

DOSSIER 60

La promotion de la santé à l'hôpital

P5 Comment
partager **l'espace
urbain**

P9 Dix ans de lutte
contre le tabac au
Québec : **le regard
des médias**

P45 Un atelier livre
pour les 9-11 ans



360

Juillet-Août 2002 – 6 €

**Vous travaillez dans les secteurs
de l'éducation, de la santé ou du social ?**

LA Santé de l'homme



**Un outil de travail et de réflexion
pour les acteurs de l'éducation pour la santé.**

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



Je souhaite m'abonner au tarif :

France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €** ☐

France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €** ☐

Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €** ☐

Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €** ☐

• Soit un montant de €

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

☐ Éducation des patients... formation des soignants, N° 341.

☐ Famille et santé, N° 343.

☐ Pratiques créatives, N° 344.

☐ Regards sur les dépendances, N° 347.

☐ De l'hygiène à la santé, N° 349.

☐ Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.

☐ La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.

☐ Jeunes et communication, N° 352.

☐ Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.

☐ Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.

• Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par ☐ chèque bancaire ☐ chèque postal
à l'ordre de l'INPES. ☐ Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

- 4 Éditorial**
L'INPES : des missions élargies
Philippe Lamoureux
- 5 Qualité de vie**
Au cœur de la ville, l'accessibilité à tous de l'espace urbain
Denis Dangaix
« Un travail de Titan »
Entretien avec Pénélope Komites
- 9 International**
Dix ans de lutte contre le tabac au Québec
et l'évolution de la couverture journalistique (1992-2002)
Louis Gauvin
- 11 Cinésanté**
Girlfight
Michel Condé
- 14 La santé en chiffres**
Accidents de la route : craintes et décès
Arnaud Gautier

Dossier : P. 15 à 44

La promotion de la santé à l'hôpital

Introduction

Santé et hôpital : choc de culture ?

François Martin 16

Développer la promotion de la santé à l'hôpital

Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital ?

Karl Krajic, Christina Dietscher, Juergen Pelikan 18

Les hôpitaux promoteurs de santé en France, un réseau en développement

Pierre Buttet, Annick Deveau 20

Promouvoir la santé à l'hôpital : un facteur de qualité ?

François Martin 22

Maladie chronique, soins et éducation thérapeutique : un nouvel enjeu pour l'hôpital ?

François Maury, Jean-Louis Grenier 25

Repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé

Isabelle Aujoulat, François Martin, Alain Deccache 27

Des actions pour les patients, les soignants, les visiteurs

Hôpital sans tabac : l'aide au sevrage tabagique

Anne-Laurence Le Faou 30

Une suite de petits pas au Centre hospitalier de Roubaix. Vingt ans déjà...

Jérémie Veillard, Yannig Joubrel, Marie-Pierre Vandaele 32

Hôpital de Douai : les soignants d'expriment

Marie-Colette Ferreira 34

Aider à la réinsertion de l'enfant, c'est aussi un projet de santé

Françoise Laroussinie, Sophie Rougnon ... 35

Pour des centres d'information sur les soins à l'hôpital

Tim Greacen 37

Devenir correspondant en éducation pour la santé des patients

Claude Terral, Catherine Corbeau 40

Pour faire de l'éducation à l'hôpital, apprenez à être patient

Laurence Birelichie, François Alias, Laure Spinazze-Fournier, Sandrine Mazon ... 41

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet 42

- 45 Aide à l'action**
Tous auteurs sans toussoter
Frédérique Toutain

- 47 Lectures – Vidéo – CD Rom**
Anne Gareau, Catherine Lavielle

*Au dossier du prochain numéro :
Éducation pour la santé et petite enfance*

L'INPES : des missions élargies

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé fait entrer de plain-pied la politique de prévention dans le Code de la santé publique. Elle en précise notamment les buts et le champ d'action, elle instaure un comité technique national de prévention chargé d'un rôle général de coordination et crée un nouvel établissement public de l'État, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : l'INPES, constitué à partir du Comité français d'éducation pour la santé qui a pleinement rempli son rôle depuis sa création en 1972 et se trouve, en quelque sorte, promu pour exercer des missions plus larges.

Cette réforme reconnaît la place qui doit être nécessairement donnée à la prévention, citée désormais au même titre que le soin.

Le législateur a confié à l'Institut deux missions principales :

- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- développer l'éducation pour la santé, y compris l'éducation thérapeutique, comme mission de service public, répondant à des normes quantitatives et qualitatives.

***L'affirmation d'une politique de
prévention réactive le débat entre
libertés individuelles et droit
d'intervention de la collectivité.***

L'Institut poursuivra l'activité initiée par le CFES en matière de prévention, mais il le fera tout d'abord en disposant de moyens renforcés pour organiser les collaborations entre actions nationales et actions locales. Il le fera ensuite en articulant son action autour de programmes qui intègrent la prévention et l'éducation pour la santé dans toutes leurs dimensions. L'Institut aura également pour préoccupation d'adosser ses réalisations à une recherche multidisciplinaire dans le champ de la prévention, qui manque actuellement en France et qui nous permettra de progresser dans nos savoir-faire.

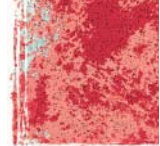
Le pari est ambitieux dans un environnement où les prises d'initiative sont multiples et les acteurs nombreux.

L'affirmation d'une politique de prévention réactive le vieux débat entre les libertés individuelles et le droit d'intervention de la collectivité, entre la participation de chacun pour protéger et améliorer sa propre santé et les dispositifs collectifs de prévention.

