie-Rose Moro : le délai est de plus de trois mois entre la demande de consultation et le premier rendez-vous ; c'est long et difficile pour les adolescents, pour lesquels se retrouver devant le psychiatre n'est en outre pas une partie de plaisir.

À l'hôpital, on les voit donc souvent tardivement, quand les choses ont évolué et qu'ils se retrouvent dans une situation d'impasse psychique ; certains renoncent même à nous dire ce qui ne

va pas, car ce temps-là est passé ! D'où l'intérêt de notre Maison des adolescents, qui offre un accueil et une écoute immédiats, en plus de la proximité. La Maison est un lieu d'accueil, de consultation et de soins ; pas d'urgence, car l'hôpital est là pour cela. Nous essayons de répondre à la demande des adolescents, qui, auparavant, n'ont pas eu accès aux soins pour les pathologies dont ils souffrent. Pour ce faire, ils peuvent même venir sans rendez-vous.

S. H. : En quoi l'accueil de la Maison diffère-t-il de celui d'un hôpital ?

Tout d'abord, le lieu diffère : nous sommes certes dans l'enceinte d'un hôpital mais dans un pavillon qui communique directement vers l'extérieur. Ensuite, la différence majeure se situe au niveau de la consultation d'accueil. Chez nous, il n'y a pas de filtre d'accueil et nous – c'est-à-dire une équipe plurielle (NDLR : voir article précédent) – proposons aux adolescents de une à trois consultations. Ces trois consultations sont gratuites, en accord avec nos tutelles. Je dirais qu'il y a un « avant » et un « après » cette consultation d'accueil, qui est très souvent courte et intense. Notre obligation n'est pas d'aboutir à un résultat mais bien de créer une relation pour savoir ce que l'on peut leur apporter. Si ces trois consultations ne sont pas suffisantes, le travail se poursuit en consultation à la Maison ou auprès de professionnels extérieurs. En résumé, l'objectif est bien de permettre aux adolescents d'accéder à l'écoute et aux soins.

S. H. : Vous travaillez en réseau avec des intervenants de divers horizons : médical, social, judiciaire. Comment cohabitent ces différentes approches ?

Dans un réseau comme celui de la Maison des adolescents, ce qui compte vraiment, c'est la représentation de

notre travail institutionnel. Nous devons, chacun, réfléchir sur cette représentation car nous ne travaillons pas sur le même mandat. Je travaille sur le mandat qui m'est confié par l'adolescent, par les parents, pas par le juge, par exemple. Le monde médical n'a pas la même représentation que celui du juge. Et, pourtant, nous œuvrons en complémentarité.

S. H. : Vous n'êtes pas un centre de thérapie familiale. Pourtant, vous dites qu'il est indispensable que les parents viennent. Pourquoi ?

Nous avons besoin de travailler avec les parents. C'est une priorité absolue. Si un jeune vient seul, on va lui proposer qu'il en parle avec ses parents et qu'ils viennent ensemble. Mais il faut se poser la question au cas par cas. Si 75 % des adolescents viennent avec leurs parents au moment de la première consultation, 25 % viennent seuls. Nous avons besoin de beaucoup nous parler pour que les choses se mettent en place. Nous ne sommes pas des « superparents » ! Et personne n'est là pour prendre la place des parents. En aucun cas, la présence des parents ne doit nuire à l'espace psychique de l'enfant. Se parler, s'écouter, mettre en place une relation de confiance... c'est ce que l'on nous demande.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**.

Solenn, une Maison pour les adolescents anorexiques

La Maison de Solenn, structure pluridisciplinaire dédiée à la prise en charge de l'adolescence, a vu le jour le 17 novembre 2004 sur le site du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul (Paris 14^e). La Maison de Solenn, du nom de la fille du journaliste Patrick Poivre d'Arvor, décédée en 1993, est un Espace santé dans lequel les jeunes entre 12 et 19 ans peuvent consulter des éducateurs ou des médecins. Cette Maison des adolescents comprend également vingt lits d'hospitalisation destinés à accueillir des adolescents souffrant de diverses pathologies, dont l'anorexie. Des « soins culturels » visant à compléter l'approche médicale des adolescents par l'éducation, la musique, la danse, la cuisine, l'informatique ou encore le jardinage sont également prévus. Elle est dirigée par le professeur Marcel Rufo, pédopsychiatre, qui se plaît à rappeler souvent que « les adolescents ont ceci de particulier qu'ils ne peuvent pas être mélangés avec des enfants ou des adultes ».

Pour en savoir plus

- www.aphp.fr
- www.clinique-transculturelle.org
- Moro M.-R. *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris : Hachette Littératures, coll. Pluriel / Psychanalyse, 2004 : 192 p.

Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ?

Les médecins et les pharmaciens sont les acteurs de santé publique les plus proches de la population. Paradoxalement, leurs rôles respectifs se cantonnent souvent aux soins et au bon usage du médicament. Or, ces professionnels peuvent jouer efficacement les premiers rôles en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

Nous avons demandé à une vingtaine d'experts de dresser un panorama de la situation actuelle. Parmi ces contributions, le professeur Alain Decache, de l'université de Louvain, souligne à quel point les médecins et les pharmaciens représentent le premier « gisement » de compétences pour remplir cette fonction d'éducation pour la santé. Le président d'Aides, Christian Saout, préconise pour sa part plusieurs mesures concrètes – consultations médicales de prévention, espaces de confidentialité dans les pharmacies – pour y parvenir. Nous vous présentons aussi des résultats de la nouvelle enquête Baromètre santé menée auprès des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine : ces professionnels jouent un rôle « éducatif » croissant mais les médecins peinent à faire adhérer leur patient à une démarche non curative et les pharmaciens manquent de temps pour développer cette activité.

Dans sa deuxième partie, ce dossier souligne notamment le déficit en formation des médecins et autres professionnels de santé sur l'éducation. Mais ici et là des initiatives intéressantes émergent. Ainsi, dans cinq régions pilotes, des médecins et des pharmaciens ont bénéficié de moyens privilégiés pour pratiquer l'éducation à la santé dans leurs cabinets/officines ; les résultats de cette enquête viennent d'être rendus publics, ils sont encourageants.

Enfin, place aux actions de terrain : en Belgique, le médecin généraliste Jean Laperche explique comment les « maisons de la santé » parviennent à fonctionner, sans pour autant devenir la norme. En France, Pierre Moulin, également médecin généraliste, explique comment, associé à d'autres professionnels, il prend en charge des « fracassés de la vie » dans un centre d'accueil. Au final, tous ces praticiens soulignent que ces démarches contribuent à améliorer la santé des personnes prises en charge. Tous également déplorent le manque de reconnaissance de leur travail qui ne peut en aucun cas se résumer à un bilan chiffré.

Dossier coordonné par **Maryse Karrer**, chargée de mission, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, **Isabelle Vincent**, médecin, directrice adjointe de la direction de la Communication et des Outils pédagogiques, INPES.

Yves Géry

Éducation pour la santé en médecine et à l'officine : **sortir des vœux pieux !**

Il n'est pas une semaine – voire même un seul jour – sans que ne paraissent dans la presse professionnelle plusieurs articles traitant de sujets de prévention et d'éducation pour la santé dans lesquels le rôle « essentiel », voire « majeur », des médecins généralistes est souligné. De même, le rôle du pharmacien d'officine s'affirme dans les domaines du conseil, de la prévention, de l'observance, de la veille sanitaire et de l'accompagnement des malades.

Ces professionnels sont effectivement sans cesse, et de plus en plus, sollicités par les pouvoirs publics, les agences sanitaires, l'Assurance Maladie pour remplir, en complément de leur rôle dans les soins curatifs, un ensemble de mis-

« Intégrer concrètement l'éducation pour la santé dans les pratiques des professions médicales. »

sions de maintien en santé de la population. Qu'il s'agisse des déterminants de santé majeurs : tabac, alcool, nutrition ; de la lutte contre les maladies infectieuses ou également des questions d'amélioration de la prise en charge des malades chroniques, ces professionnels de santé de première ligne sont invités sans relâche à transmettre à leurs patients/clients des informations sur l'état de la science sur de multiples sujets de santé, à conseiller sur ce qui leur semble bon et aussi à aider les personnes à faire des choix concernant leur santé... Remettre en cause l'implication et le rôle de ces professionnels dans la prévention et l'éducation pour la santé serait pour le moins aujourd'hui ni politiquement, ni médicalement correct !

Face à tous les discours, orientations prioritaires, lois et décrets, plans nationaux et régionaux, et à la masse d'informations diffusées par les opérateurs privés, comment les médecins et les pharmaciens peuvent-ils endosser ces nouveaux rôles ? Quels moyens financiers, organisationnels mais aussi de formation ont-ils à leur disposition ? Comment les aider à s'approprier et à mettre en pratique les nouvelles infor-

mations utiles à leur pratique ? Quels peuvent être les leviers qui permettraient à chaque professionnel d'adopter dans sa pratique quotidienne non pas une attitude prescriptive ou de contrôle mais bien une attitude éducative, centrée sur les besoins et attentes du patient et dans le respect des personnes ?

Comment également éviter le discours non suivi d'effet lorsque l'on parle de donner enfin la priorité à la prévention ? Le risque étant d'instaurer à terme entre professionnels et patients des relations de double contrainte qui risqueraient fort de créer des tensions de plus en plus fortes entre les uns et les autres...

Au carrefour de nombreuses réflexions sur la consultation de prévention, la réforme de l'Assurance Maladie et de l'organisation de la Formation médicale continue (FMC), ce dossier donne la parole et expose les points de vue et l'état de la réflexion de nombreux acteurs clés de ces deux professions. Il se propose de donner un aperçu de l'état de la réflexion de ces professionnels, à la fois dans le domaine des concepts et des pratiques professionnelles, par des exemples d'actions éducatives et dans les contenus de formation.

Gageons qu'il contribuera à enrichir les débats pour finalement davantage intégrer, de façon concrète et pragmatique, l'éducation pour la santé dans les pratiques des professions médicales.

Dr Isabelle Vincent

Directrice adjointe,
direction de la Communication
et des Outils pédagogiques,

Maryse Karrer

Chargée de mission,
direction du Développement
de l'éducation pour la santé
et de l'éducation thérapeutique, INPES.

Éducation pour la santé : reconnaître les « nouveaux rôles » des médecins et pharmaciens

Les professionnels de soins ne peuvent plus se cantonner dans le curatif. Avec la mise en cause croissante des comportements de santé dans les problèmes de santé publique, tant les médecins que les pharmaciens intègrent de plus en plus prévention et éducation du patient dans leur pratique quotidienne. Pour Alain Deccache, ces professionnels sont les opérateurs de proximité par excellence, ce qui exige une réforme radicale de leur fonction tant comme acteurs de santé publique que comme cliniciens.

Dans toute relation de soins, l'éducation des patients existe de fait, même informellement. Elle peut être développée et occuper une part importante des soins ou limitée et ne concerner que des moments d'instruction sur le traitement. Elle peut aussi prendre plusieurs formes, plus ou moins adéquates, que ce soit sur le mode vertical, du professionnel détenteur du savoir vers le patient ignorant ou sur un mode plus horizontal où chacun participe à la construction d'une solution thérapeutique par un apprentissage réciproque. Elle est liée à la qualité de la communication entre les professionnels et les patients (écoute, confiance, participation, respect, aide) et à celle des informations partagées, de part et d'autre. Du patient vers le soignant, sur l'histoire de la maladie, la description des symptômes ou de la plainte, les difficultés rencontrées, l'aide au diagnostic, et le vécu personnel et subjectif de la maladie sur le plan sanitaire, psychique et social ou professionnel. Et du soignant vers le patient sur les informations claires sur le traitement à suivre, la recherche d'une adhésion aux traitements proposés, la modification des connaissances et compétences d'autosoins, le soutien et le renforcement dans l'adaptation à la maladie, les modifications des représentations de la santé ou des maladies. Elle est incluse dans tout projet thérapeutique (1).

C'est dans leurs « institutions » (cabinet, centre de santé) et leurs « extensions » (domicile du patient, parfois

hôpital, etc.) que s'exercent les fonctions de soignant et de conseiller-éducateur, pour le médecin généraliste et les autres soignants de ville (kinésithérapeute, infirmier, diététicien, etc.), et c'est dans son officine que se joue le rôle de conseiller de santé pour le pharmacien. Cette situation implique à la fois proximité, fréquence de contacts et connaissance du patient. Elle diffère en cela de celle des soins hospitaliers. Les conséquences pour l'éducation du patient seront abordées plus loin.

Pharmacien, éducateur ?

Le rôle éducatif du pharmacien ne peut être abordé de la même manière que celui des autres soignants. Dans les lieux de vie des patients, les pharmaciens jouent ou pourraient jouer un rôle préventif important. Ils sont les plus consultés, voient les patients parfois plus souvent que les autres soignants, et notamment au moment de la délivrance des médicaments, moment privilégié pour l'information et l'éducation au bon usage. Toutefois, le statut socio-

professionnel et le fonctionnement des pharmaciens en font un professionnel de santé « à part », en raison notamment des enjeux financiers et de l'image « commerçante » qui leur est associée, à tort ou à raison. En effet, l'information et l'éducation d'une personne ou d'une population sont liées d'abord à la crédibilité des sources et ensuite à la compréhensibilité, l'adéquation ou la pertinence des savoirs transmis. Et la crédibilité est elle-même dépendante des conflits d'intérêts possibles entre celui qui informe et celui qui est informé. Or, la crédibilité des médecins et autres soignants est indiscutablement meilleure que celle des pharmaciens.

Si les pharmaciens sont critiqués en raison de l'enjeu et de l'aspect commercial de leur démarche... ils restent toutefois reconnus comme source fiable et nécessaire d'information sur les médicaments par les professionnels de santé. En 1981 déjà, un sondage de la Sofres (2) montrait que 70 % des gens faisaient confiance au pharmacien, et 83 % au médecin. Cette confiance semble aujourd'hui parfois mise à mal : en 1994, le médecin occupait le premier rang en matière de crédibilité, sur le plan de l'information de santé, et le pharmacien seulement le 4^e (3). Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît depuis longtemps le rôle du pharmacien comme maillon important des soins de santé primaires. Il est, avant le médecin et après la famille, le premier recours pour les problèmes de santé courants. Les pharmaciens délivrent des médicaments, des produits de soins de santé (désinfectants, pansements, etc.) et d'autres, sur ou sans prescription médicale. Ils accompagnent fréquemment ces actes de conseils et d'informations (4). Peut-on pour autant parler de rôle préventif ou éducatif ?

L'éducation des patients consiste, dans le cadre de l'officine, à expliquer les prescriptions et les posologies des médicaments, les risques d'effets secondaires de même que les avantages, observables ou non, que le patient retirera de son traitement, à promouvoir le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, à expliquer et informer sur la maladie et les traitements, soutenir et accompagner humainement le patient, intervenir dans la gestion des crises, et plus largement

informer, promouvoir le dépistage, les vaccinations, et orienter vers des comportements plus favorables à la santé.

En dehors de l'officine, la participation de pharmaciens aux campagnes de prévention, nationales ou locales, et notamment comme relais à l'intérieur même de leur communauté (écoles, clubs, etc.), est une activité non négligeable. Elle est également efficace : plusieurs études en Suède, au Canada ou en Grande-Bretagne l'ont montré : augmentation nette d'usage correct de stéroïdes, de comportements de prévention du mélanome, de participation de la population à des dépistages et des vaccinations (5). En outre, ces études rapportent des effets positifs secondaires, sur la satisfaction du public et des pharmaciens eux-mêmes, et sur l'image professionnelle améliorée (6).

Soignant et éducateur ?

La fonction des soignants est d'abord curative, en réponse à une demande (plainte ou motif de consultation) ou à un constat de problème de santé. Deux autres fonctions existent, préventive (prévention de complications et rechutes, dépistage présymptomatique, vaccinations, etc.) et palliative (patient en fin de vie, accompagnement de l'entourage), elles aussi liées à la demande de soins (7).

Si la fonction curative du médecin semble aller de soi, parce que liée à la fois à la formation médicale (encore peu orientée vers la prévention) et aux représentations tant sociales que professionnelles du rôle du médecin (où le curatif reste dominant), la prévention occupe une place variable dans les pratiques. Et, si la formation prépare peu à cette fonction, les médecins l'intègrent de plus en plus dans leur vision de leur rôle, à la fois comme réponse à une demande et comme une nécessité (dans la prise en charge des maladies chroniques notamment). Toutefois, la majorité reste persuadée qu'une pratique systématique de la prévention est difficile. La prévention s'inscrit dans une logique de santé publique, qui s'oppose parfois à celle de santé individuelle, au cœur même de la relation thérapeutique, et dans laquelle le médecin est amené à prendre des positions et des décisions qui favorisent un patient (ou sa santé) au détriment de la « santé publique ».

Et pourtant, la prévention, longtemps perçue comme le côté « santé » de la médecine, n'est en réalité qu'une partie de la « logique de maladie » : on ne prévient que les risques et les maladies. Cette logique s'inscrit dans une vision de la santé comme absence de maladie, la maladie étant le référent. Or, l'adoption de la définition de l'OMS, « *la santé comme état de bien-être physique, mental et social...* » (1946) a rendu nécessaire de déplacer le lieu de référence, de la maladie vers la santé « positive ». Ce mouvement correspond d'ailleurs mieux aux logiques de santé des « gens », patients ou non. C'est aussi probablement un des aspects majeurs du concept de promotion de la santé, qui intègre prévention de la maladie et maintien ou amélioration de la santé, en ouvrant la place à une double logique :



Au débat sur la place de la prévention dans la pratique médicale clinique vient s'ajouter celui de la place de la promotion de la santé comme moyen de centrer l'attention sur la santé (le non-problème) en plus de la maladie (le problème). En outre, la pratique médicale est fondée, du point de vue du patient, sur l'existence de problèmes (plainte, motif de consultation), et, du point de vue de la discipline médicale, sur une logique, la démarche de résolution de problème (diagnostic puis traitement). Cette démarche doit être élargie à une approche autre (par exemple, partir de situations de « non-problème », d'aspirations de santé) si l'on veut que la promotion de la santé trouve une place dans la pratique médicale.

Par ailleurs, en trente ans, l'explosion de la prévalence des maladies chroniques (et des polyopathologies qui les accompagnent souvent) a attribué un rôle de plus en plus important au médecin de famille, au généraliste... Dans ces maladies qui ne se guérissent pas, qui se soignent et se « gèrent » dans la durée et la continuité et dans le cadre de la vie quotidienne des patients et de leurs familles, le médecin généraliste reste indubitablement le mieux placé des professionnels de santé pour assurer le suivi, le lien avec les soins spécialisés, la gestion des traitements de fond et,

partant, l'éducation « thérapeutique » des patients au traitement (qui inclut la prévention secondaire et tertiaire des risques, des phases aiguës, des complications, etc.).

Ces maladies chroniques diffèrent des maladies aiguës, notamment par l'existence de traitements :

1. complexes, plus que médicaux (alimentation, hygiène de vie, surveillance des symptômes, etc.) ;
2. de longue durée (de fond, bien plus difficiles à suivre qu'une simple prise de médicaments pendant quelques jours) ;
3. souvent en phase asymptomatique (les patients doivent suivre des traitements quasi préventifs, sans perception d'amélioration immédiate ou de soulagement) ;
4. qui interfèrent avec les habitudes et les projets de vie (et nécessitent une aide tant à la mise en place qu'au maintien...);
5. qui sont de la « responsabilité » du patient lui-même (ce qui rend indispensables une éducation et un apprentissage de ces traitements) (3).

Il y a donc clairement un changement de rôle pour le généraliste et les autres soignants de proximité, nécessitant un nouveau cadre professionnel (déontologique, financier, etc.) et des compétences de relation, de commu-

nication et d'éducation. L'éducation est ici définie comme l'association d'actions d'information, d'explication, d'aide à l'apprentissage pratique, de conseil personnalisé et d'accompagnement psychosocial, inscrit dans la durée d'une relation de soins. Tout ce qui n'inclut pas simultanément ces différents ingrédients ne peut être considéré réellement comme de l'éducation.

Pratiques et concepts...

Toute pratique procède d'un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options. Les possibilités de choix sont déterminées par le mode d'explication que l'on a de la situation. C'est vrai pour la pratique de soins (un traitement est choisi en fonction du diagnostic posé, lui-même effectué en fonction de la théorie « causale » sous-jacente), comme pour les pratiques éducatives (comme on s'explique le comportement du patient devant sa santé on choisira des moyens d'aide et d'éducation : information, explication, exercice pratique, écoute et conseil, etc.

En tant que pratiques, l'éducation pour la santé et l'éducation du patient n'échappent pas à ce phénomène. Les définir, dans un contexte de médecine générale, revient donc à clarifier les valeurs, concepts, théories et pratiques

en question. Qu'est-ce que la santé, la médecine... ? Qu'est-ce qu'un patient ? Qu'est-ce que l'éducation pour la santé ?

Quatre éléments sont communs et indispensables à toute définition de l'éducation pour la santé :

- la communication de savoirs : sans elle, il ne peut y avoir d'acte éducatif. Une mesure de vaccination obligatoire peut prévenir des maladies et maintenir la santé mais elle ne constitue pas de l'éducation pour la santé. Selon la vision que l'on a de l'éducation, il s'agira de transmission (unilatérale), de transfert, d'échange ou de reconstruction mutuelle des savoirs entre celui de l'éducateur, plutôt objectif et professionnel, et celui de l'apprenant, plutôt subjectif et lié à l'expérience personnelle ;
- l'objectif de santé (ou de maladie) : comme le soin, l'action d'éducation a comme objectif explicite d'améliorer la santé d'une personne ou d'une population. Que la santé soit perçue comme objet scientifique, biologique ou comme réalité sociale et subjective, qu'elle soit limitée à l'instant ou intégrée dans une dynamique (évolution de la santé), qu'elle soit abordée négativement (par rapport à la maladie) ou positivement (par rapport au bien-être, par exemple), elle doit rester la finalité de l'éducation comme du soin. Les effets « économiques » sont de ce fait secon-

daïres, et concernent l'efficacité de l'éducation et du soin ;

- l'intention d'éducation : l'acte éducatif est port e au moins par celui qui éduque (qui aide à apprendre). Tout acte humain est porteur d'expérience et donc d'apprentissage mais seule l'intention d'éduquer fait l' ducation. De plus, sur un plan éthique, il serait souhaitable que le patient, apprenant, soit aussi conscient et porteur de l'intention éducative, ici l'intention d'apprendre sa santé ou sa maladie ;

- la durée : toute éducation s'inscrit dans le temps et la durée. Elle permet la compréhension, l'appropriation, la mise en pratique, les erreurs, les ajustements, etc., des savoirs, des compétences et des comportements de santé. Un acte « de transmission de savoir » isol e, non r ep et e, qui n'articule pas les apprentissages qu'il vise dans une chronologie, peut difficilement être consid er e comme de l' ducation. Tout au plus serait-ce de l'information de santé.