Donner de la cohérence, s'appuyer sur le savoir-faire des intervenants locaux, mutualiser les expériences, fédérer des initiatives tout en respectant le pluralisme et les identités, impulser de nouveaux axes d'actions et de recherche : le rôle de l'institut est large et complexe ; il ne pourra remplir ces missions qu'en développant des collaborations de travail s'appuyant sur des compétences.

À cet égard, je souhaite que cette revue de *La Santé de l'homme*, qui a fêté ses 60 ans, poursuive sa mission de vecteur d'échanges et participe ainsi largement à la construction de ce projet commun.

Philippe Lamoureux
Directeur général de l'INPES.



Au cœur de la ville, l'accessibilité à tous de l'espace urbain

Et si, en matière d'aménagement, on parlait d'urbanité ? Et si, en matière de voirie, on évoquait la convivialité ? Oui, il est concevable d'imaginer la ville comme un lieu de flânerie, de circulation douce et de sociabilité. Les demandes sont là, les réflexions aussi. Les solutions existent pour mieux vivre ensemble.

Quelles sont précisément ces attentes exprimées de plus en plus souvent par des citoyens en mal de « bien » vivre ? Quelle est la préoccupation du « non-motorisé » dans la ville aujourd'hui ? Et puis, quelle est la participation de l'urbaniste, du paysagiste, de l'ingénieur de voirie, dans les aménagements prévus quotidiennement ? L'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Ile-de-France (Iaurif) connaît des classiques que seuls les spécialistes côtoient. Dans un de ses nombreux « cahiers », lieu d'expression de tout ce que reconnaît le vaste monde des « aménageurs » (1), un « *urbanisme de tissage* » est signalé. Ce « *travail de fourmi (qui) concerne l'espace du développement, celui que nous empruntons tous les jours, qu'il soit noble ou intime, que l'on soit pressé ou que l'on s'y promène, mérite une attention particulière, car il figure parmi les premiers vecteurs de qualité urbaine* ». En effet, les circulations douces apaisent la ville. Et ce sentiment est quasi permanent dans le milieu associatif, les lieux de confrontation ou de débats, comme les comités de quartier ou les commissions extra-municipales.

Du temps à l'espace

Il ne s'agit pas ici d'arrêter les principes qui dictent les actes de gestion urbaine. Mais ce qui était conçu, à l'origine, comme technique est devenu rapidement sociétal. Un exemple : le déplacement ne peut être synonyme du seul trajet. « *Aller d'un point à un autre*

dépasse la fonctionnalité première du mouvement, pour offrir le droit à l'arrêt, au détour, à la bifurcation, estime l'architecte Anca Duguet (2). Ce déplacement se fait alors dans un cadre. L'homme, en déplacement, regarde, pense, entend, se détourne, il évolue dans trois dimensions et ses cinq sens sont en éveil. Il n'y a pas de déplacement monolithique, seul voué à son propre but ». Enfin, le temps redevient indissociablement lié à l'espace.

Autre exemple : la voirie est un espace public. Les faits sont là : la place du piéton et du vélo se rétrécit et les aménagements de rues piétonnes, de pistes cyclables, demeurent des actions

isolées. On arrive alors à une revendication double, d'une part un meilleur partage de la voirie et, d'autre part, un besoin d'évasion lié au développement des loisirs de plein air. Ce besoin, note l'aménageur, passe aussi par une tendance à la modification des déplacements du week-end et par une redécouverte du vélo comme alternative écologique alliant loisir et évasion. On parlera alors de piste de sociabilité, de convivialité retrouvée, par la requalification de l'espace public.

Détente, santé, écologie, lieux de vie, peu importe l'ordre, toute enquête qualitative mettra en musique ces termes. Il y a une demande d'espace



comme de santé. L'urbanisme doit répondre à cela. Il est intéressant d'écouter, dans le cadre d'une réunion de quartier par exemple, les demandes et les exigences des habitants : aires d'aménagement pour les enfants, espaces de propreté, pistes cyclables, trottoirs larges, signalétiques visibles et simplifiées, meilleure accessibilité. On retrouve les mêmes demandes parmi les associations de cyclistes, de piétons et de personnes handicapées. Le maître mot est accessibilité, il est synonyme de qualité, il devient une évidence.

Une triade écologique

La piste cyclable est classée en tête des requêtes. La ville, aujourd'hui, doit accepter une forme alternative de circulation. En cela, le vélo tient la rampe. L'explication en est simple : le vélo fait partie de cette « triade écologique » – piéton, vélo, transport public – qui favorise la qualité de l'air, la réduction des dépenses énergétiques ainsi que la reconquête de l'espace public par les habitants. Tous les spécialistes du cycle vont le dire, mais, fait nouveau, les amé-

nageurs aussi : le vélo est un modèle de citoyenneté. En voici quelques raisons majeures (3) :

- l'efficacité : pour la plupart des déplacements de courte distance (3-4 km), le vélo est le mode le plus rapide de porte à porte (environ 15 minutes). Pour des parcours de 6 à 8 km, il reste très compétitif (temps comparable au parcours en métro) ;
- le gain dans l'espace urbain : l'occupation au sol d'un vélo en circulation représente un tiers de l'espace occupé par une voiture et, en stationnement, 1/6^e d'une place de parking ;
- le gain énergétique : la bicyclette utilise douze fois moins d'énergie qu'une voiture chargée du maximum de passagers (par personne et par kilomètre) et cinquante fois moins qu'une voiture ayant un seul passager ;
- le gain en termes de santé : l'exercice physique régulier a des conséquences reconnues sur la réduction de risques de maladies cardio-vasculaires et retarde nombre de détériorations associées au vieillissement. Le vélo a été estimé par une étude anglaise comme

donnant une forme physique équivalente à celle d'une personne de dix ans de moins ;

- le gain en termes de bruit : l'exposition au bruit excessif créé par la circulation est source de déséquilibres connus : troubles du sommeil, de la santé mentale, mais aussi manque de concentration, stress, augmentation de la tension, agressivité ;

- le gain en termes de pollution : aujourd'hui on sait que l'exposition à la pollution de l'air est plus forte à l'intérieur des voitures qu'à l'extérieur.

Une nécessaire interpellation des décideurs

Urbanité, convivialité, accessibilité : les préoccupations majeures portées par les « non-motorisés » rencontrent l'assentiment de tous. Certains responsables politiques l'ont compris et essayent de les mettre en pratique (*voir entretien avec Pénélope Komites, adjointe au maire de Paris, p. 7*). Sont organisés ici, un Schéma d'accessibilité à la voirie, là, des aménagements adaptés. Il est nécessaire de rassembler les idées, d'élaborer des initiatives afin de construire ce « vivre-ensemble » au cœur de la ville.

En ce qui concerne les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes accompagnées de jeunes enfants, la rue n'est pas encore faite pour eux. L'environnement urbain est encore à créer. « *Il s'agit non plus d'adapter la personne handicapée à l'environnement commun, mais d'adapter l'environnement à la diversité des personnes qui y vivent, en termes d'accessibilité* » (4). Reste à passer de l'intention à la pratique.

Denis Dangaix

Journaliste

(1) In : les cahiers de l'aurif n° 111, « Passage en taille douce dans la ville », novembre 1995.

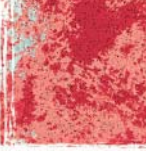
(2) Architecte-Urbainiste (laurif).

(3) Christian Jacob, « Le vélo, véritable mode de déplacement », les cahiers de l'aurif n° 128, novembre 2000.

(4) In : La Santé de l'homme n° 350, dossier « Handicaps : éduquer notre regard », novembre-décembre 2000.

Sources

- <http://www.iaurif.org>
- « La ville à pied, à vélo ». Organisation mondiale de la santé, Bureau pour l'Europe.
- « Transport routier et santé ». British Medical Association, 1997.



« Un travail de Titan »

Entretien avec Pénélope Komites, adjointe au maire de Paris (Verts),
Chargée des personnes handicapées.

Pénélope Komites s'est attelée, en concertation avec les associations de personnes handicapées à l'élaboration d'un Schéma directeur pour une voirie accessible. Présenté en juin 2002, il est à la fois un cahier des charges et un outil de programmation.

La Santé de l'homme : Vous mettez en œuvre, à Paris, un Schéma directeur d'accessibilité qui concerne la voirie. Pourriez-vous nous définir aujourd'hui la place des handicapés dans une ville comme Paris ?

Pénélope Komites : Lorsque j'ai été élue à Paris et chargée par Bertrand Delanoë des personnes handicapées, j'ai découvert l'ampleur de la tâche qui était à accomplir dans ce domaine. Les personnes handicapées vivent, au quotidien, une situation très dure. Pour se loger, déjà. Mais aussi pour se déplacer, ce qui est devrait pourtant être un droit effectif minimal. Circuler en fauteuil roulant sur les trottoirs parisiens, c'est faire du slalom et du parcours d'obstacle permanent, avec souvent des cul-de-sac qui obligent à rebrousser chemin. Si l'on est aveugle, on met parfois sa vie en danger, car on ne sait pas où ni comment traverser les rues, on se heurte fréquemment à des obstacles imprévisibles. La plupart des transports en commun, à commencer par le métro, ne sont pas adaptés, même pour les personnes présentant un handicap léger. Les personnes plus lourdement handicapées sont marginalisées, car cloîtrées chez elles, puisqu'il n'y a pas un service spécialisé à l'échelle de cette ville. Plusieurs villes françaises ont initié depuis des années un travail de réflexion sur ces sujets. À Paris, bien peu avait été fait pour les personnes en fauteuil roulant et pratiquement rien pour les déficients visuels.

S.H. : Pourquoi un tel schéma puisque, selon la loi de juillet 1991, la voirie doit être aménagée pour permettre son accessibilité aux personnes handicapées ?

Pénélope Komites : La France a légiféré depuis vingt-sept ans, puisque la première loi d'orientation date de 1975. Mais son application a été très souvent différée. La loi de 1991, plus précise, n'a vu sortir ses décrets d'application concernant la voirie qu'en 1999 ! Ces délais ont pu servir d'alibi aux municipalités précédentes, mais aujourd'hui le retard accumulé est gigantesque. Il nous faut mettre les bouchées doubles et pour cela, il faut des méthodes de travail efficaces et qui assurent une homogénéité de traitement à l'espace public qui doit être adapté pour toutes les populations et facilement lisible par chacun, dans chaque arrondissement de la capitale. Ce schéma directeur pour une voirie accessible est donc à la fois un cahier des charges et un outil de programmation pour les années qui viennent.

S.H. : Qu'est-ce qui vous a guidée dans vos choix ? Avez-vous été obligée de mettre en place une méthode particulière, des groupes de travail, des enquêtes ?