Par ailleurs, même si l'éducation pour la santé vise les modes de vie favorables à la santé, elle ne s'arrête pas aux comportements et au « savoir-faire ». Elle concerne aussi les aspects psychosociaux de la santé. Aider une personne, un patient, à apprendre à se sentir et à être capable d'agir sur sa santé, à se sentir et à être responsable (dans la mesure du possible) de sa santé, à avoir envie de maintenir ou améliorer sa santé, à prendre conscience de risques ou d'enjeux de santé, c'est aussi et surtout de l'éducation pour la santé.

 ducation pour la santé ou éducation du patient ?

On distingue classiquement les personnes auxquelles s'adresse l'éducation pour la santé, en « bien-portants » et en « malades » (chez qui l'on a posé un diagnostic de maladie) : dans ce dernier cas, l'éducation pour la santé vise plus à « apprendre la maladie » que la santé, l'un n'excluant pas l'autre. Plus encore, cette éducation du patient peut s'inscrire dans le cadre de mesures thérapeutiques, c'est-à-dire du traitement prescrit, et vise alors spécifiquement le suivi de ces traitements et les comportements de soins des patients. Certains préfèrent l'appellation «  ducation thérapeutique du patient », consacr e par l'OMS et visant à renforcer la responsabilité soignante dans l'éducation du patient.

Pour désigner l'éducation plus largement dirig e vers la maladie (plutôt que vers la santé) et le malade, on parle d'«  ducation du patient » ou encore, pour intégrer l'éducation à la maladie et la santé, d'«  ducation pour la santé du patient ». Par patient, j'entends, pour des raisons pratiques li es aux lieux et nature de la relation, « *une personne engag e volontairement dans une relation de soins avec un professionnel des soins* ». Le patient est alors défini en fonction de sa démarche (consulter) et de son « interlocuteur » (professionnel de soins), et non en fonction de son  tat. Pour un obstétricien, une femme enceinte en consultation est une patiente... pour un dentiste, une personne en consultation pour un examen préventif est un patient... sans que cela n'implique de souffrance ou de maladie. Plus encore, reconnaissant qu'un « patient chronique » ne pouvait être consid er e comme malade lorsqu'il est « bien  quilibr e », en état stable, l'OMS (8) propose le concept de « *personne malade en bonne santé* » (*Healthy ill people*) pour désigner cet  tat.

L' ducation du patient peut ainsi être consid er e, au sens large, comme une éducation pour la santé, dirig e vers des personnes ou groupes engag es dans une relation de soins. Elle comprend donc tant l'éducation pour la santé que l'éducation à la maladie, regroupant du même coup tous les types de prévention : primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire et autre... ou du moins les aspects «  ducatifs » de la prévention.

Prévention,  ducation et promotion de la santé

Le rôle de santé publique du médecin généraliste (conseils, dépistage, vaccinations, examen de santé, etc.) devient donc autant un rôle de gestion et de prévention des maladies que de maintien et d'amélioration de la santé.

Chez la personne souffrant d'une affection aiguë, il n'y a, par rapport à son état du moment, qu'une approche possible, et elle est thérapeutique, curative. Chez celle qui est atteinte d'une maladie chronique, l'approche thérapeutique s'est étendue du curatif (en situation de crise) vers le préventif ( viter les rechutes, éloigner les complications et les crises, stabiliser l'état et si possible l'améliorer). Cette logique a été

  la base du développement des programmes de réhabilitation (cardiaque, pulmonaire, etc.) et d'éducation du patient ! Elle va plus loin maintenant, et l'objectif de santé (et non plus seulement de maladie) y revient à chercher à maintenir et développer les potentialités et capacités d'adaptation et d'équilibre des personnes atteintes d'affections chroniques.

La relation entre prévention, éducation pour la santé, éducation du patient et promotion de la santé devient ainsi plus claire : les trois premières « activités » font partie de la promotion de la santé mais n'en sont qu'une partie. En effet, la « promotion de la santé » combine des activités et mesures sanitaires (médicales), éducatives, légales et environnementales, les deux premières étant du ressort des professionnels de santé. Ceux-ci peuvent, à titre professionnel ou encore comme citoyens, s'intéresser aux aspects environnementaux et légaux de la promotion de la santé, par la participation à des groupes de pression ou encore l'action politique. De plus, chaque activité agit sur deux volets, correspondant aux deux logiques de santé : la prévention de la maladie et le maintien ou l'amélioration de la santé. Pour qu'il y ait promotion de la santé, il faut à la fois des activités d'éducation et d'autres actions, sanitaires, sociales ou légales.

Soins de proximité et suivi des patients

Au début de cet article, j'ai rappel e que les soins et l'éducation prennent place dans un contexte institutionnel, portant à trois les types d'acteurs impliqu es : soign e, soignant, et institution de soins. En effet, la nature, la structure et le projet de l'institution (cabinet de médecine générale ou sp ecialis e, centre de santé, clinique, hôpital, association de patients, etc.) influencent le type d'éducation r ealis e. On ne fait pas de l'éducation-prévention du tabagisme auprès des personnes souffrant d'asthme, de la même manière (contenus, moyens, méthodes, acteurs) dans un service hospitalier de pneumologie-allergologie, dans un « département de protection de l'environnement » d'une mairie, dans une association de patients asthmatiques ou dans le cabinet d'un médecin généraliste. On peut donc s'attendre à ce que les effets de l'éducation y soient différents (sensibilisation

collective au risque, mesures d'hygiène de vie, acceptation du handicap éventuel, mesures personnalisées d'éviction d'allergènes ou comportements thérapeutiques). Même l'évaluation qui en découle est différente : évolution des savoirs des patients, des composantes psychosociales de leur situation, de leurs comportements de santé, de leur observance, des effets cliniques et biologiques, voire de la morbidité ou de la mortalité, etc.

Le médecin généraliste et autres soignants de ville sont donc tout autant sinon plus que le médecin spécialiste et les soignants hospitaliers concernés par la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Autant, parce que l'éducation « sanitaire » des patients est un élément de qualité de la médecine, un critère d'amélioration de l'efficacité des soins et de leurs effets sur la santé. Plus parce que le médecin de famille a plus que tout autre une légitimité à s'intéresser à la santé (et non seulement à la maladie) de « ses » patients,

dont il connaît souvent mieux que d'autres les projets, les conditions et les difficultés de vie, choses qui restent souvent, par absence de continuité des soins, hors du champ d'action des soignants hospitaliers. Cette spécificité se retrouve aussi chez les autres soignants de ville, qui eux aussi peuvent tirer avantage d'une bonne connaissance du patient et de son environnement, en plus de leur connaissance de sa maladie.

Chez le pharmacien, toutefois, ces aspects sont moins présents, et la relation est de nature différente. Pour que ces professionnels de santé puissent jouer le rôle qu'ils réclament, il faudra d'abord modifier leur « image », de celle de commerçant spécialisé à celle de conseiller de santé (9). En outre, il faudra qu'ils déterminent ce qui dans leur pratique et dans leur cadre institutionnel peut favoriser ou défavoriser des pratiques d'information, honnête, complète, pertinente, et d'éducation utile, pratique et suivie. La conversion n'est pas facile car elle passe par les repré-

sentations que la population a des professions. En Belgique, par exemple, la récente réforme du code de déontologie de l'ordre des pharmaciens permet dorénavant la publicité pour une officine, contrecarrant les efforts de changement d'image et de rôle du pharmacien initiés depuis quelques années dans le but de renforcer le rôle de conseiller de santé.

Alain Deccache

Professeur, unité d'éducation pour la santé (Reso), école de Santé publique, faculté de médecine, université catholique de Louvain, Bruxelles.

► Références bibliographiques

- (1) Deccache A., Laperche J. *Se soigner sans médecins ? Éducation du patient et démographie médicale*. La revue du praticien, médecine générale 2001 ; XV, 553, 2 :1945-8.
- (2) Clément A., Laurens C. *Pharmaciens : la confiance trahie*. Cinquante millions de consommateurs, juin 1982, 138 : 3-7.
- (3) Deccache A. *La compliance aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale*. Thèse de doctorat en santé publique, université catholique de Louvain, Bruxelles, 1994 : 404 p.
- (4) Morrow N.C., Speedy P., Totten C. *Health education perspectives in continuing education programmes for pharmacists*. Health Education Journal 1986 ; (45)3 : 166-70.
- (5) Anderson C. *Health promotion in community pharmacy: the UK situation*. Patient Education and Counseling 2000 ; 39 : 285-91.
- (6) Collin J.-F. *Santé et prévention, Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99*. Vanves : CFES, Coll. Baromètres, 1999 : 64 p.
- (7) Deccache A., Heremans P. (eds). *Prévention, médecine générale et milieux défavorisés*. Commission européenne, DGV, Éd. UCL-Reso, Bruxelles :104-15.
- (8) Kaplun A. (Eds.). *Health promotion and chronic disease: discovering a new quality of health*. World Health Organization, European Series, n°44, 1992 : 432 p.
- (9) Deccache A. *Le pharmacien éducateur pour la santé : réalité ou illusion ?* Science et Officine, 5 déc. 2002 : 7-11.

Consultations médicales : de la communication à l'éducation pour la santé

Comment adopter une démarche d'éducation pour la santé au sein de la consultation ? Qu'apportent les modèles de consultation décrits dans la littérature ? Les compétences requises de la part des médecins pour une communication adéquate au sein de la consultation sont proches des compétences prônées en éducation pour la santé. Cependant, l'éducation pour la santé va au-delà de l'apprentissage de techniques de communication, en soulignant les notions de décision partagée et d'interdisciplinarité. Réflexion à partir des données de la littérature.

La communication interindividuelle joue un rôle important dans la relation médecin-consultant. D'après la littérature scientifique, une meilleure communication dans la relation de soins est souhaitable et possible (1) : elle améliore la qualité de vie des patients, le suivi des traitements et les résultats cliniques ; elle améliore également la satisfaction des patients et celle des médecins. Les compétences en communication peuvent être apprises, retenues et maintenues par les médecins sur le long terme et, contrairement à ce que l'on pourrait penser, une meilleure communication ne génère pas d'allongement de la durée des consultations.

La communication au sein de la consultation est un art complexe : la parole médicale peut être extrêmement structurante en matière d'expérience de maladie (2) et les études sur les temps de parole réciproques du médecin et du patient ont montré toute la difficulté, pour le médecin engagé dans l'élaboration d'un diagnostic, d'écouter le patient sans l'interrompre pour orienter son récit. La communication non verbale joue également un rôle important dans la relation (3). Il existe de nombreuses manières d'animer une consultation et différents modèles de consultation ont été décrits dans la littérature.

Des modèles de consultation disparates

Différents modèles de consultation ont été décrits par des chercheurs à par-

tir de l'observation de la pratique ou proposés par les promoteurs de nouvelles approches. D'une part, ils permettent de prendre du recul vis-à-vis de ce qui se passe au sein d'une consultation médicale. D'autre part, dans la pratique, ils peuvent favoriser l'utilisation régulière de certaines compétences et garantir une cohérence au sein de la consultation et de la relation.

Des modèles analytiques, reposant sur les travaux de sociologues, décrivent des styles idéaux-typiques de la relation médecin-patient (voir article page 18).

Concrètement, l'analyse de la littérature biomédicale (essentiellement des modèles de consultation (4) anglo-saxons, datant des années 1980 et 1990) indique que les consultations comportent généralement trois à dix points qui correspondent :

- soit à des étapes ou des tâches effectuées pendant la consultation, qui vont de la prise de contact initiale à la clôture de la rencontre, en passant par des temps de recueil d'informations, de traduction de la demande, de transmission d'informations, de négociation et de choix avec le patient, de récapitulation des points d'accord ou encore de préparation de la relation à long terme¹ ;
- soit à des dimensions différentes de la consultation. Le modèle dit « centré sur le patient » (5), par exemple, comprend six dimensions : explorer la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient, comprendre tous les aspects de la per-

sonne, trouver un terrain d'entente pour mieux gérer les problèmes, miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, accroître la qualité de la relation médecin-patient, et, enfin, être réaliste.

Des approches favorisant la participation du patient

Parmi les approches développées, certaines favorisent l'implication du patient dans les choix relatifs à sa santé. Ainsi, pour Emanuel et Emanuel (cf. tableau p. 18), le « modèle délibératif » apparaît comme idéal. Il comprend les principales étapes suivantes : délivrer au patient de l'information, donner son avis en tant que médecin, enfin soumettre cet avis au débat en veillant à laisser le libre choix au patient. L'approche « centrée sur le patient » (5) intègre l'expérience unique vécue par le patient, qui est incité à partager le pouvoir dans la relation avec le soignant.

De la même manière, la démarche de *counseling*² renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne qui favorise l'expression de son choix. Parmi les nombreux courants de *counseling* existants, qui se situent à différents niveaux entre une approche « autoritaire » et une approche « passive » du médecin, celui qui a montré le plus d'intérêt est un *counseling* à mi-chemin entre ces extrêmes, un style « coopératif » dans lequel la personne, guidée par le médecin, prend les décisions (6).

Ces modèles sont d'autant plus intéressants que la littérature montre qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales – si elle est souhaitée par le patient – améliore sa satisfaction, diminue son anxiété et améliore sa santé (7).

Le lien avec l'éducation pour la santé : quel objectif et quelles démarches ?

Dans une perspective de promotion de la santé, l'objectif visé par l'éducation pour la santé est de permettre aux personnes d'acquérir les ressources qui leur permettront de participer activement aux choix concernant leur santé, à un niveau individuel et collectif.

La promotion de la santé vise le développement des « compétences psychosociales » des personnes, c'est-à-dire « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, [...] ou l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » (8) L'éducation pour la

santé fait appel au concept d'« *empowerment* » de la personne, c'est-à-dire au « *processus par lequel un patient augmente sa capacité à identifier et satisfaire ses besoins, résoudre ses problèmes et mobiliser ses ressources, de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie.* » (9) L'éducation thérapeutique du patient, telle que définie par l'OMS, « *a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et de leur permettre de faire face au suivi quotidien.* » (10)

Différentes démarches sont mises en avant en éducation pour la santé et promotion de la santé :

– les modèles d'intervention en santé communautaire poursuivent ce même objectif de participation : ils utilisent des méthodes de travail qui reposent sur la participation effective d'une « communauté » (ou groupe d'individus) à tous les niveaux d'une action de santé : identification des besoins, définition de l'action, réalisation, évaluation, etc. ;
– l'OMS propose un modèle d'intervention spécifique en éducation du patient, fondé notamment sur un « diagnostic éducatif » qui vise à identifier les

besoins spécifiques de chaque patient ;
– mettre en œuvre une approche éducative en médecine rend nécessaire en réalité une triple révolution (11) : la prescription est remplacée par une éducation en vue d'un choix partagé par le patient et le médecin ; le patient devient sujet et non plus objet de ses soins ; on se situe dans une approche de promotion de la santé, et non plus de soins curatifs.

La démarche d'éducation pour la santé renvoie donc à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère, et en même temps sur ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère (12).

Quelles compétences en communication, en éducation pour la santé et en éducation du patient ?

L'organisation gouvernementale Santé Canada synthétise dans un guide de ressources « Outils de communication II – La communication efficace à votre service » les données issues de la littérature scientifique. Il confirme le rôle majeur de la communication au sein de la relation médecin-patient et distingue douze compétences principales à développer, en précisant comment les employer (Tableau page suivante, première colonne).

Les compétences en communication ne pouvant pas être développées isolément, Santé Canada propose de les regrouper en quatre grands ensembles de compétences à mettre en œuvre dans la consultation :

1. comment aider le patient à s'exprimer plus facilement ;
2. comment faire face aux émotions ;
3. comment prendre des décisions communes ;
4. comment clore sur une bonne note.

Ces approches apportent un éclairage différent sur les relations soignant-consultant : elles élargissent le champ strictement bio-médical pour y inclure les aspects psychologiques, sociaux et familiaux, tendant ainsi à promouvoir l'apprentissage de compétences en communication.

Comparaison des compétences attendues des médecins en matière de communication, avec celles attendues des professionnels de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient

Compétences en communication attendues des médecins (Santé Canada, 2001)	Compétences attendues des personnes formées en éducation pour la santé (1, 2)	Compétences attendues des soignants en éducation du patient (OMS, 1998)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Savoir faire preuve d'empathie verbale ou non verbale (expression du visage, comportement physique) 2. Savoir poser de questions ouvertes ou fermées 3. Savoir recourir à l'écoute active 4. Savoir reconnaître les indices non verbaux 5. Savoir quand parler et agir 6. Savoir quand garder le silence 7. Savoir synthétiser 8. Savoir choisir des mots simples 9. Savoir préciser les responsabilités 10. Savoir planifier les actions 11. Savoir confirmer auprès du patient 12. Savoir donner un rôle de meneur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situer son action dans une politique globale de promotion de la santé 2. Analyser le contexte institutionnel dans lequel intervient l'action, comprendre les différentes logiques en présence 3. Planifier des programmes d'actions 4. Prendre en considération les caractéristiques physiologiques, psychologiques, sociales et culturelles des personnes auprès desquelles elle travaille 5. Choisir, utiliser, parfois concevoir des méthodes et des outils pédagogiques adaptés au public et au cadre de son intervention 6. S'exprimer clairement à l'oral et à l'écrit, utiliser différents canaux de communication 7. Travailler en partenariat avec d'autres professionnels 8. Évaluer les effets de l'éducation, au plan pédagogique et au plan sanitaire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adapter leurs comportements professionnels aux patients et à leur affection (chronique/aiguë) 2. Adapter la prise en charge thérapeutique aux patients, considérés individuellement et en tant que membres d'une famille ou d'un groupe 3. Articuler leurs rôles et actions avec ceux de leurs collègues 4. Communiquer de manière empathique 5. Reconnaître les besoins des patients (objectifs, définis par les soignants, et subjectifs, propres aux patients et à leur vie) 6. Prendre en compte l'état affectif, le vécu, l'expérience et les représentations des patients 7. Aider les patients à apprendre (se préoccuper de ce qu'ils apprennent et non seulement de ce qu'on leur enseigne) 8. Enseigner aux patients à « gérer » leur maladie et utiliser adéquatement les ressources sanitaires, sociales et économique disponibles 9. Aider les patients à organiser leur « mode de vie » 10. Éduquer les patients et les conseiller sur la réaction face aux crises et épisodes aigus, ainsi que sur les facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux qui influencent leur manière de gérer leur état de santé 11. Choisir et utiliser adéquatement les techniques et outils éducatifs disponibles (contrat pédagogique, brochures explicatives ou aide-mémoire, témoignages de patient...) 12. Prendre en compte, dans les traitements et soins de longue durée, les dimensions éducative, psychologique et sociale 13. Évaluer les effets thérapeutiques de l'éducation, tant cliniques que biologiques, psychosociaux, pédagogiques, sociaux et économiques, et ajuster le processus éducatif 14. Évaluer régulièrement et ajuster les pratiques et performances éducatives des soignants

(1) Ferron C. Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies. *Vanves : CFES, 1999 : 71.*

(2) Sandrin Berthon B. Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations. *Rapport établi à la demande de monsieur Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé, 2002 : 85.*

Certains modèles de consultation en médecine, comme le guide d'observation *Calgary Cambridge* (13), sont d'ailleurs fondés explicitement sur un enchaînement séquentiel de compétences : engager la séance, recueillir l'information, nouer des liens, expliquer et planifier, puis clore la consultation.

La comparaison de ces compétences dans le champ de la communication des professionnels (*Tableau ci-contre, colonne 1*) avec celles recommandées en éducation pour la santé (*colonne 2*)

et en éducation du patient (*colonne 3*) laisse apparaître des notions supplémentaires dans ces deux dernières :

- des compétences renvoyant à la nécessité de prendre du recul vis-à-vis de soi-même et de sa pratique, et du contexte dans lequel cette pratique prend place ;
- un ensemble de compétences autour de l'établissement d'un « diagnostic éducatif », qui doit être partagé avec le patient, ou plus généralement à une étape de consultation consacrée « à faire connaissance » (14) ;

– des compétences permettant aux différents professionnels intervenant auprès d'un même patient de travailler en interdisciplinarité.

Perspectives

Les objectifs de la « communication dans la relation de soins » et de l'éducation pour la santé se rejoignent parfois. D'une part, une communication adéquate dans la relation médecin-consultant apparaît comme une composante indispensable de l'éducation pour la santé. À l'inverse, l'éducation pour la santé a montré qu'elle pouvait être au service de la communication dans la relation médicale : en effet, l'intervention d'éducateurs pour la santé en amont de la consultation (dans un but d'aide à la lecture des résultats médicaux, à l'articulation des questions et à la négociation des décisions médicales) a pour conséquence une prise de parole plus fréquente des patients au cours de la consultation, provoque des questions plus ciblées, et donne aux patients la sensation d'être plus en capacité d'agir sur leur santé ; elle est également à l'origine, au-delà de la consultation, d'une moindre limitation fonctionnelle des patients dans leurs activités quotidiennes (15).

Ces réflexions ne concernent pas seulement les médecins généralistes : elles semblent tout à fait transposables à d'autres professions de santé (infirmiers, pharmaciens, diététiciens, kinésithérapeutes, etc.) et même au-delà, à des professions du secteur social dont l'exercice implique des interactions avec des patients (16).

Ces démarches participatives peuvent permettre non seulement l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage mais aussi en miroir l'amélioration de la qualité de vie des soignants (1).

Cécile Fournier,

Médecin, conseiller technique,

Sandra Kerzanet

Documentaliste,

direction des Affaires scientifiques à l'INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Santé Canada. *La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources*. Ottawa : Santé Canada, 2001 : 31. http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf
- (2) Cicourel A. *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil, 2002 : 234.
- (3) Greenfield S., Kaplan S., Ware J.E. Jr. *Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes*. *Ann. Intern. Med.* 1985 ; 102(4) : 520-8.
- (4) Ces modèles sont présentés dans un article comparatif : Larsen JH, Risør O., Putnam S. *PRACTICAL: a step by step model for conducting the consultation in general practice*. *Family Practice* 1997 ; 14(4) : 295-301. Ils sont également consultables au centre de documentation de l'INPES : Desnos N., Fontaine N. *Le déroulement des consultations médicales : modèles, évaluation, comparaison*. Synthèse documentaire INTD, 2004 : 48.
- (5) Stewart M. *Towards a global definition of patient-centred care*. *BMJ* 2001 ; 322 : 444-5.
- (6) *Comment accompagner une femme et/ou un couple dans le choix d'une méthode contraceptive adaptée ?* In : Afssaps, Anaes, INPES. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*. Saint-Denis : Anaes, 2004 : 159-98.
- (7) Moumjid-Ferdjaoui N., Carrère M.-O. *La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale*. *Revue française des affaires sociales* ; 2 : 73-88.
- (8) OMS, Programme on Mental Health. *Life skills education in school*. Genève : OMS, 1994 : 53 (Référence OMS : WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2).
- (9) Gibson C.H. *A concept analysis of empowerment*. *Journal of Advanced Nursing* ; 1991 ; 16 : 354-61.
- (10) OMS, Bureau régional pour l'Europe. *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Copenhague : OMS, 1998 : 88 p.
- (11) Sandrin Berthon B. *L'éducation au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000 : 1998.
- (12) Sandrin Berthon B. *L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution*. In : Dandé A., Sandrin Berthon B., Chauvin F., Vincent I. (sous la dir.). *L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 21-32.
- (13) Kurtz S.M., Silverman J.D. *The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes*. *Med Educ* 1996 ; 30(2) : 83-9.
- (14) Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C. *Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ?* *Santé publique* 2004 ; 16(3) : 471-85.
- (15) Greenfield S., Kaplan S., Ware J. *Expanding patient involvement in care*. *Ann Intern Med.* 1985 ; 102(4) : 502-28.
- (16) Roter D.L. *Patient participation in the patient-provider interaction : the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance*. *Health Educ. Monogr.* 1977 ; 5(4) : 281-315.
- (17) Rotel D.L., Hall J.A., Katz N.A. *Patient physician communication : a descriptive summary of the literature*. *Patient Educ. Couns.* 1998 ; 12 : 99-119.
- (18) Baird A. *Focus on... The consultation*. *Nurse Prescriber* 2004 ; 1 (2). <http://www.nurse-prescriber.co.uk/Articles.htm>

1. Il s'agit du modèle « PRACTICAL », du guide d'observation *Calgary Cambridge*, du modèle de Byrne and Long, ou du modèle de Pendleton et al. Voir [4].
2. Le terme counseling n'ayant pas d'équivalent en français, il est utilisé tel quel.