Pénélope Komites : Afin de sortir d'une logique trop technocratique, j'ai choisi d'organiser des groupes de travail en invitant des représentants d'associa-

tions de personnes handicapées, mais aussi de simples usagers handicapés qui se sont exprimés en présence des techniciens de la Direction de la Voirie et des Déplacements. Ces derniers, qui ont pourtant un réel savoir-faire, me disent qu'ils ont, comme nous tous, énormément appris dans ces réunions. Étaient aussi présent, des représentants d'autres directions de la ville – espaces verts, urbanisme, propreté, finances – des représentants de la Préfecture de Police, de la RATP, etc. Quatre groupes ont été formés : réfection des trottoirs et chaussées, signalisation au sol, mobilier urbain et répéteurs de feux sonores. Cet exercice pratique de démocratie est lourd, mais une moisson importante de critiques, de remarques et de propositions a été ainsi collectée. Des propositions des services ont été validées en retour. J'ai également souhaité que certains principes d'aménagement soient testés en situation, notamment pour les personnes déficientes visuelles. Des bandes d'éveil ou de guidage au sol pour les traversées piétonnes ont été testées au mois de mars. D'autres essais sont en cours sur les répéteurs de feux sonores et sur l'installation d'arceaux pour protéger les emplacements de stationnement GIC/GIG dont le nombre va être augmenté mais qui sont souvent rendus impraticables par l'incivisme des automobilistes.

S.H. : Ce schéma cherche à formuler des réponses immédiates aux problèmes des « non-motorisés » sur les



questions de cheminement, les traversées de chaussée, le mobilier urbain... Une sorte de document pratique, en quelque sorte. Comment allez-vous vous y prendre vis-à-vis des aménageurs ? Et selon vous, où se trouvent les éventuels blocages ou difficultés ?

Pénélope Komites : Ce schéma devra s'appliquer à tous les acteurs intervenant sur la voirie publique, et ils sont nombreux. Au-delà des différentes directions de la ville de Paris concernées, ce schéma devra être compris et appliqué par toutes les entreprises qui répondent aux appels d'offre de travaux, puisque la ville ne fait pas ces travaux elle-même pour la plupart. Les domaines les plus difficiles seront sans doute ceux qui font intervenir plusieurs compétences.

Un exemple : aujourd'hui, tout le monde peut constater un accroissement important de l'usage des deux-roues dans Paris. On peut s'en féliciter car c'est une des réponses à l'engorgement

de la capitale ; mais il faut résoudre le problème de leur stationnement. Aujourd'hui, la plupart des deux-roues stationnent en toute illégalité sur les trottoirs, s'accrochant aux barrières et poteaux et réduisant d'autant l'espace piéton en pénalisant plus gravement les personnes handicapées qui ne peuvent circuler ou s'y blessent. La préfecture de Police ne sévit guère, mais on ne peut pas le lui demander non plus tant que la pénurie d'emplacements existe. Le cabinet de Denis Baupin¹ a prévu la création de nombreux parkings deux-roues qui viendront prochainement apporter une réponse.

D'autres blocages sont plutôt de l'ordre de l'habitude et de l'absence de prise de conscience. Autrefois, on ne voyait pas de personnes handicapées autonomes dans les villes. Elles étaient cantonnées dans des centres spécialisés. Leur présence visible – encore faible à Paris si l'on compare avec d'autres villes européennes – a une vertu pédagogique pour tous les citoyens.

S.H. : Si vous aviez à définir en une formule votre action, quelle serait celle qui vous viendrait à l'esprit et pourquoi ?

Pénélope Komites : «Travail de Titan» conviendrait bien, à cause du retard pris dont je parlais, mais également du caractère transversal de ma délégation qui nécessite la collaboration de délégations et de directions très diverses. Le retard est très grand en ce qui concerne les transports. S'il est difficile et très coûteux d'adapter le métro, le réseau d'autobus est, en revanche, tout à fait adaptable. Nous y travaillons avec la RATP et j'ai fait inscrire des budgets de voirie importants pour l'adaptation des arrêts (rehaussement du trottoir, déplacement d'obstacles) qui viennent compléter le dispositif de bus à plancher bas dont la RATP s'équipe progressivement. Mais ce retard existe aussi en matière d'hébergement spécialisé ou de logements adaptés qui sont en nombre encore infime sur Paris. Là encore, une meilleure application de la loi et de son contrôle sont indispensables.

Tous les lieux publics dépendant de la ville de Paris font actuellement l'objet d'audits d'accessibilité qui nous permettront de programmer des travaux d'adaptation. Déjà, pour les scrutins électoraux de cette année, de nombreux bâtiments publics ont fait l'objet de travaux d'adaptation provisoires qui ont permis de réduire leur inaccessibilité de 66 % à 17 %.

En fait, si l'on prend un peu de recul, on s'aperçoit que ce qui manque le plus chez les acteurs est de nature culturelle. Souvent, l'on n'est pas habitué à penser à la diversité de la population, diversité de stature, d'âge, de capacités motrices ou de perception, de compréhension. Des formations seront nécessaires pour répondre à cet enjeu. Car on n'imagine pas spontanément la richesse potentielle des personnes handicapées, en matière de capacité de travail, de désir de vivre comme tout le monde, y compris dans ses loisirs. C'est en prenant en compte toute la population, dans sa diversité, que l'on répondra à cet enjeu essentiel qui est bien celui de la citoyenneté.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. Adjoint au maire chargé des Transports, de la Circulation, du Stationnement et de la Voirie.