Relations médecin-patient : l'évolution des modèles de références

En 1951, Parsons (1) décrit un modèle unique de relation médecin-malade dans laquelle chacun joue un rôle social attendu. En 1956, Szasz et Hollender (2) complètent la théorie de Parsons en proposant trois styles de relation médecin-malade (activité-passivité, guidance-coopération, participation mutuelle), selon que le patient est actif ou passif dans la relation, le médecin étant toujours considéré comme actif ; ces styles varient avec le caractère aigu ou chronique des maladies. Par la suite, Freidson ajoutera à ceux-ci deux autres modèles, selon que le médecin est passif ou actif (patient guide – médecin coopératif, patient actif – médecin passif). De manière proche, une revue de littérature récente (3) décrit trois modèles de décision dans la relation médecin-patient : le modèle du patient décideur, le modèle du médecin décideur et le modèle de décision partagée.

En 1970, Eliot Freidson (4) souligne que les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions entre médecin et malade ; la relation médecin-malade dépend donc des multiples relations que vivent le malade et le médecin (avec l'équipe hospitalière, la famille et les autres proches) en plus de leur interaction duelle. Par ailleurs, l'exercice

de la médecine se situe dans un contexte organisé et structuré, qui joue un rôle important : la pratique individuelle d'un médecin libéral, pratique insérée dans la vie de la cité, est dépendante du client, tandis que la pratique à l'intérieur d'une organisation intégrée dans le milieu professionnel (tel que l'hôpital) est essentiellement dépendante des collègues. Le modèle de relation sera également modifié selon que le patient est l'objet de techniques de prévention ou de mesures thérapeutiques.

En 1992, Emanuel et Emanuel (5) proposent une autre manière de caractériser la relation médecin-malade, suivant quatre modèles : « informatif », « interprétatif », « délibératif » ou « paternaliste » (tableau ci-dessous).

Une approche pragmatique fut également développée par Michael Balint (6) : dès 1957, ce médecin proposait une nouvelle manière de penser et d'améliorer la relation médecin-malade, en introduisant une réflexion psychanalytique dans la pratique de la médecine générale, à travers la mise en place de groupes de réflexion permettant aux médecins de reconsidérer leur expérience de tous les jours.

C.F., S.K.

► Références bibliographiques

- (1) Parsons T. *The social system*. New York : Free Press, 1951. Un chapitre est intitulé : « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne ».
- (2) Szasz T.S., Hollender M.H. *A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship*. Arch. Intern. Med. 1956 ; 97 : 585-92.
- (3) Mounjid-Ferdjaoui N., Carrère M.-O. *La relation médecin, patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale*. Revue française des affaires sociales ; 2 : 73-88.
- (4) Freidson E. *Profession of medicine*. New York : Harper & Row, 1970. Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984 : 369.
- (5) Emanuel E.J., Emanuel L.L. *Four models of the physician-patient relationship*. Jama 1992 ; 267(16) : 2221-6.
- (6) Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1957 : 419.

Modèles de relation médecin-patient retenus par Emanuel et Emanuel (1992)

	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Valeurs du patient	<ul style="list-style-type: none"> définies, fixées et communiquées au patient 	<ul style="list-style-type: none"> en construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation 	<ul style="list-style-type: none"> ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral 	<ul style="list-style-type: none"> objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	<ul style="list-style-type: none"> fournir une information factuelle pertinente mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> élucider et interpréter les valeurs du patient utiles informer le patient mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables informer le patient mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	<ul style="list-style-type: none"> choix et contrôle du soin médical 	<ul style="list-style-type: none"> compréhension de soi utile au soin médical 	<ul style="list-style-type: none"> autodéveloppement moral utile au soin médical 	<ul style="list-style-type: none"> assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	<ul style="list-style-type: none"> expert technique compétent 	<ul style="list-style-type: none"> conseiller 	<ul style="list-style-type: none"> ami ou enseignant 	<ul style="list-style-type: none"> gardien, tuteur

Médecins, pharmaciens : un rôle confirmé dans la prévention

Publiée au printemps 2005, la nouvelle enquête Baromètre santé menée par l'INPES auprès des médecins et pharmaciens souligne que ces professionnels jouent un rôle croissant d'information, de prévention et d'éducation à la santé vis-à-vis de leurs patients et clients. Restent cependant plusieurs obstacles majeurs : pour les médecins, la réticence des patients à entrer dans une démarche éducative et, pour les pharmaciens, le manque de temps.

L'INPES dispose d'enquêtes périodiques, les Baromètres santé, qui mesurent l'état de l'opinion, des connaissances, des attitudes et des comportements en matière de santé de différentes populations dont les médecins généralistes et les pharmaciens titulaires d'officine. La dernière enquête – publiée en avril 2005 – consacrée à ces populations a été réalisée par téléphone fin 2002 et début 2003 ; elle suit, comme l'ensemble des Baromètres santé, un protocole de sélection aléatoire des interviewés¹. Elle interroge 2 057 médecins généralistes exerçant en libéral et 1 062 pharmaciens titulaires d'officine, soit 1 médecin sur 30 et 1 pharmacien sur 26. Les questionnaires portent notamment sur leurs comportements personnels de santé, leurs opinions et leurs attitudes vis-à-vis de la prévention et l'éducation du patient, la vaccination, le sida (VIH), l'hépatite C, le cancer, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction. En voici ci-dessous les principaux résultats résumés.

Les médecins se sentent-ils « efficaces » ?

La perception du sentiment d'efficacité des médecins généralistes², recueillie dans l'ensemble des Baromètres santé, est un déterminant important des pratiques médicales et rend ainsi son suivi particulièrement intéressant. « Traditionnellement », il est des domaines où les médecins se sentent plus efficaces ; ceux plus fortement médicalisés (tel que le dépistage des cancers), par opposition aux domaines plus comportementaux (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie). Le fait marquant de cette dernière enquête est la progression du sentiment d'efficacité dans ces derniers domaines (Tableau I). Ainsi, 50,4 % des

généralistes s'estiment en 2003 efficaces pour aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine du tabagisme (augmentation de 7 points par rapport à 1998), 37,5 % dans le domaine de l'alcoolisme (+ 7 points) et 29,5 % dans le domaine de l'utilisation de « drogues » (+ 5 points).

Ce sentiment d'efficacité accru ne s'accompagne pas en 2003 d'un véritable renouvellement des pratiques de prise en charge des patients dépendants : les omnipraticiens prennent en charge seuls les problèmes de tabagisme (86,5 %) ; ils travaillent majoritairement en liaison avec une structure pour leur patient ayant des problèmes d'alcoolisme (68,4 %) et confient à des structures spécialisées leurs patients usagers de drogues illicites (47,0 %). Néanmoins, les médecins sont en proportion plus nombreux qu'en 1998 à déclarer prendre en charge seuls leurs patients ayant des problèmes de dépendance à des substances psychoactives illicites (9,5 % *versus* 7,3 %) et plus de patients suivis pour du Subutex® ou de la méthadone. Par ailleurs, concernant le tabac, si le patch reste le sevrage tabagique privilégié des médecins (53,0 % d'entre eux en 2003 contre 65,1 % en 1998), près d'un praticien sur cinq (19,2 %) a adopté le Zyban® (ou bupropion en DCI) depuis sa mise sur le marché, en septembre 2001.

À l'inverse, et même si près des deux tiers des médecins se déclarent en 2003 « assez » ou « très » efficaces concernant l'usage du préservatif, une nette dégradation de cette efficacité ressentie s'est opérée depuis 1998 (65,4 % *versus* 75,8 %). Ce moindre sentiment d'efficacité pourrait s'analyser comme étant

une répercussion générale des modifications de la représentation sociale du sida. Les médecins sont pourtant toujours plus nombreux en proportion à avoir prescrit au moins un test de dépistage VIH au cours de l'année (93,4 % *versus* 85,9 % en 1998) ou à suivre une personne séropositive ou malade du sida (63,8 % *versus* 39,6 %).

Ces augmentations visibles dans bien d'autres domaines (prescription d'examen de dépistage tels que mammographie, recherche de sang occulte dans les selles ou encore proposition de sérologies VHC) peuvent être liées à l'augmentation de l'activité des médecins : ils déclarent, en effet, une moyenne de vingt-quatre actes quotidiennement en 2003 contre vingt-deux en 1998. Malgré cet accroissement d'activité, les médecins se consacrent de plus en plus à des activités relatives à des réseaux de soins (20,2 % *versus* 16,6 % en 1998). On observe, par ailleurs, de plus en plus de généralistes utilisant des questionnaires préétablis (35,2 % *versus* 31,7 % en 1998) même si pour la plupart (28,5 %) cette utilisation n'est qu'occasionnelle.

Le rôle des pharmaciens dans la prévention

Si la quasi-totalité des pharmaciens interrogés s'accorde à dire que leur rôle concernant le bon usage du médicament est « important » ou « très important » (97,7 %), plus des trois quarts (77,4 %) pensent désormais la même chose vis-à-vis de la prévention du tabagisme, soit 17,2 points de plus qu'en 1998 (Tableau II). D'ailleurs, plus de la moitié d'entre eux (55,3 %) déclarent souvent parler spontanément à leurs clients de leur consommation de tabac ;

Tableau I. Proportions de médecins généralistes déclarant se sentir efficaces (très ou assez efficaces) pour changer les comportements de leurs patients dans différents domaines, en 1998 et 2003

	1998	2003
Usage de drogue	24,4 %	29,5 %
Alcoolisme	30,1 %	37,5 %
Accidents de la vie courante	50,7 %	45,8 %
Tabagisme	43,4 %	50,4 %
Abus de psychotropes	63,4 %	62,5 %
Exercice physique	59,0 %	63,5 %
Usage du préservatif	75,8 %	65,4 %
Alimentation	66,5 %	65,8 %
Dépistage des cancers	89,3 %	89,5 %

Tableau II. Proportions de pharmaciens d'officine déclarant que leur rôle est important ou très important dans différents thèmes, en 1998 et 2003

	1998	2003
Alcoolisme	39,6 %	30,7 %
Prévention des hépatites	45,5 %	-
Alimentation	74,9 %	47,3 %
Prévention du sida	61,4 %	53,4 %
Tabagisme	60,2 %	77,4 %
Bon usage du médicament	98,0 %	97,7 %

Tableau III. Principaux freins à une démarche de prévention (ou éducative) évoqués par les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine

	Médecins généralistes		Pharmaciens d'officine	
	1994	2003	1998	2003
Manque de temps	29,7 %	33,5 %	48,2 %	49,1 %
Résistance du patient	40,1 %	51,2 %	28,6 %	24,0 %
Manque de formation	7,1 %	4,8 %	3,9 %	12,5 %
Activité non rémunérée	6,7 %	2,2 %	10,6 %	1,9 %
Inefficacité de la démarche	2,9 %	1,7 %	1,5 %	3,2 %
Ce n'est pas leur rôle	0,1 %	0,2 %	0,7 %	1,1 %
Activité non valorisante	1,0 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %
Ne se prononce pas	12,4 %	6,1 %	6,4 %	8,1 %

ils sont 6,6 % à en parler systématiquement avec leur cliente lors de la délivrance de contraceptifs oraux (68,1 % selon les cas) et 19,6 % ont eu des échanges à ce sujet avec le dernier patient asthmatique servi. Lors de leur dernière vente de substitut nicotinique, 58,7 % des pharmaciens interrogés ont évalué au moyen d'un test la motivation de leur client fumeur à arrêter de fumer et 64,7 % ont effectué avec lui un test de dépendance tabagique.

L'implication des pharmaciens, de la même manière que pour le tabac, est relativement importante concernant la contraception. Les pharmaciens ont considérablement accru leurs conseils préventifs lors de la délivrance de contraceptifs oraux : ils sont par exemple 85,4 % à évoquer systématiquement

ou selon les cas l'utilité d'un bilan biologique (*versus* 76,4 % en 1998) et 55,8 % les risques d'infection sexuellement transmissible (*versus* 43,5 % en 1998). De même, lors de leur dernière dispensation de contraception d'urgence, près des trois quarts des pharmaciens interrogés en 2003 (74,0 %) déclaraient avoir mené un entretien avec la cliente.

Le développement de l'implication des pharmaciens concernant le sevrage tabagique ou la contraception s'accompagne cependant d'une moindre implication dans d'autres domaines, tels que l'alcoolisme. Ainsi, outre la diminution de l'importance qu'ils accordent à ce thème, la proportion de pharmaciens déclarant souvent parler à leurs clients de leur consommation d'alcool

est moins élevée qu'en 1998 (3,8 % *versus* 6,8 %). De même, concernant les usagers de drogues, seuls 6,4 % des officinaux interrogés participent à un programme d'échange de seringues et moins d'un tiers (30,3 %) s'estiment prêts à s'engager dans un tel programme. Peu de pharmaciens s'estiment par ailleurs suffisamment formés à la relation avec les malades toxico-manes (43,2 %) et aux politiques de réductions des risques (41,3 %).

Les obstacles à la démarche éducative ou préventive

Qu'ils soient médecins ou pharmaciens, les professionnels de santé interrogés estiment que la prévention fait partie de leur mission. Questionnés sur le frein le plus important à la mise en place d'une démarche éducative ou préventive, seuls 0,2 % des omnipraticiens et 1,1 % des officinaux déclarent en effet que cela ne fait pas partie de leur rôle (*Tableau III*). Le frein le plus cité est, pour les médecins, la réticence de leurs patients à entrer dans ce type de démarche (51,2 %) et pour les pharmaciens le manque de temps (49,1 %). Ces derniers citent plus qu'en 1998 un manque de formation, alors que les médecins l'évoquent significativement moins. Enfin, le fait que la prévention soit une activité non rémunérée ne semble pas être pour les professionnels de santé un obstacle à la prévention : ils sont en 2003 approximativement 2 % à mentionner cet argument, soit beaucoup moins qu'en 1994 ou 1998, et se situent dans une proportion équivalente à ceux qui déclarent que les démarches de prévention sont inefficaces.

Arnaud Gautier,

Biostatisticien, coordinateur du Baromètre santé médecins/pharmaciens,

Philippe Guilbert,

Économètre, chef du département Études, Évaluation, Expertise en sciences humaines, direction des Affaires scientifiques, INPES.

1. Les numéros de téléphone ont été tirés au hasard dans un fichier fourni par Cegedim®.

2. La question était : « Vous, personnellement, vous trouvez-vous efficace pour aider les patients à changer leur comportement dans les domaines suivants : dépistage des cancers, utilisation de préservatifs, alcoolisme, tabagisme, usage de drogues, abus de psychotropes, accidents de la vie courante, alimentation et exercice physique ».

S'informer et informer : médecins et pharmaciens parlent de prévention

Une étude qualitative des modes d'information des médecins et des pharmaciens réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) éclaire la façon dont ces professionnels s'informent dans le champ de la prévention, mais aussi dont ils sont prêts à transmettre cette information à leurs patients.

Confiés à l'institut Axone Santé, soixante entretiens individuels semi-directifs d'une heure et demie ont été réalisés auprès de trente médecins généralistes et de trente pharmaciens d'officine en Ile-de-France, à Lille et à Marseille au cours du premier trimestre 2003. Les professionnels ont été recrutés selon des critères sociodémographiques (sexe, âge) et d'exercice (secteur d'activité, nombre moyen journalier d'actes, taille de l'officine). L'analyse de contenu des entretiens donne des résultats dont nous rapportons ici les principaux éléments.

Deux profils de *médecins* se distinguent en fonction de leur investissement professionnel :

Le premier profil, les « médecins critiques », se révèle « critique » face au système de santé, à l'attitude des patients, à l'environnement médical, etc. L'autorité et le savoir attribués à la profession de médecin leur paraissent remis en cause, notamment par la place accordée au patient à travers le droit et l'information médicale. Proches d'une médecine curative, répondant à la demande du patient, ces médecins n'intègrent pas ou peu les dimensions informatives, préventives ou éducatives qui leur semblent relever d'abord des pouvoirs publics (même si l'information du public leur semble souvent néfaste).

Le second profil, les « médecins impliqués », se positionne à l'opposé. Plus mesurés dans leur critique du système de santé et se déclarant attentifs à l'évolution de l'environnement médi-

cal, ces médecins sont fréquemment investis dans des activités syndicales, associatives, ou de formation. Plus empathiques, ils accordent une place importante à la relation avec leurs patients et envisagent leur prise en charge dans sa globalité et sur le long terme. Ils inscrivent la prévention et l'information dans leurs pratiques, disposent des brochures d'information dans leur salle d'attente. Toutefois, ils perçoivent une résonance trop scolaire dans le terme d'éducation pour la santé, résonance éloignée de leur relation individuelle et libérale avec les patients.

Les pharmaciens globalement se montrent soucieux de leur reconnaissance comme acteurs de santé. Cette reconnaissance est attendue, en particulier comme « accompagnateurs » des grandes campagnes de santé publique, tout en soulignant les contraintes de leur exercice officinal. Sur le principe, ils se déclarent prêts à participer à l'information et à la prévention auprès des patients. Spécialistes de la délivrance du médicament, ils situent plutôt leur investissement en éducation thérapeutique (l'éducation du patient s'inscrivant alors dans le cadre du traitement prescrit), avant le conseil concernant les pathologies légères.

Les pharmaciens perçoivent une évolution des demandes d'informations mais le temps consacré à la relation avec un client revêt un enjeu commercial (opportunité de vente d'un produit-conseil). L'information et la prévention seraient alors privilégiées dans la phytothérapie, l'homéopathie, le matériel,

les laits maternisés, les génériques, les soins légers, puis la relecture de l'ordonnance. Dans ce cadre, les campagnes de santé publique participeraient idéalement à accroître les demandes de conseils, comme les ventes de produits, tout en valorisant l'image de l'officine, relais des campagnes.

Des vecteurs classiques d'information

Les vecteurs d'information en prévention sont les mêmes que les vecteurs d'information générale de ces professionnels : presse médicale ou pharmaceutique, visites de délégués pharmaceutiques, envois postaux, courriers institutionnels, formation continue, moins fréquemment Internet, qui nécessite une démarche active. Les courriers institutionnels sont plus souvent lus et conservés.

Le rapport du professionnel à l'information et son investissement en prévention sont liés à son profil. Les médecins « critiques » ont une attitude plus passive dans leur recherche d'informations, qu'ils justifient par le faible intérêt des vecteurs d'informations. À l'inverse, les médecins « impliqués » valorisent les vecteurs d'informations qui leur sont destinés et citent même la presse grand public.

Les pharmaciens combinent une recherche passive d'informations à une recherche active, essentiellement dans les aspects administratifs, commerciaux et réglementaires de l'activité officinale. Dans la presse, les revues éditées par les groupements pharmaceutiques

occupent une place particulière, comme certains dépliants à destination des patients.

Les professionnels ne cloisonnent pas l'information

Particulièrement dans le domaine de la prévention, les professionnels ne mettent pas de limite nette entre l'information qui leur est destinée en tant que professionnels et celle qui est destinée au public ou aux patients. La presse grand public ou des documents destinés aux patients véhiculent un savoir que le professionnel est prêt à s'approprier. De même, les médias professionnels apportent parfois une information que le professionnel est prêt à partager avec le patient. Par exemple, certains médecins donnent un article d'une revue scientifique à un patient ou certains pharmaciens montrent à leur client une page d'un site Internet professionnel. Ainsi, les données de prévention n'appartiennent pas plus à la sphère « professionnelle » qu'à la sphère « grand public ».

Les supports d'information pour les patients

Toutefois, pour les professionnels, la prévention et l'éducation pour la santé sont d'abord l'affaire des patients, et tous les documents informatifs sur ces thèmes leur sont forcément destinés. Les supports de prédilection recouvrent principalement trois domaines de santé : les maladies (et leurs traitements), la prévention primaire (type calendrier vaccinal), l'hygiène de vie (nutrition, alimentation).

Parmi les médecins, l'utilisation de supports concerne quasi exclusivement les médecins « impliqués ». Ces méde-

cins évoquent spontanément les supports d'information de salle d'attente, qui vont sensibiliser le patient et l'aider à initier une demande lors de la consultation. Lors de celle-ci, ils reconnaissent utiliser des supports de consultation, qui constituent une aide à l'explication.

Les supports de salle d'attente sont souhaités attractifs, en couleurs, avec des messages clairs et surtout des solutions possibles, pour permettre au patient d'aller au-delà d'une simple prise de conscience. Leur gestion – parfois par une société prestataire – s'effectue en fonction du volume reçu ou de leur diminution en nombre : si les patients s'en emparent, c'est que le document est intéressant. Le médecin laisse alors l'estimation qualitative de l'information au patient. Les médecins « critiques » sont, en revanche, réticents à l'utilisation de supports de salle d'attente, estimant la mise à disposition de documents (sans leur accompagnement) inefficace, voire anxiogène et génératrice de questions. Par ailleurs, pour l'ensemble des médecins, l'utilisation d'affiches (souhaitée sans caractère agressif ou culpabilisant) apparente la salle d'attente à un dispensaire : elle est donc rare, quel que soit leur profil.

Les supports de consultation sont volontiers visuels : schémas d'anatomie, fiches diététiques. Ce document doit être différent du document de salle d'attente : sobre et personnalisable avec des éléments manuscrits, il est accompagné d'une explication orale, illustrant le rôle dans lequel le médecin se sent légitime.

Pour les pharmaciens, la mise à disposition de documents en accès libre

dans les officines constitue un service, service d'autant plus valorisant qu'il génère un conseil. Des documents sont souvent remis lors de la délivrance d'une ordonnance et sont alors de meilleure qualité.

La vitrine, espace publicitaire, valorise l'officine quand elle aborde une maladie : elle couvre simultanément les aspects médicaux et paramédicaux et inclut des produits de parapharmacie. Favorables à une vitrine « éducative », qui serait idéalement confiée à un prestataire et constituée de documents fournis, les pharmaciens seraient enclins ensuite à remettre des documents complémentaires.

Une recherche de légitimité dans l'explication ?

L'information de prévention n'appartient pas à la sphère professionnelle exclusive des médecins et des pharmaciens, et ceux-ci le vivent ainsi. Dans le champ de la prévention, l'explication et la personnalisation de l'information confèrent à ces professionnels une légitimité d'autant plus essentielle que ce champ leur paraît insuffisamment valorisé dans leur identité professionnelle. Manier de l'information de prévention les interroge donc sur leur place et leur rôle par rapport au patient.

Dr Pierre Buttet,

Chargé de mission,

direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique,

Hélène Bourdessol,

Chargée d'études et de recherches, direction des Affaires scientifiques, INPES.

► Bibliographie

- *Se documenter pour soigner, choisir les bons outils*. Prescrire, supplément n° 245, décembre 2003.
- *Prévention, éducation pour la santé, bon usage du médicament : les officinaux autorisés à vendre des supports d'information*. Les Nouvelles Pharmaceutiques n° 216, mai 2001.
- *Audience de la presse pharmaceutique 2003*. La Banque des sondages. En ligne : www.ipsos.fr
- *Audience de la presse médicale 2003*. La Banque des sondages. En ligne : www.ipsos.fr

Pharmaciens : informateurs, conseillers... mais peu éducateurs !

Informier, éduquer, conseiller : quelles fonctions les pharmaciens remplissent-ils face à leurs clients ? Selon une enquête menée dans des officines, à Nancy, les pharmaciens continuent d'avoir prioritairement une conception « médicale » de leur rôle, qui est centré sur l'information et le conseil autour des médicaments prescrits. Mais, s'ils manquent de temps pour parler prévention, ils n'en abordent pas moins des questions relevant de l'éducation « thérapeutique », comme le style de vie, le vécu et les difficultés des traitements.

Les pharmaciens remplissent-ils une fonction d'éducation pour la santé ? À la suite d'une enquête auprès de pharmaciens d'officine (1) et d'un séminaire organisé en 2000 (2), l'intérêt des pharmaciens pour l'éducation du patient a été confirmé. Néanmoins, ces derniers ont exprimé le besoin de clarifier, parmi les diverses relations avec leurs patients, ce qui avait réellement trait à l'éducation. Ainsi, une étude centrée sur l'analyse des activités d'information, de conseil et d'éducation, a été menée auprès de pharmaciens de la ville de Nancy en 2001. Objectif principal : identifier le contenu précis de ces trois activités.

Sur le plan de la méthode, cette étude repose sur une approche qualitative, par entretiens semi-directifs (3) et observation de huit pharmacies : les entretiens ont permis de recueillir les déclarations des pharmaciens vis-à-vis de leurs activités d'information, de conseil et d'éducation ; cent six échanges entre pharmaciens et patients ont fait l'objet d'une observation en officine, laquelle a permis de décrire la mise en œuvre réelle de ces activités dans les pratiques quotidiennes. Par ailleurs, l'analyse de contenu de ces entretiens a servi de base pour construire une grille d'analyse des pratiques des pharmaciens d'officine.

La définition des activités du pharmacien

Préalablement à la mise en œuvre de l'étude, cinq entretiens ont été réalisés auprès d'un groupe de pharmaciens

différent de celui de l'étude. En effet, il s'agissait de construire la grille d'observation et de définir plus spécifiquement les éléments à observer lors de chacune des activités.

- *Information* : centrée sur le contenu scientifique ou technique. Les activités d'informations se manifestent par l'absence de directivité dans le discours du pharmacien : transmission de renseignements sur un domaine ou un problème particulier.

- *Conseil* : centré sur celui qui le délivre. Les activités de conseil sont caractérisées par les notions de direction et d'orientation dans les propos du pharmacien. À travers les activités de conseil, il s'agit de diriger le patient vers un comportement souhaité.

- *Acte éducatif* : centré sur le patient et sur la relation soignant-soigné, sur l'accompagnement et l'apprentissage. Rappelons qu'il y a éducation lorsque les échanges conduisent à un dialogue entraînant une réflexion du patient sur ses attitudes ou ses comportements. D'une manière générale, les pharmaciens sont très à l'aise pour décrire les deux premières formes d'activités. Pour l'activité d'éducation, il est apparu de nombreuses hésitations. Ainsi, pour définir cette dernière activité, nous nous sommes référés à la définition de l'OMS de 1998 : celle-ci mentionne les activités d'information, de conseil, d'apprentissage et d'évaluation dans le processus d'éducation.

La caractérisation des activités officielles

L'analyse des observations des échanges entre pharmaciens et patients et des huit entretiens semi-directifs auprès des pharmaciens a permis de caractériser leurs activités :

- les conseils associés aux médicaments : commentaires personnels sur le suivi de l'ordonnance ;
- les conseils environnementaux : adaptation du rythme des prises aux activités du patient ;
- les conseils astucieux : faciliter la prise du traitement ;
- les informations sur les médicaments : informer sur les modes d'action des médicaments et le respect des prescriptions de l'ordonnance ; prévenir la mauvaise automédication ;
- les informations sur la maladie : sensibiliser sur le rôle du traitement dans la maladie du patient ;
- l'apprentissage de l'outil médical : développer l'autonomie par une démonstration de l'outil médical et une reprise des gestes par le patient.

La plupart de ces activités d'information, de conseil et d'éducation s'organisent autour du médicament. Néanmoins, certaines de ces activités se développent autour de la maladie, par le biais de conseils environnementaux et d'informations visant globalement à rassurer le patient et à expliquer la maladie dans un souci de faciliter l'observance du patient à son traitement. Ces informations sont souvent fournies en complémentarité de la thé-

rapeutique. Enfin, les activités dans le domaine plus large de la santé ont très peu été observées dans les pratiques officinales.

La typologie des activités officinales

Les observations dans les pharmacies ont montré que les activités ne se développaient pas de la même manière selon les situations :

- le renouvellement d'ordonnance (un tiers des cas observés) : les deux tiers des échanges s'arrêtent à la délivrance du traitement et durent en moyenne cinq minutes. Dans un tiers des cas, s'ajoutent des activités de conseil et d'information. L'initiateur des échanges est le pharmacien avec l'ordonnance ;
- l'ordonnance pour une pathologie aiguë (un tiers des cas observés) : les conseils associés aux médicaments et les informations sur le mode d'action des médicaments sont fournies systématiquement aux patients. Dans un tiers de cas, des conseils environnementaux et astucieux sont ajoutés en complémentarité. Ces échanges durent environ de dix à quinze minutes. L'initiateur des échanges est le pharmacien avec l'ordonnance ;
- sans ordonnance (un tiers des cas observés) : les échanges sont très courts, ils s'arrêtent dans les deux tiers des cas à la dispensation du médicament non prescrit. L'initiateur des échanges est le patient avec la descrip-

tion de ses symptômes ou une demande de médicaments non prescrits ;

- une première ordonnance pour une pathologie chronique : cette situation n'a pas été observée.

Sur la base de l'analyse des entretiens, les pharmaciens déclarent réaliser dans ce cas des activités d'informations, de conseil et d'éducation. Les échanges pourraient durer jusqu'à quarante minutes.

Le traitement au cœur des échanges

En conclusion, les résultats de cette étude montrent que les pharmaciens ont une conception très médicale de leur rôle. La plupart de leurs activités d'échanges avec les patients s'articulent autour de l'ordonnance, et plus précisément sur ce qui a trait à la dispensation du médicament, le plus souvent dans une optique d'adhésion au traitement. Certains aspects de leur pratique (conseils sur l'usage des médicaments, informations et apprentissages) sont très proches de l'éducation thérapeutique telle que recommandée par l'OMS. Cependant, ces activités restent mineures. En effet, les pharmaciens focalisent leurs activités autour du traitement, alors que le concept aborde des activités plus larges dont les comportements de santé et de maladie. Aborder des aspects comme les styles de vie du patient dans une perspective de pré-

vention des comportements à risque est un domaine plus difficile à mettre en œuvre pour ces derniers. Les pharmaciens y sont cependant attentifs et essayent d'amorcer un dialogue qui dépasse le cadre strict de la thérapeutique. Ils abordent des thèmes comme le vécu du traitement, les difficultés rencontrées dans la prise du traitement, mais leurs interventions retrouvent rapidement une dimension thérapeutique.

Guylène Cayre,

Étudiante DESS « Promotion de la santé et développement social »,

Jean-François Collin,

Maître de conférences en santé publique
École de santé publique,
Vandœuvre-lès-Nancy.

► Références bibliographiques

- (1) Collin J.-F. *Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 64 p.
- (2) *Pharmaciens d'officine et éducation du patient*. Séminaire 28 et 29 novembre 2000 CFES/Cnamts/Ordre national des pharmaciens.
- (3) Blanchet A., Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan, 1992 : 100 p.

La prévention ne peut plus se passer des professionnels de santé !

Médecins et pharmaciens ne jouent pas actuellement le rôle central qui doit être le leur en matière de prévention, selon Christian Saout, président de Aides. Une forte implication de leur part contribuerait à améliorer considérablement la santé des patients. L'auteur prône une politique plus audacieuse : un lien plus fort entre professionnels et associations de patients, l'instauration d'une véritable « consultation de prévention » pour les médecins mais aussi la création d'espaces de confidentialité chez les pharmaciens.

Chacun sait combien les militants de la lutte contre le sida ont œuvré pour faire accélérer les innovations dans la santé en vingt ans de combat. Mais ces mobilisations ont-elles pesé au-delà d'un cercle hospitalier particulièrement impliqué dans le traitement de la pathologie ? Ont-elles fait bouger les pratiques de prévention des généralistes ? Ont-elles fait des pharmaciens des acteurs de l'éducation thérapeutique ? On voudrait bien le croire. Vingt ans de combat aboutissent en fait à un paysage assez contrasté dans lequel médecins généralistes et pharmaciens apparaissent peu concernés. Pourtant, d'importants espoirs se concentrent maintenant sur eux.

Généralistes et pharmaciens peu concernés ? Pourquoi ? Parce que la prise en charge de l'infection à VIH/sida, sauf exceptions, était largement assurée dans l'espace des établissements publics de soins. Pour une série de raisons. Deux exemples. La maîtrise efficace des traitements nécessite une file active de patients numériquement élevée dont on n'a pas toujours la disposition en ville, sauf exceptions (à Paris et à Nice, par exemple). Les discriminations dont sont victimes les personnes séropositives, dans une loi du silence qui est loin d'avoir cédé, les amènent encore souvent vers la pharmacie hospitalière pour obtenir une délivrance plus confidentielle des traitements. Moins qu'une faute pesant sur les généralistes et les pharmaciens, c'est l'organisation globale du système de

soins et de prévention dédié au VIH/sida qui doit notamment être remise en cause.

Des zones de confidentialité

Tout de même, on peut aussi trouver des explications à la réserve d'implication des généralistes et des pharmaciens. Ici encore, deux exemples pour illustrer ce constat. Rarissimes sont les pharmacies qui possèdent des espaces de confidentialité pour la délivrance des traitements. Espaces installés dès la conception même de la pharmacie, ce qui a sans doute un coût. Mais la rentabilité des officines permet d'intégrer cette dépense d'aménagement. Stratégies de délivrance confidentielle que les banques et même le service public de La Poste ont mis en œuvre par un marquage au sol : « Attendez ici qu'un guichet se libère ». Rien n'interdirait d'adapter ce marquage à l'officine, si ce n'est l'allure de supérette qu'elles prennent un peu partout ! Enfin, si la confidentialité ne peut être la règle, chaque patient, quelle que soit sa pathologie, et chaque client, quel que soit son besoin, devrait pouvoir bénéficier d'une exception de confidentialité, à sa demande, et se voir délivrer ses traitements ou les produits sollicités dans une zone spécialement aménagée.

Du côté des médecins généralistes, tenus à l'écart de toute formation en santé publique, et en raison de l'attraction hospitalière publique dans la prise en charge du VIH/sida, leur action s'est souvent limitée à une vision réduite de

la prévention tenant dans la délivrance d'une ordonnance pour un test de séropositivité.

La prévention, ce n'est pas une fois l'an !

Mais cette situation évolue depuis quelques années. Et les attentes vers ces professionnels du soin sont fortes. Ainsi, les généralistes sont aujourd'hui moins rétifs à la formation continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles. Sur ce point, une première étape a été franchie sous la double pression : – des associations d'usagers du système de santé, attentifs à une meilleure qualité de la prise en charge en ville ; – de la recherche d'une meilleure efficacité du système de soins – il ne faut pas s'en cacher – dans le cadre d'un plus grand contrôle de l'équilibre financier des dépenses de santé.

Mais on peut, on doit, aller plus loin. La nouvelle convention médicale dont on se félicite aujourd'hui qu'elle innove de ce point de vue doit être rapidement complétée par une annexe, ou à tout le moins d'une stratégie permettant aux généralistes d'être les acteurs de la prévention. Nous devrions tous en tirer bénéfice. Il faut donner un contenu à « la » consultation de prévention prévue dans la loi de santé publique.

Mais il faut surtout plus d'audace. La prévention, ce n'est pas une fois par an. La prévention, c'est dans la continuité de la relation de l'individu avec son médecin traitant qu'elle réside. Nous

disposons désormais des moyens pour mettre en œuvre ces principes, et même pour en exiger collectivement l'application. Combien de dommages pourraient être évités si nous sortions de nos approches essentiellement curatives pour donner une vraie dimension de prévention à notre médecine du quotidien ? La toute nouvelle Haute Autorité de santé doit consacrer dans les protocoles qu'elle va arrêter des référentiels de prévention secondaire. Ils existent déjà, d'ailleurs, mais sont rarement mis en œuvre, faute de force opposable. Ainsi, des questions devraient être rituellement posées par le médecin dans le cadre de la consultation pour prévenir les conséquences de certaines maladies chroniques. S'agissant de la prévention primaire, l'exercice médical, enfermé dans une rémunération à l'acte, pourrait aisément prendre appui sur une nouvelle fonction de la médecine de ville, associée au service public de la santé, pour incarner une prévention

du quotidien ; comment ? Par une rémunération distincte, complémentaire du paiement à l'acte, assise sur une conception novatrice de la médecine de ville. À Aides, nous ne manquons pas de savoirs aisément transférables vers des médecins désireux d'être des acteurs de prévention primaire, secondaire ou d'éducation thérapeutique !

VIH, contraception : le rôle essentiel des pharmaciens

Et les pharmaciens d'officine là-dedans ? Il faut aussi parier sur leur mobilisation. Et, en matière de lutte contre le sida, elle ne serait pas vaine. Ils ont leur place à plusieurs titres. D'abord dans la sphère commerciale. Et ça n'a rien de déshonorant. Bien au contraire. Faisons du commerce éthique ! Un réseau, celui de Croix verte et Ruban rouge, s'est engagé sur la promotion du préservatif à un très faible prix. Il faut continuer à progresser. En élargissant cette promotion à l'ensem-

ble des pharmacies. C'est un appel que nous lançons ainsi en direction des syndicats des professionnels de santé. Parions qu'il sera entendu en cette année 2005, où la lutte contre le sida a été déclarée « Grande cause nationale » au moment même où nous voyons augmenter le nombre des contaminations récentes.

Les pharmaciens ont aussi leur place dans la santé sexuelle. Ils ont été – et continuent d'être – les partenaires de la réduction des risques pour la délivrance des seringues stériles ou l'accès à ces programmes. Ils disposent donc déjà d'une expertise. Ils devraient pouvoir être des « passeurs » dans la santé sexuelle. Quand une adolescente vient vers eux pour se voir délivrer la pilule contraceptive d'urgence Norlevo®, ils sont à même de s'inquiéter aussi du rapport sexuel non protégé et d'offrir un conseil de dépistage et de prévention de la contamination à VIH/sida, par exemple. Ils peuvent parler des préservatifs au pluriel : le préservatif masculin et le préservatif féminin.

Enfin, de la même manière que le rapport médecin-malade va se concrétiser avec l'établissement des protocoles de soins, le rapport pharmacien-malade va disposer d'un potentiel de développement dans les fonctions de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique avec le dossier médical personnel. On verra bientôt comment ce dossier va être composé et organisé, mais on peut présager que le pharmacien pourra détecter d'éventuelles contre-indications dans l'historique des prescriptions, adosser un conseil nutritionnel à telle autre prescription, disposer d'informations adaptées, imprimables et joignables aux médicaments pour renseigner le patient sur les structures de proximité à sa disposition pour l'informer, l'aider et le soutenir.

C'est donc à de nouveaux rôles des médecins et des pharmaciens qu'il faut appeler. Pour le meilleur bien-être individuel comme pour une meilleure santé publique dans notre pays. Et dans le cadre d'une alliance entre ces professionnels et les associations de patients. Ce serait formidable. Un rêve ?

Christian Saout,
Président de Aides, Paris.

Pratiques éducatives en médecine : le rôle du conseil de l'Ordre

Le code de déontologie médicale confie au médecin un rôle de prévention et d'éducation à la santé. Le conseil de l'Ordre met à la disposition des médecins des informations et une expertise pour qu'ils puissent développer ces pratiques.

Le code de déontologie médicale sert de référence pour délimiter le rôle assigné aux médecins en matière de prévention :

*« Le médecin, au service de l'individu et de la collectivité publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. (art. 2) ;
Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. » (art. 12).*

Ces dispositions concernant la prévention, tant sur le plan individuel que collectif, sont le pivot des initiatives prises par le conseil de l'Ordre en direction des médecins. On peut aussi rappeler que le terme de docteur vient du latin *docere* qui signifie « éduquer ».

Les initiatives dans le domaine préventif et éducatif se caractérisent à la fois par la rédaction d'articles à l'attention des médecins et des structures départementales de l'Ordre dans différents supports. Par ailleurs, il existe au sein du conseil national une section plus particulièrement chargée d'étudier les questions relatives à la prévention et à la santé publique : la section Santé publique, présidée par le docteur Boris Chatin. Cette dernière a pour charge d'informer les médecins de la réglementation en matière de prévention mais également de les renseigner sur les campagnes nationales de prévention qui sont menées dans différents domaines et de communiquer avec les particuliers sur tous les sujets de santé publique.

Information et communication

En matière d'information élaborée à l'intention des médecins, voici brièvement rappelés les articles récents que le conseil national de l'Ordre a publiés.

Le bulletin mensuel du conseil national, conçu et destiné à cette mission éducative, aborde dans des dossiers et articles des sujets aussi divers que ceux de maltraitance infantile, santé au travail, asthme professionnel, sécurité routière, qualité de l'environnement, environnement : préoccupation croissante de l'Union européenne, alcoolisme, effets toxiques des médicaments, plan Biotox, risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), commentaires des textes ministériels de santé publique, prévention de la drépanocytose, commission sur la contamination des soignants, cannabis et ses effets sur la santé des jeunes, suicide des adolescents (un enjeu de santé publique), vigilance et lutte contre les dérives sectaires, prévention sida, alerte sanitaire, observatoire de l'insécurité des médecins, généralistes face au patient handicapé, accueil à l'école des enfants atteints de troubles de santé, comment faire face à un refus de vaccination, « Une loi de santé publique, enfin ! », nouveau dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, « intégration de la santé publique dans l'exercice de la médecine » : rapport de la Commission nationale permanente. Principe de précaution ou principe de vigilance : rapport présenté en session au conseil national en janvier 2005.

Avec le même objectif de diffuser l'information auprès des médecins, le conseil organise les « Jeudis de l'Ordre ». Ce sont des séances de travail au cours desquelles des personnalités de la société civile et des médecins échangent des idées sur des sujets médicaux ou intéressant l'organisation de la profession : le diagnostic prénatal, entre rôle social et rôle sanitaire, médecine prédictive, médecine et dopage, le

médecin du travail, etc.

Ces divers sujets sont repris ou commentés (articles, éditoriaux, etc.) par les conseils départementaux dans leurs bulletins respectifs et dans la publication de « La lettre ordinale », à l'intention des conseillers départementaux (par exemple : « Prévention, parent pauvre de la santé »).

Participation aux instances de santé publique

Par ailleurs, le conseil est représenté dans diverses instances qui traitent des questions de prévention et de pratiques éducatives. Ainsi, les conseillers nationaux participent régulièrement avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) aux commissions nationales concernant les médicaments (et notamment les stupéfiants et psychotropes), les dispositifs médicaux, produits sanguins labiles, produits biologiques. Il apporte égale-

ment son concours au Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, placé auprès du secrétariat d'État aux Personnes âgées, aux commissions de la sécurité des consommateurs, à la prévention médicale auprès des personnes placées en garde à vue. Le conseil de l'Ordre des médecins est également partie prenante dans des initiatives visant un public plus

large : à la demande de la Cité des Sciences, il a créé un pôle santé, espace ouvert d'éducation et de prévention santé, avec Sida Info Service. Au niveau des colloques, le thème développé en 2004 a été la mise en œuvre du principe de précaution avec notamment une intervention du professeur William Dab, qui était alors directeur général de la santé. Enfin, au niveau international,

le docteur Louis-Jean Calloc'h, secrétaire général du conseil national de l'Ordre des médecins, est président de la Commission santé publique et environnement du Comité permanent des médecins européens ; à ce titre, il est amené à présenter les questions de santé publique concernant la France.

Dr Jean Pouillard,

Vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, Paris.

Un comité pour accompagner les pharmaciens dans la prévention

Créé par le conseil de l'Ordre, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm) met à la disposition des pharmaciens des outils – fiches techniques, affiches et brochures – pour les aider dans leur action de prévention et d'éducation. Le Cespharm a notamment élaboré avec l'Assurance Maladie une brochure d'aide à la dispensation de la contraception d'urgence. Il contribue également à l'information et à la formation des pharmaciens sur l'aide à l'arrêt du tabac.

Dès 1959, l'Ordre national des pharmaciens a souhaité se doter d'une structure chargée d'aider les pharmaciens à s'investir dans l'éducation pour la santé et la prévention : le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm). Une des activités du Cespharm consiste à mettre gracieusement à disposition de tous les pharmaciens une sélection d'outils. Certains contribuent à la mise à jour des connaissances et proposent des pistes concrètes d'intervention à l'officine au niveau de la prévention, du dépistage ou de l'éducation du patient. Ce sont notamment les fiches techniques du Cespharm, rédigées avec la collaboration d'experts et diffusées à tous les pharmaciens. Le Cespharm propose également une sélection d'outils destinés à favoriser la communication entre le pharmacien et les clients. Il s'agit essentiellement d'affiches et de brochures sur plus de quarante thèmes, dont bon nombre sont éditées par l'INPES. L'ensemble des outils proposés gracieusement aux pharmaciens par le Cespharm figure sur un bon de commande largement diffusé à tous les confrères.

Parallèlement à cette mise à disposition permanente d'outils, le Cespharm

relaie, auprès des pharmaciens, les campagnes nationales de santé publique. Concrètement, des articles sont régulièrement rédigés par le Cespharm dans la *Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques* (bulletin bimensuel de l'Ordre des pharmaciens). Ils permettent d'informer les pharmaciens du lancement d'une campagne de communication grand public ou d'un programme de sensibilisation des professionnels de santé, et de mettre à leur disposition les outils nécessaires pour y participer. C'est ainsi que le Cespharm relaie chaque année, auprès des pharmaciens, les principales journées mondiales de santé publique (tabac, sida, diabète, etc.) et les campagnes lancées par l'INPES.