Dix ans de lutte contre le tabac au Québec et l'évolution de la couverture journalistique

1992-2002

La façon dont les médias traitent de la question du tabac est déterminante dans le combat que mènent les professionnels de santé pour en réduire l'usage. Leur influence est telle que, très souvent, ils peuvent être en mesure de retarder, d'affaiblir, voire carrément de faire obstacle à des mesures législatives antitabac, pourtant légitimes, ou, au contraire, d'en faciliter la progression et l'adoption. L'exemple récent du Québec est révélateur de l'évolution de ces deux tendances.

Contrebande et taxes (1992-1994)

À partir de 1988, le phénomène s'accroissant surtout entre 1992 et 1994, le Québec et quatre des provinces atlantiques du Canada ont été confrontés à la contrebande de cigarettes. De fortes présomptions pèsent aujourd'hui sur les industriels du tabac qui auraient organisé eux-mêmes ce commerce illégal, pour leur propre profit. Ils sont d'ailleurs l'objet d'accusations en ce sens devant la justice américaine.

Durant cette période, les médias québécois alimentaient l'opinion publique en nouvelles alarmantes concernant l'ampleur « sans précédent » de la contrebande, un phénomène « hors de contrôle », ce qui était pourtant loin d'être le cas. Sans aucun élément d'analyse ou d'enquête sérieuse, ils en imputaient la cause aux taxes « scandaleusement » élevées sur les produits du tabac. Des chroniqueurs respectés sont allés jusqu'à assimiler la hausse de la taxation à une « escalade de la stupidité » et à une « grotesque tartufferie ». Quant à ceux qui mettaient en doute ces points de

vue, ils étaient soit ignorés¹, soit ridiculisés comme étant des « excités du lobby antitabac ».

Au lendemain de la baisse drastique des taxes que les gouvernements du Canada, du Québec et des quatre autres provinces ont dû finalement décréter (février 1994), un quotidien influent titrait : « *Les fumeurs remportent la victoire* ».

Sponsoring, culture et sport (1996-1997)

Un autre exemple de l'attitude des médias est lié au grand débat public qui a entouré l'adoption de la loi canadienne sur le tabac en 1996-1997. L'une de ses dispositions avait pour effet de restreindre et, éventuellement, d'interdire toute sponsoring par les cigarettiers d'action sportive ou culturelle.

La polémique a porté dans ce cas sur l'existence même des événements commandités, compromise selon les médias par la disparition des fonds en provenance du tabac. Les activistes et les professionnels de santé qui militaient en faveur des mesures proposées, se sont vus qualifier par la presse d'épithètes savoureuses telles que « prohibitionnistes », « tabamacoutes », « tabacons », « Brigitte Bardot de la nicotine », « ayatollahs » et bien d'autres. En fait, l'intéressant et l'accessoire – car la survie des activités n'étaient aucunement menacée – ont ici occulté ce qui était important et constituait le vrai débat de fond : la réduction de la promotion des produits du tabac comme mesure de santé publique.

La loi a finalement été adoptée (avril 1997), mais avec une portée moindre que le projet initial. Les manifestations sportives ou culturelles ont trouvé depuis de nouveaux sponsors pour remplacer les cigarettiers.

Virage dans la couverture journalistique (1998-2002)

Trois éléments ont, plus que tout autre, contribué aux changements majeurs dans l'attitude des médias au Québec.

En premier lieu, l'adoption en juin 1998 de la loi québécoise sur le tabac. Cette décision politique a induit une nouvelle norme à l'égard du tabac, qui a fait consensus dans la société. La mise en place de la loi s'est faite progressivement et dans le respect des personnes et des milieux visés. Plusieurs journalistes et chroniqueurs qui s'étaient vivement opposés à toute mesure de contrôle, craignant entre autres des affrontements entre fumeurs et non-fumeurs, ont dû reconnaître que leurs appréhensions n'étaient pas fondées.

Depuis, des représentants des médias se sont institués en « chiens de garde » des mesures antitabac, comme l'application rigoureuse de la loi, la hausse des taxes sur les cigarettes et ont relayé les grandes campagnes médiatiques inspirées des exemples provocateurs aux États-Unis.

En second lieu, l'industrie du tabac a perdu toute crédibilité suite à la révélation de certaines de ses pratiques commerciales : présomption de complot et d'organisation d'activités de contrebande, manipulation des taux de



nicotine, dissimulation ou destruction d'informations, études de marketing auprès de mineurs, manipulation des milieux scientifiques et des résultats de recherches, etc. Il lui est maintenant pratiquement impossible de convaincre quiconque de sa bonne foi sur quelque sujet qui ait trait à ses activités.

Enfin, il y a une réelle volonté de la part des partenaires dans la lutte contre le tabac de faire une large place aux médias dans leur stratégie de réduction du tabagisme. On peut résumer leurs démarches en quatre volets :

- **Un présence médiatique continue.**

Par le passé, les opposants au tabac ne prenaient publiquement position que de manière discrète et épisodique, avec des résultats très limités. Dès l'annonce de la préparation des lois sur le tabac au Québec (1995-1996), ils ont transmis régulièrement aux médias des prises de positions et organisé des rencontres de presse et des conférences de presse. Ils ont répliqué rapidement, le plus souvent dans les 24 heures, à toute information de nature à maintenir le *statu quo* sur la question du tabac, qu'elle soit émise par l'industrie ou par l'un de ses alliés. En d'autres termes, les militants et les professionnels qui luttent contre le tabagisme sont progressivement devenus des acteurs incontournables sur la scène médiatique.