Le Cespharm s'investit particulièrement sur les thèmes pour lesquels les pharmaciens ont un rôle accru d'éducateur de santé. Par la mise en place de différentes actions, il s'efforce de donner aux confrères les moyens de mener à bien leur mission. Ainsi, à la suite de la dispensation hors prescription médicale des substituts nicotiques (décembre 1999), le Cespharm a souhaité mettre en place un programme de formation des pharmaciens officinaux sur l'arrêt du tabac, en partenariat avec l'Union technique interpharmaceutique de formation

continue (Utip) et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) (NDLR : organisme auquel a succédé l'INPES en 2002). Cette formation a abordé les différents niveaux d'intervention du pharmacien dans l'arrêt du tabac, depuis l'amorce du dialogue avec le fumeur à l'officine jusqu'à l'accompagnement de la personne en cours de sevrage.

Par ailleurs, en prévision du décret fixant les conditions de la délivrance – à titre anonyme et gratuit – de la contraception d'urgence aux mineures en pharmacie (décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002), le Cespharm s'est alors associé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour concevoir et éditer un outil d'aide à la dispensation de la contraception d'urgence. Support aux messages éducatifs à délivrer au cours de cette dispensation, cet outil est destiné à être remis systématiquement avec le médicament de contraception d'urgence. Il a été diffusé à tous les pharmaciens officinaux en janvier 2002 et reste disponible sur simple demande auprès du Cespharm.

Dr Fabienne Blanchet,

Secrétaire générale,

Pr Claude Dreux,

Président du Cespharm, Paris.

Éducation pour la santé : quel enseignement en médecine générale ?

Pas formés du tout à l'éducation, les médecins ? L'assertion est inexacte : tout étudiant en médecine peut suivre, dans la première partie de son cursus, un certificat de trente heures de médecine générale qui détaille plus particulièrement le rôle du médecin généraliste dans la prévention et l'éducation pour la santé. Un apprenti médecin sur deux suit cette formation. Puis, dans la seconde partie de ce même cursus, les futurs médecins généralistes bénéficient dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de modules « prévention et santé publique ».

Les dispositions réglementaires du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale et la mise en place d'un enseignement spécifique durant trois ans ont conduit à la réalisation de modules « prévention et santé publique » dans toutes les facultés. Cet enseignement est donc délivré à l'ensemble des internes du DES pendant trois ans, pour l'ensemble des tâches d'éducation qui concernent l'activité des médecins généralistes.

Ces formations, souvent dispensées dans le cadre d'une pédagogie par apprentissage s'inscrivant dans un contexte concret, aident les futurs médecins généralistes à se situer en amont de la maladie, à s'intéresser aux comportements de santé et au mode de vie des patients. Les étudiants confrontent leurs pratiques lors des stages hospitaliers et ambulatoires aux concepts acquis lors de la formation théorique.

Sont ainsi abordées :

- *l'éducation pour la santé du patient*
Les études montrent que, dans une activité classique, 90 % des médecins généralistes donnent des informations et que la moitié utilise des supports visuels et pédagogiques. Il s'agit d'aider le patient à modifier son comportement et à l'accompagner dans ses apprentissages. Ces activités demandent pour les soignants l'acquisition de compétences pédagogiques ;
- *l'éducation thérapeutique du patient*
L'accroissement du nombre de maladies chroniques, l'évolution des comporte-

ments des patients vis-à-vis de la santé justifient le développement de l'éducation thérapeutique. Le but est d'aider le patient et ses proches à comprendre la maladie, le traitement, à coopérer avec les soignants, à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

L'approche du soin évolue : elle passe de la fonction curative à la fonction d'accompagnement et s'inscrit dans des démarches de coopération et de complémentarité avec tous les intervenants.

En ce qui concerne l'enseignement en deuxième cycle, à la suite de l'arrêté ministériel du 10 octobre 2000, un certificat optionnel de médecine générale est réalisé, le plus souvent au début du cycle. Il s'agit d'un certificat optionnel obligatoire, qui est en moyenne suivi par 50 % des étudiants d'une promotion. L'objectif général de ce certificat est de « *définir la place de la médecine générale dans le système de santé, de cibler le rôle du médecin généraliste dans la prévention et l'éducation en santé* ».

L'enseignement des bases théoriques et des fonctions de la médecine générale permet d'aborder différents concepts qui sont rarement évoqués lors de la formation hospitalière :

- une approche centrée sur le patient, intégrant la prise en compte de son environnement ;
- le rôle d'acteur de santé publique et la cogestion du capital santé des patients ;
- les différents niveaux de prévention en soins primaires ;
- le dépistage en médecine générale :

– le dépistage précoce des facteurs de risque, des maladies (dépistage individuel ou collectif) ;

- l'éducation pour la santé en médecine générale :
 - l'éducation individuelle du patient ;
 - l'éducation collective et communautaire.

Les méthodes pédagogiques choisies intègrent des méthodes interactives, impliquant les étudiants dans la construction et la présentation, voire parfois la réalisation, d'un projet de prévention. Par exemple, une action d'éducation au sein d'un établissement scolaire, lycée ou collège, sous le contrôle des enseignants. Durant les trente heures du certificat, les thématiques précédemment citées sont abordées à partir de situations concrètes.

Des publications relatant des actions d'éducation sont soumises à une analyse critique. Les étudiants travaillent en petits groupes de cinq ou six participants et ont pour tâche de collecter les éléments permettant de construire leur projet d'action de prévention.

En conclusion, l'éducation occupe une place de plus en plus grande dans

le cursus de formation initiale en médecine générale. Si les patients consultent souvent avec une demande de soins, l'évolution de la société les amène de plus en plus à rechercher des démarches préventives : s'estimant en bonne santé, ils souhaitent des conseils pour le rester. L'explosion des affections chroniques oblige souvent le patient à vivre avec sa maladie. Ce passage vers

une médecine associant curatif, préventif et accompagnement nécessite une évolution de la relation médecin-patient et la construction commune de nouvelles compétences.

Pr Pierre-Louis Druais,
Président du Collège national
des généralistes enseignants,
Vincennes.

L'éducation pour la santé a-t-elle sa place dans **la formation médicale continue** ?

À la suite de la loi de santé publique de 2002 – qui stipule que tout médecin est désormais obligé de se former en continu –, plusieurs collègues d'experts ont défini les formations les plus utiles aux médecins ainsi que leur contenu. L'éducation pour la santé, avec notamment la prise en compte de la psychologie et de l'environnement du patient, y figure en toute première ligne.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les médecins ont, en France, l'obligation de poursuivre leur formation tout au long de leur exercice professionnel. Trois conseils nationaux ont été mis en place en février 2004, respectivement chargés de la formation médicale continue (FMC) des médecins libéraux, des praticiens hospitaliers (médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens) et des médecins salariés non hospitaliers.

Ces conseils ont notamment pour mission de définir les orientations nationales de la FMC et d'en établir les règles de fonctionnement. L'harmonisation de leurs travaux est confiée à un comité de coordination composé de quatre représentants élus de chaque conseil.

Ne pas se limiter aux connaissances biomédicales...

En préambule aux orientations qu'il a fixées pour la FMC, le Conseil national des médecins salariés¹ a énoncé les principes qui ont guidé sa réflexion. Ses membres témoignent ainsi de la

conception qu'ils ont du métier de médecin et des valeurs qu'ils souhaitent promouvoir :

1. Le médecin exerce sa profession dans un environnement en perpétuelle mutation : les connaissances scientifiques évoluent mais aussi les données épidémiologiques, le contexte social et économique et les attentes de la population vis-à-vis du système de santé. La formation médicale continue doit donc l'aider à développer ses capacités d'adaptation. Il s'agit notamment de savoir :

- rechercher et sélectionner les informations utiles ;
- exercer son esprit critique ;
- résoudre des problèmes complexes ;
- prendre des décisions dans un contexte fréquent d'incertitude scientifique.

2. « *La santé est un état de complet bien-être physique, social et mental et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». ² Si l'on se réfère à cette définition, le médecin, en tant que professionnel de santé, doit inscrire son action dans le cadre d'une approche globale de la personne humaine, prenant en compte les caractéristiques biologiques

et physiologiques mais aussi la dimension psychologique, l'environnement familial, professionnel et social. Or, sa formation initiale l'a souvent mieux préparé à traiter une maladie physique qu'à prendre en compte une personne, dans toute sa complexité. La formation médicale continue ne peut donc se réduire à la mise à jour des connaissances biomédicales.

3. Même quand la plus grande partie de son activité se déroule dans le cadre d'une relation individuelle, le médecin est un acteur de santé publique. Avec un grand nombre d'autres intervenants, il contribue à promouvoir, protéger et améliorer la santé de la population. Il doit donc savoir travailler en cohérence avec d'autres professionnels et situer son action dans le cadre d'une politique nationale, régionale ou locale de santé.

4. Alimentation, alcool, tabac, stress, sédentarité, pauvreté, etc. : les conditions et les habitudes de vie jouent un rôle déterminant dans l'apparition et l'évolution des problèmes de santé. Si les soins curatifs s'emploient à résoudre les problèmes, la prévention a pour but d'éviter leur apparition, leur dévelop-

Exemples de thèmes de formation médicale continue se rapportant à chaque orientation

Développer son savoir médical et adapter ses pratiques à l'évolution permanente des connaissances	Établir avec les usagers des relations leur permettant de participer activement à la prise en charge de leur santé	Prendre en compte l'impact de l'environnement physique, familial, social et professionnel sur la santé des personnes	Contribuer à l'équité sociale en matière d'accès à la prévention et aux soins	Participer à la politique et aux priorités de santé publique ¹	Utiliser de manière optimale les ressources du système de santé
Traitement de l'insuffisance cardiaque Prévention des grossesses précoces Gestes de première urgence Lecture critique d'un article scientifique	L'annonce d'une maladie grave, de son pronostic et de son traitement Éducation pour la santé, éducation du patient Relation médecin/patient Respect du secret médical	Pollution atmosphérique et santé Évaluation des risques dans l'entreprise Prévention des infections nosocomiales Solitude et dépression du sujet âgé	Prise en charge médicale des personnes en situation sociale précaire La santé des migrants Rôle et fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé implantées dans les hôpitaux	Prévention du tabagisme Prise en charge de l'obésité Le médecin et la prévention des accidents de la route Dépistage du cancer colorectal	Transmission et partage de l'information médicale Travail en réseau La médecine en milieu rural Formation et encadrement du personnel paramédical

1. Les thèmes prioritaires relatifs à cette orientation nationale sont ceux définis par les pouvoirs publics.

pement ou leurs complications. Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, la prévention s'exerce à travers quatre catégories de mesures :

- des mesures légales et socio-économiques (interdiction de fumer dans les lieux publics, obligation et gratuité de certains dépistages, couverture maladie universelle, etc.) ;
- des actions sur l'environnement (lutte contre les pollutions, sécurité au travail, aménagement des lieux publics pour les rendre accessibles aux personnes handicapées, etc.) ;
- des soins préventifs (vaccinations, dépistages, techniques de réadaptation, etc.) ;
- l'éducation pour la santé (éducation nutritionnelle dans les écoles ou les entreprises, campagnes de promotion du dépistage des cancers, éducation du patient atteint de maladie chronique, etc.).

Si l'implication du médecin dans chacune de ces catégories de mesures dépend bien sûr de la spécialité ou du métier qu'il exerce, sa participation aux actions de prévention, quelle que soit la forme qu'elle prenne, paraît aujourd'hui indispensable. Le médecin contribue notamment à l'éducation pour la santé de la population. Cela suppose

qu'il acquière, par la formation médicale continue, des compétences psychopédagogiques et des capacités de communication qu'il n'a quasiment pas eu l'occasion de développer au cours de sa formation initiale.

Six orientations nationales

Selon les termes du code de la santé publique, « la formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique ».

Dans le respect des principes qu'il a énoncés, le Conseil des médecins salariés a décliné cet objectif en six orientations nationales (voir tableau ci-dessus). Grâce à la FMC, le médecin doit :

- développer son savoir médical et adapter ses pratiques à l'évolution permanente des connaissances ;
- établir avec les patients, ou plus généralement avec les usagers des services de santé, des relations permettant à ceux-ci de participer activement à la prise en charge de leur santé ;
- prendre en compte l'impact de l'environnement physique, familial, social

et professionnel sur la santé des personnes ;

- contribuer à l'équité sociale en matière d'accès à la prévention et aux soins ;
- participer à la politique et aux priorités de santé publique ;
- utiliser de manière optimale les ressources du système de santé.

Des orientations nationales aux thèmes prioritaires

À partir des orientations nationales, des thèmes prioritaires de la formation médicale continue devront être établis pour chaque spécialité médicale et pour une durée de cinq ans. Ce travail se fera en concertation avec les sociétés savantes et groupements professionnels concernés mais, pour mieux expliquer sa démarche, le Conseil a donné des exemples de thèmes de formation se rapportant à chaque orientation et pouvant intéresser différentes formes d'exercice médical.

Ensuite, chaque médecin définira lui-même, dans le cadre des orientations nationales et des thèmes prioritaires, ses propres besoins de formation, tenant compte de sa spécialité, de ses conditions d'exercice, de ses formations antérieures et de ses aspira-

tions. Les médecins seront toutefois invités à bâtir leur parcours de formation en ne négligeant aucune des six orientations nationales.

Les réunions du comité de coordination ainsi qu'une assemblée plénière des trois conseils nationaux, organisée en novembre 2004, ont permis de confronter les travaux des uns et des autres. Elles ont mis en évidence une volonté d'aboutir à des orientations nationales communes. Le Conseil des médecins libéraux s'est dit globalement en accord avec les propositions du Conseil des médecins salariés. Le Conseil des praticiens hospitaliers a entrepris une démarche un peu différente. Il s'est donné pour objectif de recenser les orientations nationales de santé émises par les différents organismes compétents : le ministère, l'Assurance Maladie, la Haute Autorité de

santé, l'Ordre des médecins... À partir de l'analyse de ces orientations, le Conseil fixera les thèmes prioritaires de formation, en étroite collaboration avec les collèges nationaux professionnels.

Le travail entrepris par le Conseil des praticiens hospitaliers permettra donc d'approfondir l'une des orientations fixées par le Conseil des médecins salariés, en précisant comment la FMC peut aider les médecins à « *participer à la politique et aux priorités de santé publique* ».

L'éducation pour la santé, y compris l'éducation thérapeutique, est quasiment absente de la formation initiale des médecins. En revanche, elle apparaît de plus en plus dans les offres de FMC. Les travaux engagés par les conseils nationaux, notamment leur volonté d'articuler la formation aux

politiques de santé publique, devraient renforcer cette tendance. Par l'évaluation à moyen terme du dispositif de FMC, on saura si les orientations nationales fixées par les conseils sont respectées, si les médecins comprennent la nécessité d'accroître leurs compétences psychopédagogiques et s'ils trouvent les moyens de le faire.

Dr Brigitte Sandrin Berthon

Membre du Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés,
Membre du Comité de coordination,
Directrice du Cres Languedoc-Roussillon,
Montpellier.

1. Les médecins salariés non hospitaliers sont susceptibles d'exercer à peu près toutes les spécialités médicales : soins ambulatoires dans les centres de santé, soins en établissements de santé hors service public, médecine du travail, santé publique, assurance-maladie, etc.

2. Organisation mondiale de la Santé, 1946.

Formation continue des médecins : une opportunité pour l'éducation à la santé

Peu enseignée pendant le cursus de médecine, l'éducation pour la santé peut être dispensée pendant les cycles de formation continue. À condition que les médecins y soient étroitement associés et que son contenu prenne en compte les réalités de la pratique médicale quotidienne, comme le souligne ici le docteur Claude Rosenzweig, président du Collège français de médecine générale. Le point en trois questions-réponses.

Quelle place occupe aujourd'hui l'éducation pour la santé dans la formation continue des médecins ?

La principale caractéristique de cet aspect de la formation est sa contextualisation. Lorsque les thèmes portent sur une pathologie chronique (diabète, asthme...), la formation fait l'objet d'une ou plusieurs séquences qui traitent tant de l'éducation pour la santé en général que de la pathologie spécifique en particulier. En effet, les médecins attendent des éléments directement transposables dans leur pratique quotidienne, d'autant que cet aspect de la prise en charge des patients n'est que peu abordé pendant le cursus des études

médicales. Certes, les étudiants en médecine sont en contact avec ce type de prise en charge lors de leurs stages hospitaliers : mais ils ont en face d'eux un patient qui est hors de son cadre de vie habituel. Dans les thèmes recourant les problèmes d'addiction, l'éducation pour la santé est par essence au centre de la problématique de la formation.

Le contenu des formations portant sur et/ou intégrant une dimension d'éducation pour la santé aborde généralement les principales dimensions du diagnostic éducatif (1) :

- la dimension médicale : quelle est la maladie dont souffre le patient ?

- la dimension socioprofessionnelle : qu'est-ce qu'il fait ?

- la dimension cognitive : que sait-il sur sa maladie ? Quelle en est sa représentation ? Que croit-il ?

- la dimension psychoaffective : qui est-il ?

- quel est le projet de vie du patient ?

Les médecins généralistes sont particulièrement sensibles à ce type d'approche qui s'intègre parfaitement bien dans le modèle biopsychosocial, qui est leur système de référence habituel de prise en charge globale et personnalisée des patients. Ce modèle est décliné ensuite selon la pathologie et le thème de la formation.

Dans l'offre actuelle en formation continue des médecins, des modules spécifiques centrés sur l'éducation du patient existent (Unaformec, MG Form). Ils ont comme objectif d'intégrer l'éducation dans l'exercice quotidien pour tous les patients, plutôt dans la prise en charge des maladies chroniques, et de faire acquérir au patient plus d'autonomie dans la gestion de sa maladie et de sa santé.

L'éducation pour la santé est-elle une démarche qualité des pratiques professionnelles ?

L'éducation pour la santé est déjà reconnue comme une démarche qualité dans certaines pathologies, par exemple dans la prise en charge du patient asthmatique adulte et adolescent et ce, avec un fort niveau de preuve (2). Mais ces résultats ont été obtenus dans le cadre de programmes éducatifs structurés, éloignés de la pratique ambulatoire de premier recours.

Plus généralement, en pratique quotidienne, l'éducation pour la santé existe, distillée de façon variable par le praticien, en fonction (liste non exhaustive) de :

- sa formation dans le domaine concerné ;
- ses représentations de la maladie ;
- ses conditions d'exercice ;
- son désir et sa disponibilité du moment.

Sur ce sujet, l'influence du système de distribution des soins – dans lequel le praticien évolue est majeure : un système libéral « à la française », dans lequel la rémunération du médecin est quasi exclusivement basée sur l'acte curatif, dans lequel l'acte intellectuel est globalement dévalorisé par rapport à l'acte technique, et dans lequel une rémunération spécifique pour ce qui touche à la santé publique (prévention et éducation pour la santé) n'existe pas – n'est pas un terreau favorable au développement de cet aspect de la prise en charge des patients.

Quels sont les besoins en outils de formation ou d'aide à l'action ?

En outils de formation : l'utilisation d'outils de formation « clés en main » n'est habituellement pas très prisée par les organismes de formation et les médecins participants. L'appropriation nécessaire tant par les formateurs que par les participants, nécessite en termes de pédagogie active pour adultes que ces outils soient élaborés en commun, dans un souci de cohérence avec l'activité professionnelle.

En ce qui concerne l'aide à l'action en éducation pour la santé : c'est davantage dans ce domaine que les démarches innovantes doivent être élaborées. La réflexion sur ces aides dans le cadre de la formation des professionnels de santé touche à plusieurs domaines :

1. la pédagogie et les outils de formation : l'aide de référents et d'experts de l'éducation pour la santé dans la conception des actions/contenus de formation peut être un apport précieux, en collaboration avec les professionnels de terrain ;
2. l'intégration intuitive et contextualisée de l'éducation pour la santé dans la consultation habituelle : la place de l'éducation pour la santé dans l'exercice quotidien des médecins généralistes est en effet une réflexion qui ne touche pas que la formation ; elle oblige à élargir le débat à une approche générale sur la place réservée à cet aspect de prise en charge des patients et à la rémunération des professionnels intervenants. Concrètement, pour placer le médecin en situation de pouvoir pratiquer l'éducation pour la santé, il faudrait à tout le moins :
 - la création d'un acte spécifique ;
 - la rémunération à la fonction selon des cahiers des charges précis ;
 - la possibilité d'individualiser des plages horaires spécifiques pour ce type d'activité ;
 - le regroupement de professionnels de santé pour la prise en charge de groupes de patients homogènes.

En conclusion, le développement de pratiques innovantes en éducation pour la santé dans le milieu des soins primaires ambulatoires nécessite une double évolution : de l'appropriation des professionnels et des patients de ces concepts en complément ou en remplacement de stratégies thérapeutiques basées quasi exclusivement sur le médicament, ainsi que de la considération intellectuelle et réglementaire (donc financière) d'un acte spécifique.

Dr Claude Rosenzweig,
Président du Collège français
de médecine générale.

► Références bibliographiques

- (1) Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot, coll. Éducation du patient, 1995 : 199 p.
- (2) *Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent – Recommandations pour la pratique clinique*. Paris : Anaes, juin 2001.

Entretien avec Pierre Moulin, médecin généraliste, membre de l'équipe d'un centre d'accueil pour personnes en situation de précarité.

« Professionnel accueillant avant d'être médecin »

À L'Isle-d'Abeau, dans l'Isère, plusieurs institutions et associations sont à l'origine de l'ouverture du « Pivoley », un lieu d'accueil pour personnes en situation de précarité ou/et de souffrance psychique. Avec le concours de la commune, ce lieu accueille dix à vingt personnes quatre heures par semaine, pour parler, participer aux groupes de parole, se remettre en selle par le biais d'activités. Le médecin généraliste est ici un simple accueillant parmi d'autres professionnels.

La Santé de l'homme : Quel constat vous a conduit à ouvrir ce centre d'accueil ?

Pierre Moulin : L'ouverture du lieu d'accueil du Pivoley, à L'Isle d'Abeau, en 1993, part d'un constat simple : les professionnels des secteurs médical et psychiatrique, du social et les municipalités formulaient la même demande d'un lieu d'accueil, voire de soins, pour les personnes en situation de précarité. Face à ces personnes, nous partagions un constat identique : aucun de nous n'avait la réponse seul. Nous voulions

donc offrir une réponse cohérente à ces personnes qui, très souvent, ne trouvaient pas les bons guichets : par exemple, elles s'adressaient à l'assistante sociale pour accéder aux soins, au médecin pour se faire prendre en charge par la Sécurité sociale. Notre objectif : créer un « sas » pour permettre aux personnes de trouver la bonne porte, le bon accès.

S. H. : Qui a créé ce lieu ?

Les initiateurs du lieu d'accueil sont pluriels : il y avait la mairie (centre com-

munal d'action sociale, maison de quartier), la caisse d'allocations familiales (via une conseillère en économie familiale), le centre médico-psychologique adulte avec une psychologue, une infirmière, une assistante sociale, l'Association pour la promotion de la santé du Nord Isère (Apsni) par la mise à disposition d'un médecin. Les institutions respectives ont accepté ce pari de soutenir ce lieu défini comme « sans projet préconçu sur l'autre » (la personne accueillie). Nous avons démarré volontairement en douceur, puis le bouche à oreille a fonctionné et notre structure s'est étoffée par le renfort des bénévoles du Secours catholique et de la Croix-Rouge.

S. H. : Comment fonctionne le lieu d'accueil ?

Nous sommes installés dans un appartement sur la commune de Villefontaine (rattachée à la ville nouvelle de L'Isle-d'Abeau). Ouverts deux fois deux heures par semaine, nous ne sommes pas un lieu de séjour. Les accueils se font par deux ou trois accueillants en mixant les équipes. Nous accueillons actuellement environ cinquante personnes par an. Nous n'avons pas de règles contraignantes, l'occupation du temps est libre, chacun vient et participe comme il le souhaite, l'anonymat est la règle. Le repas mensuel – autofinancé et préparé par les accueillis eux-mêmes – est, depuis le début du Pivoley un temps

fort. Tous les trois mois se tient pendant l'accueil le conseil du Pivoley : temps de débat sur les problèmes rencontrés, organe décisionnel des règles de vie. L'équipe accueillante s'est également dotée d'une réunion d'équipe mensuelle qui aborde les questions d'organisation et est un temps d'échanges sur nos pratiques et nos difficultés, avec une supervision trimestrielle par une psychologue de la commission locale d'insertion (conseil général). Un comité de pilotage (institutions, financeurs, décideurs) se réunit deux fois par an ; il valide le compte rendu d'activité de l'équipe et, sur proposition, arrête les principales règles d'orientation à venir ; depuis l'année dernière, les accueillis participent activement à ce conseil ; et c'est une de nos fiertés !

S. H. : Qui accueillez-vous ?

Des personnes en souffrance psychologique, psychique et sociale. L'Isle-d'Abeau, ville nouvelle, dispose d'un bon

maillage social et nous n'accueillons donc pas de SDF ou d'autres personnes en situation de grande pauvreté. Pas de grande misère donc mais beaucoup de souffrance, de solitude, car cette ville nouvelle manque de racines. Nos visiteurs souffrent essentiellement de solitude, certains ont été suivis en psychiatrie, d'autres ont des problèmes d'alcool. Tous sont ce que j'appellerais des « fracassés de la vie ».

S. H. : Quel est votre objectif ?

Il n'a pas changé depuis le début : ramener les personnes que nous accueillons vers les soins et les institutions ou, à l'inverse, les en rendre indépendants. La notion de « sas » définit bien notre action. Le Pivoley est un espace où l'on prend soin des personnes qui se présentent, toujours dans une dimension de santé. Depuis deux ans, nous disposons de moyens élargis avec l'embauche d'une coordinatrice ; en plus de l'accueil, elle gère l'ensemble des acti-

tivités que nous proposons. Sans ce poste, notre bon fonctionnement serait remis en cause. Nous tentons de recréer un réseau autour des personnes. Nous n'effectuons pas de suivi des personnes qui cessent un jour de fréquenter le Pivoley mais nous savons que pour certains d'entre eux quelques passages chez nous ont suffi à les faire changer de trajectoire.

S. H. : Quelle est la place des médecins dans l'équipe d'accueil ?

Personne n'est leader, je suis un accueillant parmi d'autres. Ce qui nous intéresse depuis le début est de confronter nos pratiques, qui sont très différentes. J'étais mandaté par l'Association pour la promotion de la santé sur le Nord Isère (Apsni) pour faire le point et transmettre les demandes de santé en vue de développer une structure de soins adaptés ; je redoutais d'ouvrir un énième dispensaire dont l'activité aurait « envahi » mon cabinet. Or, très rapidement, la demande de prise en charge de la souffrance psychique et de la solitude est apparue comme évidente. Je me suis donc adapté à la demande de ce public. Je participe à l'accueil et on peut aussi me « consulter » en tant que médecin. Même chose pour la psychologue. Nous ne sommes donc pas repérés que comme professionnels soignants mais aussi comme accueillants. C'est un grand écart par rapport à votre statut mais ce sont les personnes accueillies qui définissent en quelque sorte votre place. La notion de plaisir à participer aux accueils est un des éléments de cohésion de l'équipe.

S. H. : Quelles conséquences ce travail en équipe a-t-il eu sur votre pratique de médecin ?

Cela a modifié en profondeur ma façon de travailler, ce constat vaut pour les autres membres de l'équipe, y compris les professionnels du social. Nous travaillons davantage en collectif. Une assistante sociale qui appelle un médecin chez nous est écoutée, il y a davantage d'attention, pas question ici d'opposer le médical et le social. Et les professionnels doivent être accessibles. La diversité de nos origines fait notre richesse. Le Pivoley est partie prenante d'un groupe préfigurant un comité local de santé mentale.

Des groupes de parole et des activités pour « se reconstruire »

Au départ, le Pivoley ne disposait que d'un groupe d'accueil permettant de dialoguer à bâtons rompus autour d'un café avec ses visiteurs réguliers. Progressivement, depuis dix ans, d'autres activités ont été mises en place : un groupe alcool, un groupe dépendance, qui ont depuis cessé leur activité. L'embauche d'une coordinatrice, il y a deux ans, a provoqué l'explosion des activités en dehors des temps d'accueil :

- groupe de parole plus structuré et régulé sur le mode sud-américain du psychiatre Adalberto Baretto, où le groupe est son propre expert ; le Pivoley, qui accueille parfois jusqu'à trente personnes simultanément, était un lieu bruyant, cacophonique et il y avait nécessité d'installer une autre forme de parole ; parmi les autres ateliers, on peut citer :
- le groupe de parole intitulé « bienveillance » qui accueille des personnes victimes de violences sexuelles, coanimé par le planning familial ;
- un groupe de travail sur son propre corps, la sensation que les accueillis en ont un ;
- un groupe création artistique ;
- un groupe chant.

Ces activités ne sont pas conçues pour occuper les personnes mais dans une démarche de vie : « Par exemple, on chante pour se faire plaisir, pour voir ce qui se passe en nous »,

explique un participant. Ces groupes sont animés par des professionnels (médecins, psychothérapeutes, art-thérapeutes, musiciens, etc.) et des bénévoles formés. Les accueillis ont mis en place et animent eux-mêmes un groupe écriture qui rencontre un grand succès. Toutes ces activités concourent à un même objectif : aider les personnes accueillies à devenir davantage actrices de leur santé et de leur vie. C'est l'un des points saillants mis en évidence par l'évaluation : l'accueil humain et les activités permettent aux personnes de devenir plus autonomes, de retrouver des appuis qu'elles pourront utiliser dans leur vie quotidienne pour se reconstruire un réseau. Ces activités sont qualifiées de « cruciales » par l'équipe d'accueil ; elles établissent un lien avec l'extérieur, lien symbolisé par les personnes relais impliquées dans ces ateliers : « Mais il ne suffit pas d'établir des passerelles, précise l'équipe d'accueil, l'expérience nous enseigne qu'il faut accompagner les personnes dans leurs démarches pour que cela fonctionne. Il est illusoire de proposer une activité sans suivi : s'il n'y a pas de travail commun en amont, les participants n'y vont pas. » Hors des schémas fondés sur la rentabilité, ce qui est exigé ici, c'est du temps.

Nous avons donc créé notre propre outil car nous tenions à cette évaluation et nous l'avons fait accepter par nos partenaires financeurs. Autre difficulté : planifier nos activités ; établir en début d'année le planning des projets nous est pratiquement impossible puisque cela va se décider dans l'année, en fonction des demandes. Notre fonctionnement doit rester souple, ce qui ne cadre pas avec les schémas de financement.

Propos recueillis par **Y.G.**

S. H. : En guise de bilan, qu'apportez-vous aux personnes que vous accueillez ?

Un cadre sécurisant, une autonomie si l'on écoute le ressenti des personnes (voir encadré). J'illustrerai par un seul exemple : courant février 2005, l'un de nos fidèles visiteurs nous a amené un collègue avec lequel il partage un appartement thérapeutique ; il lui a présenté le Pivoley en ces termes : « *C'est un lieu où l'on peut réapprendre à parler avec les gens en restant à l'abri, ça permet de se réhabituer pour pouvoir ensuite à nouveau communiquer à l'extérieur.* » Son analyse rejoint celle d'un sociologue. Pour lui, ce lieu est un « *un endroit protégé, une sorte de théâtre où les gens accompagnés réapprennent et répètent leur statut social* ». Pour fêter les dix ans du Pivoley, le groupe « chant » a écrit une chanson qui résume bien les attentes des accueillis, en voici l'esprit : « *On est là pour se remettre debout parce que la vie nous a bousculés et mis à terre.* »

Le Pivoley n'est pas un lieu idyllique, les confrontations sont fortes, les crises fré-

quentes mais il y a toujours un espace de dialogue. L'effet bénéfique du groupe est impressionnant : parce qu'ils sont en souffrance, les accueillis sont souvent intolérants ; or le groupe diminue cette intolérance. Je dirais que nous autres, accueillants, assurons l'ossature, et que ce groupe est le matelas qui amortit les chocs, tant internes qu'externes. En onze années, nous n'avons d'ailleurs jamais été soumis à des situations ingérables et à chaque fois c'est le groupe qui trouve la solution au problème posé.

S. H. : À quelles difficultés majeures continuez-vous d'être confrontés ?

Le manque de cohérence de nos financements. C'est un casse-tête, en particulier pour notre coordinatrice, qui doit chaque année batailler elle-même pour assurer le financement de son propre poste ! Seconde difficulté majeure : la logique des institutions est différente de la nôtre. Par exemple, pour notre évaluation, le lieu d'accueil n'entraîne dans aucun schéma (caisse d'allocations familiales, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, etc.).

« Ici on me fout la paix, on ne me prend pas la tête ! »

Comment les personnes accueillies perçoivent le Pivoley, lieu d'accueil ? Des témoignages ont été recueillis lors de l'évaluation du centre. Il en ressort un point commun : la souffrance partagée crée le lien, l'identité du groupe. « *Au Pivoley, on se retrouve avec des gens comme nous, qui souffrent ou ont souffert, il y a reconnaissance de l'autre* », témoigne l'un d'eux. Pour autant, le lieu n'est pas du tout identifié à une expérience douloureuse recroquevillée autour du partage de cette souffrance. Au contraire, ce qui ressort, c'est la perception d'un lieu « social » auprès duquel on peut venir s'ancre : « *C'est un moment de détente, on vient voir du monde même quand on revient après un temps d'absence, on reprend sa place.* » Une autre : « *J'ai organisé mon temps autour de ces deux fois deux heures par semaine ; le Pivoley a été un déclic, un moyen pour me remettre le pied à l'étrier. Il faut des béquilles avant de se lâcher pour pouvoir avancer tout seul.* » Ou encore, « *je peux transférer cette expérience à l'extérieur* ». Certains accueillis mettent en avant la tolérance du lieu : « *On prend les gens comme ils sont, chacun a sa souffrance mais il y a toujours une parole qui aidera l'autre* ». Autre propos spontané : « *Je pose mon baluchon à l'entrée, ici on me fout la paix, on ne me prend pas la tête.* » L'égalité de statut revient fréquemment dans les témoignages : « *Il n'y a pas celui qui sait et celui qui ne sait pas, tout le monde apporte à tout le monde.* » Terrain d'entraînement à la vie à travers l'écoute et la parole. Bref, un coin d'humanité résumé par cette formule, livrée par l'un des accueillis : « *Il n'y a pas de soins, mais ça produit du soin.* »

Quand médecins et pharmaciens expérimentent l'éducation pour la santé

Pendant un an, des médecins généralistes et des pharmaciens, formés et indemnisés, ont pu consacrer du temps et de la méthode pour intégrer la dimension éducative dans le suivi de trois catégories de patients : adolescents, femmes enceintes, et personnes âgées. Cette recherche-action pilote s'est déroulée dans cinq régions françaises. Elle débouche sur des résultats encourageants.

Les limites des approches thématiques en éducation pour la santé en médecine générale et en officine ont souvent été mentionnées (1). En effet, qu'il s'agisse de lutter contre une addiction, de contrôler son poids ou encore de favoriser l'observance, les approches thématiques conduisent le plus souvent à une prise en charge morcelée des personnes et tiennent peu compte du caractère généraliste des pratiques des médecins et des pharmaciens. De même, elles s'appuient sur des supports et documents thématiques qui, pour des raisons évidentes d'utilisation pratique par les professionnels, ne peuvent se multiplier à l'infini.

Pour apporter des éléments concrets de réponse sur la faisabilité de la mise en œuvre de démarche d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie, prenant en compte à la fois la globalité de la personne et les caractéristiques communes d'un groupe de population, l'INPES et l'Assurance Maladie ont expérimenté, de 2001 à 2004, cinq actions pilotes d'éducation pour la santé auprès d'adolescents, de femmes enceintes et de personnes âgées (2). Les résultats ont été rendus publics en mars 2005. Ils devraient permettre de tirer des enseignements pratiques pour le développement de l'éducation pour la santé des patients par les médecins généralistes et les pharmaciens. Par leur proximité et leur accessibilité, ces professionnels sont en effet des acteurs clés de l'éducation pour la santé (3).

Cette expérimentation menée dans cinq sites pilotes a impliqué au total soixante et un médecins généralistes

libéraux et pharmaciens d'officine, dont trente-cinq qui ont véritablement testé des démarches éducatives auprès de cent quatre-vingt-cinq patients suivis sur une dizaine de mois. Les groupes de population concernés ont été : les femmes enceintes à Villefontaine, dans l'Isère, les personnes âgées à Nîmes et Amiens, et les adolescents à Lyon et Rouen. Un site pilote était composé d'une douzaine de professionnels (médecins généralistes et pharmaciens) réunis autour d'un comité de pilotage constitué au moins d'un médecin généraliste, un pharmacien d'officine, un éducateur pour la santé et un représentant de la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) locale.

Cette expérimentation a été menée selon la méthodologie de « recherche-action », c'est-à-dire que chaque site pilote a élaboré son propre projet de démarche éducative. Ces projets de démarche éducative devaient décrire les objectifs éducatifs, les modalités d'intervention, les déroulements des entretiens et les supports choisis par les professionnels.

Les deux principaux freins exprimés par les professionnels de santé – manque de temps (lié au manque de reconnaissance financière) et le manque de formation (4, 5) – ont été levés. Les professionnels ont en effet été indemnisés pour le temps passé en réunion, formation et pour les entretiens auprès des patients. Le challenge était également de relever le fait que l'éducation pour la santé, avec ses concepts et son vocabulaire, reste un domaine méconnu de la plupart des professionnels de santé, ainsi que le fait que les méde-

cins et pharmaciens reconnaissent, eux-mêmes, collaborer peu dans leur exercice quotidien.

Temps disponible et formation

Les médecins et les pharmaciens ont bénéficié en moyenne de cinq jours de formation ainsi que d'une dizaine de réunions réparties sur deux années. Objectifs : qu'ils s'approprient les concepts de l'éducation pour la santé, qu'ils élaborent un projet en commun avec les autres membres de l'équipe puis, durant la phase d'application sur le « terrain », qu'ils échangent leurs expériences et leur vécu.

Pour ce qui concerne le temps passé avec le patient : les professionnels ont pu consacrer quatre rencontres de trente minutes en moyenne avec leur patient, réparties sur un mois et demi à cinq mois, au lieu des dix-huit minutes qu'ils déclarent y consacrer habituellement.

Pour les pharmaciens, des modalités pratiques innovantes ont été mises en place – prise de rendez-vous, entretien dans un bureau derrière le comptoir – pour davantage permettre et respecter la confidentialité des échanges.

Des résultats encourageants

Globalement, la grande majorité des professionnels qui y ont participé se dit très satisfaite de cette expérimentation : 75 % chez les médecins et 93 % chez les pharmaciens. Plus précisément : – les professionnels ont opéré un changement profond dans leur pratique, y ajoutant une fonction d'accompagnateur, sur la base d'une relation plus égalitaire avec le patient. Ils ont renforcé leur relation de confiance avec celui-ci

et leur activité s'en est trouvée valorisée. L'étude approfondie du récit des rencontres entre professionnels et patients montre que les professionnels ont acquis le réflexe de prendre en compte la personne « dans sa globalité », en incluant en particulier ses conditions de vie et ses relations sociales et familiales ; conséquence : ils respectent mieux les attentes des patients, grâce à une exploration plus systématisée de ses connaissances, de ses représentations et de ses souhaits ;

– les patients ont souligné leur très grande satisfaction, en particulier à pouvoir s'exprimer plus longuement et librement dans le cadre de la disponibilité et de la qualité de l'écoute qui leur était accordée. Ils ont modifié leur regard sur les médecins et les pharmaciens, sur ce que les professionnels pouvaient leur apporter. Rappelons que c'est cette modification de « posture » des professionnels qui est fondamentale en éducation pour la santé. Cependant, ce changement de posture semble moins facilement mis en œuvre pour les personnes âgées, dont les habitudes de consultations sont plus ancrées, et pour lesquelles les professionnels ont davantage tendance à rester dans une posture directive.

Ces changements dans la relation entre le professionnel et le patient vont dans le sens des demandes des patients d'une plus grande écoute et proximité, exprimées récemment dans les espaces de débats des états généraux de la santé ou ceux du cancer ;

– l'approche « populationnelle » : les professionnels en ont souligné la pertinence et l'intérêt, en particulier concernant les adolescents et les femmes enceintes. Schématiquement, les objectifs éducatifs étaient plutôt centrés sur le développement de l'autonomie chez les adolescents et sur l'accompagnement au choix chez les femmes enceintes.

En résumé, cette approche favorise une prise en charge globale et personnalisée ainsi que la mise en place d'une relation plus approfondie, plus confiante. Elle permet, en particulier, d'aborder des aspects rarement explorés par le professionnel, et que le patient n'ose pas évoquer. Chez les adolescents, cela a permis d'améliorer la relation avec le professionnel et l'appropriation par le jeune de messages de prévention. Avec les femmes enceintes, l'approche globale évite de relier la

grossesse au domaine de la pathologie, elle permet une approche plus personnalisée et l'inclusion du père dans l'accompagnement. Elles ont déclaré être « plus rassurées », avoir « moins d'anxiété » et « plus de bien-être ». En revanche, cette approche « populationnelle » présente certaines limites avec les personnes âgées, qui sont davantage atteintes de pathologies et attendent une intervention plus biomédicale, plus « soignante » de la part du professionnel.

Améliorer les pratiques des soignants

Les principaux obstacles rencontrés au cours de l'expérimentation ont été les suivants :

– l'éducation pour la santé, ses concepts et méthodes, nécessite du temps d'appropriation et un investissement important de la part des professionnels ;

– le temps passé avec chaque patient, supérieur à celui estimé préalablement, et l'allongement de la durée totale de l'expérimentation ont induit chez certains professionnels des baisses de motivation ;

– la difficulté de faire adhérer certains patients à un mode de relation avec le professionnel inconnu pour eux ;

– le passage de la théorie à la pratique, en particulier l'articulation entre la fonction « soignante » et celle d'éducation pour la santé. L'expérimentation conclut qu'une réflexion doit être menée pour mieux adapter les méthodes de l'éducation pour la santé aux spécificités de la pratique en individuel des médecins et pharmaciens ;

– en ce qui concerne la collaboration médecins-pharmaciens, le bilan est mitigé : les professionnels ont exprimé un très grand intérêt à travailler et à se former ensemble, mais les collaborations autour d'un même patient ont été plus difficiles à mettre en place. Et des obstacles – tant matériels que culturels – demeurent.

Une prise en charge plus humaine

Les professionnels participants estiment que cette approche a favorisé une prise en charge plus humaine du patient, centrée davantage sur la personne que sur les soins ; ils soulignent que cette approche a eu un impact positif sur leur image de professionnels auprès des patients. L'amélioration de la communication et le « contact privilégié » reviennent fréquemment dans

leurs propos. Leur regard sur les patients a également changé. Cette expérimentation a confirmé la pertinence de l'approche « par population », laquelle ne s'oppose d'ailleurs pas à une approche thématique.

Enfin, localement, cette expérimentation a provoqué un renforcement important des dynamiques locales et créé des liens forts de partenariat. Il en ressort une volonté de poursuivre un travail en commun. Au niveau national, cette action montre l'intérêt de former les professionnels à l'exercice de l'éducation pour la santé dans leur pratique quotidienne, l'intérêt aussi de leur fournir des supports (documents, outils d'intervention) qu'ils puissent utiliser dans leur relation éducative avec leurs patients.

Maryse Karrer

Chargée de mission,
direction du Développement de l'éducation
pour la santé et de l'éducation thérapeutique,

Dr Isabelle Vincent

Directrice adjointe,
direction de la Communication
et des Outils pédagogiques, INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Dandé A., Sandrin Berthon B., Chauvin F., Vincent I. (sous la dir.). *L'éducation pour la santé des patients. Un enjeu pour le système de santé*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 184 p.
- (2) Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C. *Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées*. Santé publique 2004 ; 16 (3) : 471-85.
- (3) Sandrin Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F. (sous la dir.). *L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : 176 p.
- (4) Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir.). *Baromètre santé médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 224 p.
- (5) Collin J.-F. *Santé et prévention. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1999 : 64 p.

Entretien avec Jean Laperche, médecin généraliste, responsable de la promotion de la santé à la Fédération des maisons médicales de santé en Belgique.

La maison médicale : une expérience innovante mais minoritaire

C'est une initiative présentée par ses initiateurs comme unique en Europe. En Belgique, deux cent mille patients sont pris en charge par des « maisons médicales de santé ». Ces établissements pluridisciplinaires pratiquent l'approche globale et s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé. Les médecins généralistes y jouent les premiers rôles. Toutefois, en dépit d'évaluations positives, l'expérience reste minoritaire.

La Santé de l'homme : *Qu'est-ce qu'une maison médicale ?*

Jean Laperche : Un lieu d'accueil qui réunit une équipe de professionnels de santé : médecins généralistes, infirmières à domicile et kinésithérapeutes comme « soignants de première ligne » ; ce sont donc les trois fonctions de base auxquelles il faut ajouter les accueillant(e)s ; dans certaines maisons officient également des assistants sociaux et des psychologues. Au total, quarante-deux maisons médicales fonctionnent en Belgique, dont soixante-neuf en Wallonie, où elles soignent deux cent mille patients sur les 4,5 millions d'habitants. La première a été ouverte en 1975.

La maison médicale de Durbuy, où j'occupe à mi-temps (l'autre mi-temps est consacré à la fédération et à l'université), est située en zone rurale, notre équipe est constituée de six médecins généralistes, deux infirmières, deux kinés, deux assistantes sociales et trois secrétaires accueillantes. Nous avons deux mille sept cents patients. Nous sommes sous convention avec l'Institut national d'assurance maladie, rémunérés non pas à la tâche mais au forfait, selon le nombre de personnes que nous prenons en charge.

L'équipe pluridisciplinaire de soignants permet de proposer des soins globaux, qui ne sont pas limités au pôle médical mais prennent en compte l'en-

vironnement familial et social, jusqu'au quartier. Une subvention complémentaire du gouvernement wallon finance partiellement ce travail d'accueil, de coordination et d'interventions communautaires.