- **Une information destinée aux journalistes sous forme de documents de synthèse,** particulièrement

sur des aspects controversés : le marketing du tabac auprès des jeunes ; les mythes véhiculés par l'industrie du tabac ; la fumée de tabac dans l'environnement, etc. Au total, en six ans, une quarantaine de ces résumés ont été produits. Le but n'était pas tant qu'ils fassent la manchette, mais plutôt, dans une perspective à moyen terme, qu'ils convainquent les médias que la médaille dont ils contemplaient sans cesse le même côté avait aussi un revers : celui de la santé.

- **La création d'un bulletin mensuel d'information spécialisé dans la lutte contre le tabac.** *Info-tabac* est adressé à une impressionnante liste de médecins, d'infirmières, de journalistes et de députés. Il est aussi disponible sur Internet.

- **Le développement de relations privilégiées avec certains journalistes de confiance.** En de nombreuses occasions, leur travail a grandement contribué à l'évolution des mentalités et a permis de faire progresser le dossier.

Intervenir dans le débat public

Il n'y pas de « réalité objective » sur laquelle appuyer des politiques publiques concernant le tabac. La réalité est toujours une notion construite socialement. C'est pourquoi une décision politique concernant le tabac peut ne dépendre qu'accessoirement de la qualité et de la solidité des preuves présentées. Bien que de telles attestations soient nécessaires pour parvenir

à placer la question à l'ordre du jour politique, ce sera rarement suffisant². L'un des facteurs à prendre en considération est le cadre du débat.

Partout dans le monde, l'industrie du tabac est prête à dépenser des centaines de millions de dollars pour s'assurer que son point de vue prévaudra dans l'opinion publique et auprès des politiques qui auront à prendre les décisions. C'est ainsi qu'elle cherchera à détourner l'attention des médias des enjeux réels – contrôle d'un produit mortel, réduction de la dépendance, etc. – vers des préoccupations auxquelles la population est sensible, mais qui n'ont aucune correspondance dans la réalité – risque de pertes d'emploi et fermetures d'usines, disparition d'activités sportives ou culturelles, peur de l'invasion de l'État dans la vie privée, etc.

Pendant des années, les affirmations et les tactiques de ces industriels au Québec sont demeurées incontestées. En monopolisant l'espace public à leur profit, ils s'assuraient qu'aucune mesure n'allait venir faire entrave à leur commerce très lucratif. L'épisode de la contrebande de cigarettes (1992-1994) a été le dernier au cours duquel ils ont eu le champ libre pour manipuler l'opinion à leur guise.

Avec l'entrée en scène, en 1996, de quelques activistes antitabac et professionnels de la santé, disposant pourtant de moyens modestes, l'industrie du tabac n'a cessé de faire face à une opposition structurée et déterminée. Le cadre général du débat en a été profondément changé en faveur du contrôle du tabac et de la santé. Lois sur l'usage du tabac, restrictions sur la publicité, interdiction du sponsoring, avertissements percutants sur les paquets de cigarettes sont autant de gains réalisés dans ce nouveau contexte.

Louis Gauvin

Coordonnateur Coalition québécoise pour le contrôle du tabac,
Président de la 1^{ère} Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac
(Montréal, 15-17 septembre 2002).

1. Un seul journaliste, André Noël de La Presse, a fait une enquête sérieuse et est arrivé à la conclusion qu'il y avait bien eu complot. L'article dans lequel il a fait ces révélations n'a pas pu être publié dans son quotidien.

2. Tobacco Control, juin 1992, vol.1, n° 2 : 81-3.

Girlfight

Un film de Karyn Kusama
États-Unis, 2000, 1 h 50

1. Le film

Diana Guzman a dix-sept ans. Elle vit dans une tour à Brooklyn avec son père et son frère cadet. C'est une adolescente ombrageuse, qui n'hésite pas à cogner quand quelqu'un s'oppose à elle. Un jour, elle entre dans le gymnase où son frère prend des leçons de boxe. Dans cet endroit où frapper est permis et même encouragé, elle découvre que l'on peut laisser s'exprimer la violence mais qu'il faut respecter des règles ainsi que son adversaire. Diana décide alors d'apprendre la boxe. Mais l'arrivée de la jeune fille dans un univers masculin va susciter des réactions très diverses...

2. Le public auquel le film est destiné

Par son sujet et sa mise en scène, le film s'adresse à un large public d'adolescents et d'adolescentes à partir de 14 ans environ. Son intérêt est de montrer un personnage à la fois proche des jeunes spectateurs – par son âge en particulier – et différent, singulier dans ses choix de vie dont l'audace peut étonner ou déplaire.

3. Rapport avec la thématique santé

En pratiquant un sport « masculin », l'héroïne met en cause la division traditionnelle entre les sexes. Plus profondément, elle interroge nos représentations les plus enfouies de notre appartenance générique (homme ou femme) qui sont certainement vécues et intériorisées comme des caractéristiques tout à fait personnelles : par exemple, peu de femmes sans doute sont prêtes à courir le risque, comme Diana, d'un visage tuméfié, marqué par les coups pris au combat, mais peu d'hommes également admettraient que leur compagne ou leur petite amie revienne d'un entraînement sportif avec un œil au beurre noir ! Parallèlement, beaucoup d'entre nous prennent des risques aussi importants ou plus impor-

tants pour leur santé, en fumant par exemple, comme si l'apparence physique (du moins celle des femmes) était quelque chose de bien plus « précieux » que la santé de leurs voies respiratoires. À travers le personnage atypique de Diana, le film permet donc de poser des questions importantes sur nos représentations du corps, sur nos conceptions profondes de l'identité masculine ou féminine, qui conditionnent de façon plus ou moins souterraine notre rapport à la problématique « santé ».