S. H. : *Que pensent les patients de cette formule d'accueil ?*

Selon l'enquête que nous avons réalisée à Durbuy et d'autres résultats collectés à Bruxelles et Liège, nos patients apprécient « la notion d'équipe » : cela les rassure de savoir que les différents professionnels communiquent entre eux, partagent l'accès à leur dossier de santé. Ils considèrent notre travail en équipe comme une sécurité pour leur santé. Ils apprécient l'écoute du personnel soignant, le contact humain. Ils mentionnent aussi l'aspect financier : l'argent n'est pas chez nous un obstacle à l'accès aux soins.

S. H. : *La maison médicale vous permet-elle d'intégrer l'éducation pour la santé dans votre pratique ?*

C'est incontestable. Nous assumons ce rôle – difficilement quantifiable – dans l'échange individuel de la consultation : nous prenons du temps pour expliquer la maladie, le traitement, négocier des changements de comportement. C'est un volet important car nous avons beau être une maison médicale, 70 % de nos contacts avec les patients passent par la consultation individuelle.

En second lieu, nous assumons ce rôle via le partage d'informations et les projets collectifs. Deux exemples récents : dans une maison médicale de Bruxelles, l'équipe a mis en place une action prometteuse d'accompagnement des patients diabétiques ; ils ont en particulier réussi – en lien avec des associations – à ouvrir une épicerie proposant des produits bon marché accessibles indiqués pour cette pathologie. À Durbuy, nous mettons en place chaque année depuis quatre ans un dispositif d'accompagnement de nos

patients pour l'arrêt du tabac, avec des groupes de parole pour tout patient qui souhaite arrêter de fumer. Nous les réunissons six fois pendant deux heures. Dès que nous mettons en place un projet d'équipe, la dimension d'éducation pour la santé y est intégrée.

S. H. : Quelle place occupent les médecins dans les équipes ?

Prépondérante. Les statuts des maisons précisent bien qu'il n'y a pas de hiérarchie mais on constate dans les faits que les médecins généralistes assurent une fonction primordiale, particulièrement pour répondre aux demandes de soins en collaboration avec les autres soignants. D'une part, le fait qu'ils intègrent dans leur pratique des démarches d'éducation pour la santé et, d'autre part, leur participation aux programmes de prévention et de promotion de la santé portés par l'équipe apportent une caution et une efficacité certaine.

S. H. : Pourquoi les maisons médicales restent marginales en Belgique puisqu'elles soignent moins de 5 % de la population ?

Effectivement, nous ne soignons « que » deux cent mille patients sur 4,5 millions d'habitants. Toutefois, si l'on prend les régions où les maisons médicales sont implantées – essentiellement les grands centres urbains –, on atteint des pourcentages bien plus élevés : 20 à 30 % de la population dans certaines communes de Bruxelles ou de Liège.

Par ailleurs, il est important de souligner que les médecins ne sont pas formés au mode de fonctionnement « collectif » des maisons pendant leurs études, le modèle dominant reste le travail individuel du généraliste. L'aspect financier n'est plus un frein au développement de nos structures, les jeunes médecins y gagnent souvent mieux leur vie qu'au départ d'une pratique libérale individuelle. C'est donc davantage les mentalités et les modes de travail qui bloquent. À souligner aussi que les pouvoirs publics ont peu soutenu les maisons médicales au début, beaucoup plus depuis une quinzaine d'année, au point que les autorités wallonnes ont adopté un décret définissant ce que sont les associations de santé intégrées (maisons médicales) et leurs missions.

S. H. : L'expérience des maisons médicales a-t-elle fait l'objet d'une évaluation ?

Dans le champ curatif, une évaluation constante des recours aux examens spécialisés est réalisée par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (Inami) depuis plus de onze ans ; elle confirme régulièrement que le fonctionnement des équipes conduit à des économies importantes dues à une moindre consommation de soins.

Trois évaluations ont été réalisées en 1992, 2000 et 2003 pour mesurer si ces expériences permettent de développer l'éducation et la promotion de la santé. Les résultats sont positifs. Ils montrent, en particulier, que les actions collectives fonctionnent quand une méthodologie de projet rigoureuse a été mise en place. C'est un de nos points forts puisque nous proposons à nos praticiens, pour la construction de leur action, d'être accompagnés par des chercheurs extérieurs rémunérés. Ces résultats ont été publiés dans la revue *Santé conjugulée* (1-3). Globalement, l'évaluation conforte ce que nous observons tous les jours dans notre pratique : l'éducation pour la santé trouve sa place quand les équipes s'organisent pour procurer des « soins globaux » à la personne. Il reste qu'en Belgique les priorités de santé publique sont autres : le système de santé repose sur le modèle classique curatif avec les médecins d'un côté et les établissements hospitaliers de l'autre. Ces rapports de force expliquent que cette expérience innovante et performante reste marginale.

Propos recueillis par **Y.G.**

► Références bibliographiques

- (1) *Rien ne sert de courir, il faut partir à point. De la prévention à la promotion de la santé.* Santé conjugulée n° 10, octobre 1999.
- (2) *Sept étapes pour avancer. Un regard neuf : l'assurance de qualité.* Santé conjugulée n° 21, juillet 2002.
- (3) *La recherche-action en maison médicale. Chercher, apprendre, questionner, errer, trouver, améliorer.* Santé conjugulée n° 30, octobre 2004.

Maisons médicales : un code d'éthique, et des cousins au Canada

Les maisons médicales belges fonctionnent sur la base d'un code d'éthique reposant sur quatre principes fondamentaux :

- prodiguer des soins globaux ;
- prodiguer des soins intégrés, c'est-à-dire combiner simultanément les soins curatifs classiques avec l'éducation pour la santé, autrement dit une triple approche curative/préventive/éducative ;
- assurer des soins continus tout au long de la vie, donc accompagner les patients dans leur parcours ;
- assurer des soins accessibles à tous, sur le plan financier mais aussi sur le plan culturel et social.

Ces maisons sont fédérées – avec d'autres structures – dans le secrétariat européen des Pratiques de santé communautaire, dont le siège est à Bruxelles. Elles ont tissé des liens avec des structures analogues dans d'autres pays : le Canada, avec les centres locaux de services communautaires (CLSC) – considérés comme les cousins des maisons belges, à la différence près qu'au Canada, les CLSC ont été mis en place par les pouvoirs publics –, les Pays-Bas, l'Italie et la France avec l'Institut Renaudot, à Paris. Pour la France également, avec Alain Decache à l'université catholique de Louvain, département de promotion de la santé, les dirigeants des maisons médicales belges se sont associés à la mise en place d'une formation à un travail en réseau (français) pour l'éducation du patient à Douai, dans le département du Nord.

L'expérience belge est-elle transposable dans un autre pays européen ? Oui, selon ses initiateurs, à deux conditions, qui sont de taille :

- que la volonté de travailler en équipe soit suffisante ;
- que la logique du travail ne privilégie pas la rentabilité ; en d'autres termes un généraliste qui voit quarante patients par jour n'aura pas le temps d'entrer dans une telle démarche, de partager avec les autres professionnels les informations, les cas à discuter, etc. « *Il faut pouvoir se dégager de la course à l'acte, qui ne facilite ni le travail en équipe, ni l'éducation pour la santé* », résume Jean Laperche.

Publications disponibles sur le site web : www.maisonmedicale.org

L'Alsace forme médecins et pharmaciens au sevrage tabagique

Le simple fait que médecins et pharmaciens évoquent la question de l'arrêt du tabac devant leurs patients pourrait conduire deux cent mille personnes à arrêter de fumer chaque année en France. L'Union régionale des médecins libéraux d'Alsace a conçu un module de formation continue portant sur la prise en charge du sevrage tabagique, dont l'objectif est que près d'un tiers des médecins, pharmaciens et sages-femmes soient initiés d'ici à juin 2006.

La loi du 4 janvier 1993, dite loi Teulade, relative aux relations entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie, précise le rôle et les missions des Unions régionales de médecins libéraux (URML). En partenariat avec l'État, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie, elles ont pour vocation de « contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins ».

L'Union régionale des médecins libéraux d'Alsace (URMLA) inscrit son action dans ce cadre et est devenue un interlocuteur incontournable pour les institutions. Elle participe ainsi aux actions de santé publique, d'évaluation, de formation et d'information, de prévention et d'organisation du système de santé. Entre autres actions, l'URMLA d'Alsace et sa commission de santé publique se mobilisent, depuis fin 2004, dans la lutte contre le tabac. Cette initiative s'inscrit dans le cadre du projet de prévention des maladies cardio-vasculaires, un des axes prioritaires du plan national contre le cancer.

Consciente du rôle essentiel joué par les professionnels de santé dans ce combat, l'URMLA d'Alsace, pour renforcer les connaissances du corps médical en matière de tabacologie, invite les médecins et les pharmaciens mais également les sages-femmes – qui le souhaitent – à participer aux actions de formations pluridisciplinaires organisées, généralement sous la forme de soirées ou d'une demi-journée de formation, par les associations de Formation médicale continue (FMC) régionales. Financé par le Fonds d'aide à la

qualité de soins de ville (FAQSV) d'Alsace et le Régime local d'Assurance Maladie¹, ce projet vise à former mille deux cents professionnels de santé d'ici à juin 2006 sur les quatre mille professionnels libéraux concernés (médecins généralistes, cardiologues, allergologues, pneumologues, gynécologues, pédiatres, pharmaciens et sages-femmes).

Programme de la formation

Pour définir le contenu de la formation, un comité de pilotage composé de médecins tabacologues, cardiologues et généralistes a élaboré un cahier des charges à l'intention des associations de FMC intéressées. Durant la forma-

tion, sont abordés le comportement des fumeurs, les pathologies engendrées par l'usage du tabac et les techniques d'aide au sevrage tabagique. La session de formation permet d'actualiser, d'approfondir les connaissances des participants et d'établir des contacts entre les différents professionnels de santé et les consultations de tabacologie de proximité.

Visite par le coordonnateur régional en santé publique

Une visite par le coordonnateur régional en santé publique est proposée aux médecins qui n'envisagent pas de participer aux actions de formation. Cette visite a pour objet de développer

leur pratique de prévention et de prise en charge du sevrage tabagique. Elle dure en moyenne trente-cinq minutes (pour rappel, un rendez-vous avec un visiteur médical des laboratoires pharmaceutiques dure généralement une dizaine de minutes) et porte sur le conseil minimal systématique. Celui-ci consiste à demander à chaque patient s'il est fumeur, et, le cas échéant, s'il envisage la possibilité d'arrêter de fumer. Cette question est au cœur de notre action. Le conseil minimal doit s'adresser à tous les patients et être systématiquement donné par tous les médecins et pharmaciens. En effet, selon la Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac organisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), en octobre 1998, ce conseil systématique pourrait conduire chaque année deux cent mille personnes à arrêter de fumer. Ainsi, en parlant d'une même voix, les médecins et les pharmaciens peuvent avoir un impact considérable sur la prévalence du tabagisme.

Mallette pédagogique

Le comité de pilotage a élaboré une mallette pédagogique contenant des outils utilisables au cours de la consultation. Distribuée lors de la formation ou de la visite médicale de santé publique, elle comprend :

- des recommandations de bonne pratique et des références médicales (bibliographie mise à jour tous les six mois) ;
- des données épidémiologiques, socio-culturelles et économiques ;
- des brochures de l'INPES et des affiches ;
- le carnet de suivi du patient « Ouvrons le dialogue », de l'INPES ;
- une fiche « substituts nicotiques » qui recense l'ensemble des substituts actuellement disponibles. Cet outil doit permettre au médecin ou au pharmacien de choisir, avec le patient, un substitut ou une combinaison de substituts nicotiques ;
- les coordonnées des lieux ressources et des relais, pour orienter le patient vers une consultation spécialisée ;
- un cédérom reprenant les éléments abordés lors de la formation (conseil minimal, tests, analyseurs de CO, présentations, etc.).

Gratuité des substituts nicotiques

Cette formation s'inscrit dans le contexte particulier de l'expérimentation de gratuité des substituts nicotiques en médecine de ville. Initiée par le ministère de la Santé et de la Protection sociale, cette expérimentation a débuté en février 2005. Elle concerne l'Alsace (la Basse-Normandie et le Lan-

guedoc-Roussillon) et peut favoriser la démarche de sevrage tabagique.

Les populations en situation de précarité concernées par ce dispositif rencontrent souvent des difficultés à se conformer au suivi médical nécessaire. De fait, la délivrance gratuite par le pharmacien des substituts sur prescription du médecin devrait inciter ces patients à adhérer à la démarche. Cette adhésion permettra un meilleur accompagnement et, par conséquent, augmentera les chances de sevrage définitif.

Évaluation

De manière à évaluer les modifications de comportement et de pratiques dans la prise en charge du sevrage tabagique, chaque professionnel de santé formé ou visité sera ultérieurement appelé à deux reprises (à un puis trois mois). À cette occasion, si le professionnel de santé en exprime le besoin, afin de trouver des solutions efficaces pour des cas difficiles ou répondre à des questions plus techniques, il pourra être orienté vers un tabacologue de Tabac Info Service. Débutée en décembre 2004, la prise en charge du sevrage tabagique par les médecins et pharmaciens d'Alsace implique à ce jour six associations de FMC qui ont choisi d'organiser des sessions de formation. Selon un bilan d'étape dressé en janvier 2005, plus de cent cinquante professionnels de santé ont été formés ou visités.

Dr Alain Lion,

Président,

Dr Claude Bronner,

Responsable de la Commission
de santé publique,

Anne de Blauwe,

Directrice,

Catherine Diesel,

Coordonnatrice en santé publique,
Union régionale des médecins
libéraux d'Alsace, Schiltigheim.

1. L'Alsace bénéficie d'un régime d'Assurance Maladie particulier. Le Régime local est un régime complémentaire et obligatoire, dérogatoire par rapport au système de protection sociale en vigueur dans le reste de la France. En cas d'excédent, le Régime local peut affecter les résultats soit à des réserves pour l'évolution probable des dépenses ultérieures (vieillesse de la population, par exemple), soit à des actions de santé publique (maladies cardio-vasculaires, par exemple).

Pour en savoir plus

La réflexion sur le rôle des médecins dans l'éducation pour la santé est récente. Celle concernant le rôle des pharmaciens l'est encore plus. C'est pourquoi la littérature francophone sur ces sujets est peu abondante. Nos recherches bibliographiques nous ont ainsi conduits à identifier une majorité de références assez générales en éducation pour la santé/éducation du patient. La première partie de ce « Pour en savoir plus » propose une liste de références bibliographiques présentant le cadre d'action suivies de références de guides et recommandations pour la pratique. La deuxième partie présente des organismes proposant des ressources documentaires utilisables par les professionnels de santé ou ayant pour mission de développer le rôle des professionnels en matière d'éducation pour la santé. La troisième partie recense des formations diplômantes ou non en éducation pour la santé et éducation du patient, et, enfin, une dernière partie signale des revues et des outils pédagogiques.

Ressources bibliographiques

Pour mémoire, la lecture des documents cités dans cette bibliographie pourra être complétée par la consultation d'un précédent dossier de *La Santé de l'homme* 1999, n° 341 : 51 p., intitulé : *Éducation des patients... formation des soignants ?*

Exercice de l'éducation pour la santé : cadre général

- Comité français d'éducation pour la santé. *L'éducation pour la santé des patients. Un enjeu pour le système de santé*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 183 p.
- Comité français d'éducation pour la santé. *Programme d'actions. Professionnels de santé : les médecins généralistes 1997-1998-1999*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques : 30 p.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Plan national d'éducation pour la santé*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001 : 23 p.
- OMS, Bureau régional pour l'Europe. *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS*. Copenhague : OMS, 1998 : 88 p.
- Sandrin Berthon B. *Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations*. Rapport établi à la demande de monsieur Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé. 2002 : 85 p. [Non édité - consultable au centre de documentation de l'INPES].
- Sandrin Berthon B. (coord. par). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Puf, coll. Éducation et formation, 2000 : 198 p.
- Sandrin Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F. (sous la dir.). *L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : 176 p.

Comment s'y prendre en éducation pour la santé ?

- Doumont D., Libion F. *Quelle est la place de l'éducation pour la santé en pharmacie d'officine ?* Louvain : UCL-Reso, Série de dossiers techniques, 2002 : 22 p.
En ligne : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/dos19.pdf> [Dernière visite le 04/03/05]
- Fantino B., Fabri J. *Guide de médecine préventive. Quinze questions à l'usage du généraliste*. Paris : Ellipse, 2001 : 256 p.
- Hirsch A., Le Maître B. *Pharmacien et tabac. Prise en charge de l'arrêt du tabac*. Paris : Cespharm, fiche technique, 2004 : 8 p.
En ligne : <http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/Syntheses/18.pdf> [Dernière visite le 08/02/2005]
- Laperche J. *Agir en médecine générale. Éducation du patient et enjeux de santé 2002 ; 21(4) : 94-7.*

Structures ressources, organismes

- **Centre régional de ressources et de formation à l'éducation du patient (Cerfep)**
Mis en place en 1997 par la caisse régionale d'Assurance Maladie du Nord-Pas-de-Calais, le Cerfep a pour mission de promouvoir la culture et les pratiques dans le domaine de l'éducation du patient. Il accompagne les équipes soignantes pour les aider à mettre en œuvre et évaluer des projets en éducation du patient (formation action). Il propose, dans le cadre de la formation continue, un diplôme universitaire en éducation du patient (DUEP) coorganisé par le Cerfep et les universités de Lille-1, Lille-2 et Lille-3. Il met à disposition des professionnels et futurs professionnels de santé un centre de ressources documentaires traitant des aspects pédagogiques, psychologiques, sociologiques, juridiques, philosophiques, éthiques liés à l'éducation du patient et l'éducation pour la santé.

Cerfep-Cram Nord-Picardie – département de santé publique

11, allée Vauban, 59662 Villeneuve-d'Ascq Cedex – Tél. : 03 20 05 63 96 – Fax : 03 20 05 79 80
Mél : cerfepnp@cram-nordpicardie.fr
En ligne : <http://www.cram-nordpicardie.fr/Sante/EducationPatient/Presentation.html> [Dernière visite le 14/02/05]

Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm)

Le Cespharm, anciennement CESSPF, est une commission permanente de l'Ordre des pharmaciens. Il a pour objectifs de développer le rôle du pharmacien en matière de prévention et d'éducation pour la santé, d'éditer et de diffuser des produits de communication adaptés. Une présentation plus détaillée de cet organisme est faite dans le présent dossier par son président et sa secrétaire générale.

Cespharm

4, avenue Ruysdaël, 75379 Paris Cedex 08
Fax : 01 56 21 35 09
Mél : cespharm@ordre.pharmacien.fr

Unité d'éducation pour la santé (UCL-Reso)

Constituée en 1984 et dirigée jusqu'en 1991 par Jacques A. Bury, l'UCL-Reso est une unité de formation et de recherche de l'école de santé publique, au sein de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain. Centre collaborateur de l'OMS, son domaine est celui de la promotion de la santé, la prévention, l'éducation pour la santé et particulièrement l'éducation du patient. Ses travaux de recherche portent sur la construction et l'appropriation des savoirs scientifiques et profanes dans le domaine de la santé : modèles explicatifs des comportements de santé, évaluation en promotion de la santé, analyse des besoins et pratiques en éducation du patient. L'unité Reso organise un cursus de formation universitaire interdisciplinaire en promotion et édu-

cation pour la santé et en éducation du patient. Le service documentaire Resodoc met en ligne ses bases de données bibliographiques (Doc-tes) et annuaire d'organismes (Quisante).

UCL-Reso

avenue Mounier 50, B – 1200 Bruxelles (Belgique) Tél. : +32 2 764 50 70 – Fax : + 32 2 764 50 74

En ligne : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/> [Dernière visite le 04/03/05]

• Unité de prévention et d'éducation pour la santé (UPE)

Unité hospitalière du centre hospitalier de Dreux, membre du réseau des hôpitaux promoteurs de santé, l'UPE est incluse dans un pôle addictologie – prévention – éducation (Pape). Ses missions sont d'assurer la continuité entre la ville et l'hôpital, les soins et la prévention, les secteurs sanitaire et social. Ouvert aux professionnels de santé et aux intervenants en éducation pour la santé, le centre de documentation de l'UPE a développé une politique d'acquisition de documents particulière sur les thèmes de l'éducation thérapeutique, de l'addictologie, en particulier concernant le tabac, de la santé des populations précarisées.

Unité de prévention et d'éducation pour la santé

Centre hospitalier V.-Jousselin, 44, av. Kennedy, BP 69, 28102 Dreux Cedex
Tél. : 02 37 51 54 59

Formations

Une sélection de tout type de formations relatives à la promotion et à l'éducation pour la santé est régulièrement actualisée par le département Documentation de l'INPES sur le site Internet de l'Institut, rubrique « Agenda Santé », puis « Formations ».

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/> [dernière visite le 14/03/05]

Formations diplômantes en France

Depuis octobre 2004, une sélection de vingt-six formations diplômantes universitaires en promotion de la santé, éducation pour la santé et éducation du patient est disponible sur le site Internet de l'INPES. L'objectif de cette base est d'informer les étudiants et les professionnels désireux de se former dans ces champs. Réalisée par l'INPES à partir de différentes sources documentaires disponibles sur ces formations, elle sera actualisée chaque année.

Les formations identifiées sont présentées sous forme d'une fiche descriptive synthétique. Chaque fiche comprend les catégories d'informations suivantes : la ville, les porteurs de la formation, le public visé, le programme, le déroulement, les modalités d'admission, les modalités de validation, le coût, les coordonnées de la structure susceptible de fournir des renseignements, et, enfin, un lien Internet vers une présentation plus détaillée de la formation.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/> Rubrique « Professions de santé », puis « Formations diplômantes/éducation pour la santé /éducation du patient » [dernière visite le 14/03/05]

Formations diplômantes dans le monde francophone

• Licence en sciences de la santé publique (promotion de la santé, éducation pour la santé). Université catholique de Louvain, Belgique.

La licence s'adresse à des professionnels de santé, du secteur médico-social et de l'éducation qui souhaitent acquérir et/ou perfectionner les compétences universitaires nécessaires pour la conception, la planification, la coordination, la gestion et/ou l'évaluation d'interventions en éducation pour la santé ou en éducation du patient.

Renseignements : Edus Commission d'ensei-

gnement « éducation pour la santé », unité d'éducation pour la santé, Reso – avenue E.-Mounier, 50, Centre faculté +1 – 1200 Bruxelles.
Tél. : + 32 2 764 50 70

Mél : joris@reso.ucl.ac.be

En ligne : <http://www.ucl.ac.be/etudes/2004/programmes/edus2.html> [dernière visite le 14/03/05]

• Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient. Université de Genève, faculté de médecine, département de médecine interne des HUG, Suisse.

Cette formation s'adresse à tous les professionnels de santé diplômés et exerçant depuis trois ans au minimum (médecin, infirmier, diététicien, physiothérapeute, podologue, etc.). De plus, elle est ouverte à tous les professionnels des sciences humaines et administrateurs de santé reconnus par une licence universitaire ou un titre équivalent, avec une pratique dans le milieu de la santé depuis plus de trois ans.