4. Quelques suggestions d'animation

Le film de Karyn Kusama permet de questionner les rapports entre les hommes et les femmes, mais également les relations entre parents et enfants ou encore le rôle que peut jouer le sport dans la construction de soi, en particulier à l'adolescence. On a retenu ici deux principaux axes d'animation. Le premier vise à faire prendre conscience aux participants de certains traits pro-

fonds liés au sexe des individus. Le second porte sur les prises de risque (en particulier dans le domaine de la santé) que chacun d'entre nous est prêt ou non à assumer de façon plus ou moins consciente... ou inconsciente.

Fille/garçon, quelle image de soi ?

L'égalité entre hommes et femmes a certainement progressé depuis un demi-siècle dans les faits mais également dans beaucoup d'esprits. En même temps, elle suscite certainement des résistances plus ou moins cachées, et peut donner l'impression d'être porteuse d'une « pensée unique », « politiquement correcte », à laquelle il convient d'adhérer mais sans qu'on y croie vraiment : face à un film comme *Girlfight*, de jeunes spectateurs auront tendance à réagir en fonction de ce « bien-pensant » social (dont l'enseignant ou l'animateur adulte est perçu comme porteur) et déclareront par exemple que, si Diana veut faire de la boxe, c'est son problème, que chacun est libre de faire ce qu'il veut et que





D.R.

la boxe est un sport qui convient aussi bien aux filles qu'aux garçons (ou au contraire qu'il faut être fou pour pratiquer un tel sport...). Derrière cette tolérance affichée, on devine cependant souvent des sentiments beaucoup plus mitigés, notamment lorsque l'identité personnelle est mise en cause. L'animation proposée vise d'abord à permettre l'expression et (peut-être) la prise de conscience de ces sentiments sans prétendre entraîner une transformation éventuelle de ces représentations (dans le sens d'une égalité hommes/femmes) : si l'adulte doit s'élever, en tant que personne de référence, contre des propos ouvertement sexistes, il s'agit plutôt ici d'explorer des zones un peu « grises » de la conscience.

La première étape se réfère au propos explicite du film, à savoir l'intrusion de Diana dans un milieu traditionnellement masculin sinon machiste : on pourrait donc demander aux participants s'ils ont remarqué chez les personnages des réactions différentes en fonction du sexe de la personne à qui ils ont affaire. Les jeunes spectateurs

répondront sans doute assez facilement à cette question et rappelleront par exemple que le père de Diana n'envie pas que sa fille puisse faire de la boxe, ou qu'un des entraîneurs s'insurge à l'idée qu'on puisse faire combattre sur un même ring une fille et un garçon.

Mais, dans un deuxième temps et toujours en se référant au film, on peut pointer des situations beaucoup moins flagrantes qui traduisent également des attitudes différentes en fonction du sexe des personnages mis en scène. Pour s'en rendre compte, il suffit précisément d'inverser le sexe de la personne en cause. Plusieurs situations peuvent ici être évoquées, soit dans une discussion libre, soit en remettant aux participants réunis en petits groupes cette liste (qui pourra bien sûr être complétée en fonction des observations de chacun) :

- Lorsque Diana revient avec un œil poché, son père est immédiatement persuadé qu'elle a été battue par son petit ami. Quelle aurait été, à votre avis, sa réaction si c'était son fils qui était revenu dans le même état ?

- Au cours de sciences, Marisol propose à son amie Diana d'aller faire les magasins. Aurait-elle fait la même proposition à un ami ? Et pourrait-elle avoir un garçon comme ami ?

- Un boxeur arrive à la salle où s'entraîne Diana : on devine que c'est une gloire de la boxe, et il est accompagné d'une jolie fille. Voit-on souvent des championnes sportives au nez cassé accompagnées de jolis minets ?

- Lors de l'entraînement de gym à l'école, Diana laisse sur place toutes ses condisciples ; « *Efficace, ton traitement aux hormones* » lui lance alors Veronica. Les garçons s'attirent-ils le même genre de remarques ?

- Diana a l'habitude de se faire tresser les cheveux par sa copine Marisol. Que penseriez-vous de deux garçons qui se coifferaient mutuellement ? Ou bien, un garçon pourrait-il faire les tresses d'une fille s'il n'était pas son petit ami ?

- Adrian arrive chez l'entraîneur de boxe avec sa petite amie, qui s'assied sur ses genoux, ce qui provoque la

colère de Diana et son départ. Pourquoi les garçons ne s'asseyaient-ils jamais sur les genoux de leur petite amie ?

• On comprend peu à peu que la mère de Diana, battue par son mari, s'est finalement suicidée. Croyez-vous que le père de Diana, après la raclée que lui a administrée sa fille, pourrait être tenté de se suicider ?