La finalité de cette formation continue est de permettre au participant « d'être capable d'aider les patients atteints d'affections chroniques à acquérir la capacité de gérer leur traitement afin de prévenir les complications résultant de leur propre maladie, tout en conservant ou améliorant leur qualité de vie ».

Renseignements : Université de Genève – 24, rue du Général-Dufour – CH-1211 Genève.

Tél. : + 41 22 379 78 33 –

Fax : + 41 22 379 78 30 –

Mél : info@formcont.unige.ch

En ligne : http://www.unige.ch/formcont/AAdiplomant/sante_educthera_a_02_05.html [Dernière visite le 14/02/05]

Autres formations

• Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des professions sanitaires et sociales (Grieps)

L'organisme assure des formations autour de quatre grandes thématiques intitulées :

– le management des institutions sanitaires et sociales ;

– le soin et l'organisation ;

– la formation dans les instituts de formation du secteur sanitaire et médico-social ;

– cycle long/formation diplômante.

Les formations visent en particulier à développer les compétences suivantes : l'encadrement, la communication, la pédagogie, la formation des formateurs, la gestion et le développement des ressources humaines.

Les publics visés sont les médecins, cadres de santé, cadres administratifs, infirmiers, aides-soignants.

Stages courts, cycles longs, formations diplômantes permettent notamment d'obtenir les diplômes de licence et maîtrise en sciences de

l'éducation délivrées par l'université de Provence.
Renseignements : Grieps – 74, rue du Grand Roule – 69110 Sainte-Foy-lès-Lyon.
 Tél. : 04 72 66 20 42 (32 ou 33 ou 40) –
 Fax : 04 72 66 20 44
 Mèl : contact@grieps.fr
 En ligne : <http://www.grieps.fr/> [Dernière consultation le 14/02/05]

• **Institut de perfectionnement en communication et éducations médicales (Ipcem)**

Créé en 1989, l'Ipcem est actuellement la première structure en France de formation des soignants à l'éducation des patients atteints de maladies chroniques. Elle s'adresse aux professionnels de santé travaillant au sein ou hors de l'hôpital auprès d'enfants ou d'adultes : médecins, pharmaciens, psychologues, infirmier(e)s, diététicien(ne)s, puéricultrices, kinésithérapeutes, etc. Le catalogue complet des formations est téléchargeable sur le site Internet.

Renseignements : Ipcem – 13, rue Jean-Jaurès – 92807 Puteaux Cedex
 Tél. : 01 49 06 56 24 – Fax : 01 49 06 84 75
 Mèl : info@ipcem.org
 En ligne : <http://www.ipcem.org> [Dernière consultation le 14/02/05]

Revues

• **Éducation du patient et enjeux de santé**

Le Centre d'éducation du patient asbl de Belgique édite, depuis 1982, ce périodique destiné aux professionnels de la santé et aux chercheurs dans le domaine de l'éducation du patient. Il paraît quatre fois par an. Par la diffusion de recherches, d'expériences, de contributions scientifiques, son agenda des manifestations, des colloques, des séminaires, ce périodique, unique en langue française, se veut un instrument de liaison entre toutes les personnes intéressées par l'information et l'éducation du patient. Chaque numéro approfondit une thématique (la relation éducative, la santé du nourrisson, la personne handicapée en communication et en relation, etc.).

Ses auteurs proviennent d'horizons professionnels variés : médecins, infirmiers, psychologues, sociologues, éducateurs pour la santé, chercheurs, etc. Son comité de lecture international est composé de chercheurs en éducation du patient.

ISSN : 0777-0898

• **Patient Education and Counseling (Elsevier)**

Périodique officiel de l'association interdisciplinaire et internationale d'éducation du patient et de promotion de la santé EACH (*European Association for Communication in Healthcare*). Il est particulièrement destiné aux chercheurs en éducation pour la santé, aux éducateurs pour

la santé, aux soignants, aux psychologues et sociologues intéressés par le champ de l'éducation pour la santé du patient.

Le journal se propose d'explorer de nouveaux modèles éducatifs, de fournir un lieu d'expression à la recherche fondamentale et appliquée, ainsi que de promouvoir les études d'organisations impliquées dans l'éducation du patient, la *counseling* et la promotion de la santé.

ISSN : 0738-3991

Outils pour les médecins

• Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Caisse nationale de l'assurance maladie, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Alcool. Ouvrons le dialogue*. Saint-Denis : INPES, 2004 : un guide médecin, une affiche + une réglette + 60 livrets.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf> [Dernière visite le 23/03/05]

• Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Caisse nationale de l'assurance maladie, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Mal de dos. Ouvrons le dialogue*. Saint-Denis : INPES, 2004 : un guide médecin, une affiche + 30 livrets.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/735.pdf> [Dernière visite le 23/03/05]

• Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Caisse nationale de l'assurance maladie, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Tabac. Ouvrons le dialogue*. Saint-Denis : INPES, 2004 : un guide médecin, une affiche + 60 livrets.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/478.pdf> [Dernière visite le 23/03/05]

Sandra Kerzanet, Olivier Delmer, Documentalistes à l'INPES.

équilibrés
 LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- Chaque mois, « équilibrés », la lettre électronique d'information mensuelle de l'Inpes, en ligne sur le site.
- Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants en prévention et en éducation pour la santé

• Pour la découvrir et vous abonner gratuitement, rendez-vous sur www.inpes.sante.fr



Médecins généralistes : évoquer la violence n'est plus tabou

Huit médecins généralistes sur dix sont confrontés mensuellement à des cas de violences qu'ils repèrent eux-mêmes ou que les patients leur déclarent. Ce chiffre, issu de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 de l'INPES, confirme les travaux rapportés par le Haut Comité de la santé publique montrant le rôle essentiel que les médecins jouent dans la détection – et donc la prévention – des violences de tous types. Beaucoup de médecins se sentent toutefois démunis face à ce phénomène ; en revanche, ceux qui travaillent en réseau avec d'autres professionnels de santé semblent davantage sensibilisés à ces préoccupations.

Sujets difficiles à aborder il y a encore peu de temps, les violences commencent à se « dévoiler ». Les médecins généralistes sont souvent des interlocuteurs privilégiés pour recueillir les confidences des personnes victimes ou pour constater les violences subies par leurs patients. Comme en témoignent les résultats de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, la violence s'inscrit dans le quotidien de nombre de praticiens¹.

Huit médecins généralistes sur dix (80,5 %) déclarent être confrontés mensuellement à des cas de violences, qu'il s'agisse de violences conjugales, familiales, d'abus sexuels, de violences ou de harcèlement dans le travail². En moyenne, toutes violences confondues, les médecins généralistes estiment être confrontés à près de trois cas par mois.

Violences au travail

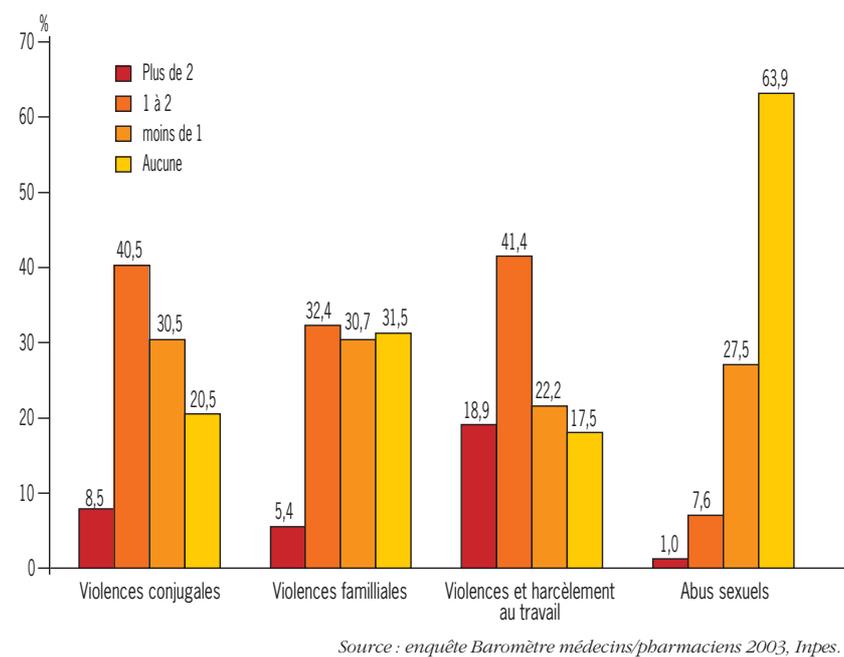
Les violences les plus fréquemment rencontrées concernent les violences dans le travail : 82,5 % des généralistes y sont confrontés dans leur patientèle et six généralistes sur dix (60,3 %) déclarent en moyenne au moins un cas par mois ; 18,9 % plus de deux cas par mois.

La moyenne des cas de violences et/ou de harcèlement au travail déclarés par les généralistes et concernant leurs patients est de 1,4 cas par mois. En l'absence de données antérieures, il n'est pas possible de savoir si le nombre de ces cas de violences déclarés auprès des généralistes est en augmen-

tation. Toutefois, depuis la loi de modernisation sociale de 2002, d'autres observateurs, médecins du travail, consultants de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, professionnels des consultations sur « la souffrance au travail » (Association mots pour maux, Fnath, etc.) témoignent d'une forte augmentation des demandes sur ce sujet. La dégradation des conditions de travail (enquêtes de la Fondation de Dublin, enquêtes de la

Dares, enquêtes des organisations syndicales), l'affaiblissement des collectifs de travail conduit à une augmentation sensible de la tension nerveuse, de la charge psychique, du stress, de la souffrance psychique, ainsi qu'à l'existence de rapports tendus ou violents entre collègues ou avec la hiérarchie (1-5). L'enquête du HCSP révèle que 26 % des actifs ont été victimes ou témoins de critiques répétées et injustes dans leur travail, 20 % d'insultes, de propos grossiers

Figure 1. Prévalence mensuelle des cas de violences déclarés par les médecins généralistes



ou racistes : « cette situation est d'autant plus préoccupante que nombre de personnes hésitent à se confier sur ces phénomènes de harcèlement moral. » (6) La fréquence des cas de violences au travail constatée par les médecins généralistes (au moins un cas par mois) est significativement plus importante dans les grandes agglomérations : de 52 % dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants à 63,8 % pour celles de plus de 20 000 habitants et 73,8 % en région parisienne.

Violences conjugales et familiales

Les violences conjugales et les violences familiales font elles aussi partie de l'observation clinique des généralistes. En France, une femme sur dix âgée de plus de 20 ans et vivant en couple serait victime de violences conjugales et un quart d'entre elles (24 %) fait appel en premier lieu à un médecin (7).

Dans le baromètre médecins/pharmaciens 2003, 79,5 % des généralistes déclarent être confrontés à des cas de violences conjugales et 68,5 % à des cas de violences familiales. La prévalence mensuelle des violences conjugales (au moins un cas par mois) concerne 49 % des généralistes et celle des violences familiales 37,8 % des médecins (Figure 1). Le nombre moyen de cas

observés mensuellement est respectivement de 0,9 et 0,7 (Figure 2).

Toutefois, si l'on se réfère à l'enquête exploratoire menée par l'Institut de l'humanitaire auprès des médecins généralistes d'Ile-de-France (8), une grande majorité des médecins (60 %) reconnaît être insuffisamment formée pour « repérer » et *a fortiori* prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales ; 47 % ont un sentiment d'impuissance face à ces problèmes. Les médecins font valoir comme principales difficultés l'absence de « profil » type de la femme victime, la dissimulation par la femme de sa situation et la difficulté de repérage de symptômes cliniques spécifiques à la violence conjugale. Parmi les médecins qui déclarent suivre des patientes violentées, moins de 8 % effectuent un dépistage actif. Dans huit cas sur dix (85 %), c'est en effet la femme elle-même qui se signale comme victime. Ces résultats, confrontés à ceux du nouveau Baromètre santé INPES, laissent à penser que la prévalence des violences conjugales pouvant être repérées par la médecine générale pourrait être très supérieure à celle déclarée par les médecins.

Les recommandations du rapport Henrion (9) plaident pour une plus grande sensibilisation et formation des

médecins généralistes au dépistage, à l'évaluation des risques et à l'orientation des personnes victimes de violences conjugales. Un travail pluridisciplinaire et en réseaux est à développer, associant médecins généralistes, hospitaliers, spécialistes, notamment psychiatres, travailleurs sociaux et réseaux associatifs.

Les résultats du Baromètre santé confirment que, quels que soient les types de violences (hormis les abus sexuels), les médecins généralistes qui travaillent en réseau sont davantage confrontés aux violences, sans doute parce qu'ils sont plus alertés et sensibilisés. Ainsi, la prévalence des violences constatées (au moins un cas par mois) est de 66,6 % pour les violences au travail chez les médecins participant à un réseau contre 58,8 % chez ceux n'appartenant à aucun réseau, de 55,0 % *versus* 47,5 % pour les violences conjugales et de 45,9 % *versus* 35,6 % pour les violences familiales.

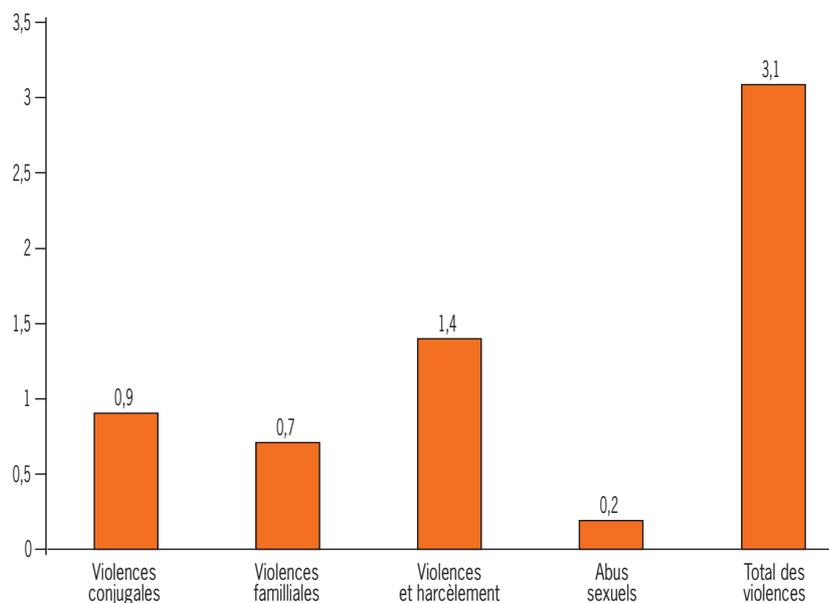
Abus sexuels

En ce qui concerne les abus sexuels, la grande majorité des médecins généralistes (63,9 %) déclarent ne jamais en observer dans leur exercice quotidien. 36,1 % y sont confrontés mensuellement et 8,6 % (11,6 % des médecins femmes, 7,8 % des médecins hommes) rapportent au moins un cas par mois. Selon les données de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas), 5 500 abus sexuels auraient été repérés en France en 2000 (6). Ces chiffres ne reflètent naturellement qu'une partie des réalités.

D'après l'enquête ACSF de 1992 (10) ou le Baromètre santé 2000 (11), la prévalence des violences sexuelles déclarées au cours de la vie oscille autour de 5 % dans toutes les générations de femmes et de 1 % chez les hommes.

L'enquête Enveff 2000 auprès de femmes âgées de 20 à 59 ans apporte un éclairage plus spécifique sur les différents types de violences à caractère sexuel subies (7). Les contraintes sexuelles déclarées varient entre 2,9 % dans l'acceptation étroite de viol (3,3 % par analogie³ dans le Baromètre santé 2000 sur les femmes de 20 à 54 ans) à 11,4 % dans l'acceptation large d'attouchements, de tentatives de viol et de viols. La répartition selon l'âge au premier rapport sexuel forcé montre que

Figure 2. Nombre moyen mensuel de cas de violences déclarés parmi l'ensemble des médecins généralistes interrogés



Source : enquête Baromètre médecins/pharmaciens 2003, Inpes.

plus du tiers (37,3 %) de ces rapports se produisent avant 16 ans (11).

L'ensemble de ces résultats illustre tout l'intérêt de la mise en place d'un dispositif d'enquêtes périodiques tant en population générale qu'auprès des professionnels de santé pour refléter un suivi des diverses formes de violences subies et constatées. Toutefois, la complexité des terminologies et des concepts devrait amener à « spécifier » plus finement au plan qualitatif les différents types de violences repérés dans les différentes enquêtes.

Colette Ménard

Pyschosociologue, conseiller technique,
à la direction des Affaires scientifiques
de l'INPES.

1. *Enquête aléatoire par téléphone auprès d'un échantillon de 2 057 médecins généralistes.*

2. *Question* : « D'après votre expérience, combien de fois en moyenne par mois êtes-vous confronté à des cas de : violences conjugales / violences familiales / violences et harcèlement au travail / abus sexuels ? »
3. *Rapport forcé.*

► Références bibliographiques

(1) Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne. Bruxelles, 2001.

(2) Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques. *Résultats des enquêtes conditions de travail de 1984, 1991 et 1998*. Les dossiers de la Dares, 1999 et 2000. Paris : La Documentation française.

(3) Arnaudo B., Magaud-Camus I., Sandret N., et al. *L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003*. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. Dares, Premières informations, premières synthèses, n° 52, 1^{er} décembre 2004.

(4) Dejourné C., Hubault F. In : *Rapport du HCSP*, p. 100. Interventions dans l'Avis du Conseil économique et social sur le harcèlement moral au travail en date du 11 avril 2001.

(5) *Violences et santé*. Rapport de l'enquête réalisée par l'institut BVA à la demande du HCSP, mars 2004. In : *Rapport Violences et*

santé. HCSP, mai 2004 ; Annexe : p. 155-213.
(6) Haut Comité de la santé publique. *Rapport Violences et Santé*. Paris, HCSP : mai 2004, 191-213.

(7) *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France* (Enveff). Secrétariat d'État aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle, Paris, 2000.

(8) Morvant C., Lebas J., Chauvin. *Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale, un état des lieux des pratiques en Ile-de-France*. Paris : Institut de l'humain, 2000.

(9) Henrion R. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Rapport. Ministère de la Santé, février 2001.

(10) Spira A., Bajos N., le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris : La documentation française, 1993.

(11) Lagrange H. *Échanges de coups, prises de risques, rapports sexuels forcés. Baromètre santé 2000, vol. 2, résultats*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 189-204.

Prévention des conduites addictives. Drogues et dépendances

Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif)



Comme l'indiquent ses auteurs en préambule, « cet outil a pour objectifs de guider les encadrants de personnes en situation de précarité pour aborder les problèmes de drogues et de dépendances, de leur donner des pistes d'intervention, des éléments de réponse et des axes d'animation. » L'outil est composé d'une brochure d'information destinée aux personnes accueillies – pour celles qui lisent le français – d'un livret d'accompagnement destiné aux animateurs et d'un livret de douze scénarios illustrés de douze photographies en noir et blanc numérotées.

La brochure d'information *Drogues et dépendances. Questions* (34 pages) décrit les produits en termes d'effets et de risques : cannabis, ecstasy, médicaments, héroïne, cocaïne et crack, tabac, alcool et conduites dopantes. Elle propose aussi des conseils de soins, prise en charge, sevrage et substitution pour l'alcool, le tabac et l'héroïne.

Le livret (*Prévention des conduites addictives. Drogues et dépendances. Livret destiné aux intervenants* (43 pages) présente l'objectif de l'outil et recommande une démarche d'utilisation en quatre étapes :

- 1^{ère} étape : présentation des animateurs, de leur rôle et des séquences d'animation choisies, puis bref exposé sur les drogues et les dépendances.
- 2^e étape : utilisation des photographies en tant que photolangage® pour permettre l'expression de chacun.
- 3^e étape : débat à partir des éléments recueillis à l'étape précédente.
- 4^e étape : mise en situation sur la base des scénarios fournis.

Il explicite le cadre de l'outil par un rappel des objectifs de l'éducation pour la santé et par l'affirmation de la nécessité de comprendre les attitudes des personnes accueillies relativement à leur santé, tout spécialement en valorisant la communication, l'écoute et le dialogue. Enfin, ce livret approfondit la description des produits effectuée dans la brochure d'information.

Les scénarios illustrés *Prévention des conduites addictives. Situations et scénarios* (27 pages) traitent chacun d'un contexte de consommation d'un ou plusieurs produits. À noter qu'un scénario est consacré à l'addiction au jeu, un autre au dopage quotidien au travail. Les situations proposées doivent être jouées par les personnes destinataires de l'intervention et la représentation a alors pour objectif de fournir des éléments pour le débat qui la suit. Chaque scénario liste les savoirs, savoir être et savoir-faire recherchés, et décrit rapidement les personnages (quatre maximum), leur caractère et le contexte dans lequel ils évoluent.

Les quatre supports sont réunis dans une pochette facile à manipuler, qui permet de ne rien oublier, à l'image du contenu de cet outil facile à appréhender tout en étant très complet.

Catherine Lavielle

Paris : Crésif, Paris : Cramif, 2005, douze situations illustrées, une brochure, un livret.

La diffusion s'effectue pour le moment auprès de professionnels impliqués dans un programme spécifique de formation (26 et 27 mai 2005 à Paris). Renseignements auprès du Crésif : tél. : 01 48 24 38 00.

COMMUNICATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques



Communication et promotion de la santé

Robert Bontemps, Alain Cherbonnier, Philippe Mouchet, Patrick Trefois

Réédition revue et complétée d'un ouvrage paru en 1998, ce guide, édité par l'association belge Question Santé, a pour objectif de servir de base à tout professionnel souhaitant entreprendre ou évaluer une action de communication dans le domaine de la santé. Et ce, quelle que soit l'envergure de cette action : d'un groupe de trente personnes à l'ensemble du pays, d'un dépliant tiré à cent exemplaires à la diffusion d'un spot télévisé, le lecteur y trouvera des repères pour mettre en œuvre son projet.

La première partie de l'ouvrage présente le cadre théorique et les enjeux de la communication en santé : modèles de la communication, action sur les comportements avec ses limites conceptuelles et éthiques. Les auteurs préconisent la prudence dans l'application des modèles psychosociologiques au domaine de la promotion de la santé ; ils suggèrent de « construire l'information avec les gens plutôt que pour eux ». Une fois le cadre posé, une démarche méthodologique en huit étapes est proposée pour la mise en œuvre d'une action de communication, de l'analyse de la problématique à l'évaluation de l'action, en passant par la conception du

message. La seconde partie est présentée comme une « boîte à outils » dans laquelle on trouvera des réponses concrètes aux questions sur la réalisation d'une affiche, d'un dépliant ou d'un spot TV ou radio, des notions sur les techniques de production qui font l'objet d'un lexique en fin d'ouvrage, un vade-mecum pour les relations avec la presse et des éléments d'évaluation d'une campagne.

Olivier Delmer

Bruxelles : Question Santé asbl, 2004 (2^e éd.), 239 pages, 15 €.

Les Folates

N'ATTENDEZ PAS D'ÊTRE ENCEINTE
POUR LES INVITER À TABLE !

Une alimentation variée riche en folates,
complétée par un supplément nutritionnel
obtenu sur prescription est essentielle
plusieurs semaines avant le début
de votre grossesse.

Renseignez-vous auprès de votre médecin.