Les questions posées ne doivent pas simplement déboucher sur la constatation d'une différence d'attitudes selon le sexe des personnes en cause : on essaiera plutôt de comprendre les raisons – bonnes ou mauvaises – qui expliquent cette différence. Si l'on considère par exemple le suicide de la mère de Diana, ce geste apparaît sans doute à la majorité des spectateurs comme vraisemblable (même s'il est peu fréquent) alors que l'on pressent qu'un homme, dans la même situation (dans ce cas, beaucoup plus rare), n'en arriverait sans doute pas à une telle extrémité. Comment dès lors comprendre, même intuitivement, une telle différence d'attitudes ? Quelles raisons – matérielles et sociologiques – peuvent expliquer que les uns et les autres réagissent de façon profondément différente aux mêmes situations ?

La vie est pleine de risques

La deuxième animation part d'un événement précis du film, à savoir l'œil poché de Diana au cours d'un entraînement : qu'en pensent les jeunes spectateurs et spectatrices ? Seraient-ils prêts à prendre un tel risque dans la pratique d'un sport ? Que redouteraient-ils le



plus ? Un coup au visage, un coup irrégulier sous la ceinture (comme Diana en encaisse un), un coup à la poitrine, au cœur, à l'estomac ? On essaiera ici de susciter des réactions différentes et de relever ces différences en fonction du sexe mais aussi des personnalités de chacun.

On pourra ensuite élargir la discussion en évoquant d'autres sports à risques comme le ski, la compétition automobile, le football, certaines formes de gymnastique, le rugby (en fait, presque tous les sports pratiqués de façon intensive)... Ici aussi, on cherchera surtout à faire prendre conscience aux participants des différences de réactions individuelles en ce domaine.

Ensuite, on reviendra une dernière fois au film de Karyn Kusama en demandant aux jeunes spectateurs quelles peuvent être les raisons pour

lesquelles Diana pratique un sport aussi violent et pourquoi elle surmonte, comme le dit Adrian, « la peur d'être blessée ». Si les suggestions sont trop pauvres, on pourra soumettre aux participants un petit questionnaire à choix multiple :

- Est-ce que vous comprenez pourquoi Diana veut faire de la boxe ? Quelles sont, à votre avis, ses motivations pour pratiquer ce sport ?
- elle lui permet de se défendre
- elle lui permet d'attaquer et de dominer ses « adversaires »
- c'est un moyen de canaliser sa révolte, sa rage, sa colère
- c'est un moyen de se faire respecter des garçons
- c'est une façon de s'affirmer supérieure aux garçons
- c'est une façon de s'affirmer supérieure aux autres filles
- c'est une façon de s'affirmer supérieure aux autres, filles ou garçons
- c'est un moyen d'entrer en « contact » avec les garçons, d'abord de façon violente puis amoureuse
- c'est une façon de venger sa mère et les femmes en général
- c'est un moyen d'échapper à l'école et à son savoir intellectuel...

Enfin, les participants pourront se demander s'ils sont eux-mêmes plus ou moins sensibles à certaines de ces motivations dans leur propre pratique sportive ou dans d'autres activités en général. Une synthèse écrite des différentes opinions émises au cours de l'ensemble de l'animation sera remise ultérieurement aux membres du groupe.

Michel Condé

Centre culturel Les Grignoux (Liège).



Accidents de la route : craintes et décès

Les mesures prises en matière de sécurité routière ont certainement contribué à la baisse du nombre de tués sur les routes françaises constatée au cours des deux dernières décennies. Cependant, en 2000, on dénombre encore 121 223 accidents corporels¹, faisant plus de 8 000 tués et 162 000 blessés. La crainte des accidents de la circulation constitue d'ailleurs l'une des préoccupations de santé majeures des Français.

Nombre de tués

Depuis le milieu des années quatre-vingt, le nombre total de tués sur les routes diminue régulièrement². Ce nombre, stabilisé à un peu plus de 11 000 entre 1979 et 1984, passe à 10 422 en 1986, 9 477 en 1991 et descend jusqu'à 7 629 en 1997. Une légère augmentation est néanmoins visible en 1998 (Figure 1). La diminution du nombre de morts est de 28,1 % entre 1979 et 1999 (28,4 % pour les hommes et 27,4 % pour les femmes). Le nombre de victimes masculines est, en 1999 comme en 1979, 2,7 fois supérieur à celui des femmes.

Part des décès attribuables aux accidents de la route

La part des décès attribuables aux accidents de la circulation s'élève, en France, en 1999 à près de 1,5 %³. Ce pourcentage varie selon le sexe : il est en effet plus important chez les hommes (2,1 %) que chez les femmes (0,8 %) ; mais il diffère essentiellement selon l'âge (Figure 2). La proportion de ces décès est peu importante parmi les préadolescents, mais elle augmente rapidement, pour atteindre son maximum à plus de 40 % chez les 15-24 ans. Les accidents de la route constituent ainsi la première cause de mortalité pour cette classe d'âge. Ensuite, la part de ces décès décroît rapidement.

Crainte des accidents

En 1999, près des deux tiers des Français (62,4 %) âgés de 12 à 75 ans déclarent craindre « pas mal » ou « beaucoup » les accidents de la circulation³. C'est ainsi la première crainte évoquée parmi une liste de quinze risques ou maladies, tels que les accidents de la vie domestique, de sport ou de loisirs, le cancer ou le sida. Les femmes affirment plus que les hommes appréhender les accidents de la circulation (66,1 % versus 58,5 %). De même, les personnes âgées de 25 à 55 ans sont proportionnellement plus nombreuses à exprimer cette crainte par rapport aux plus jeunes et aux personnes les plus âgées de l'échantillon observé (Figure 3).

Arnaud Gautier

Statisticien, Service Études et Évaluation, INPES.

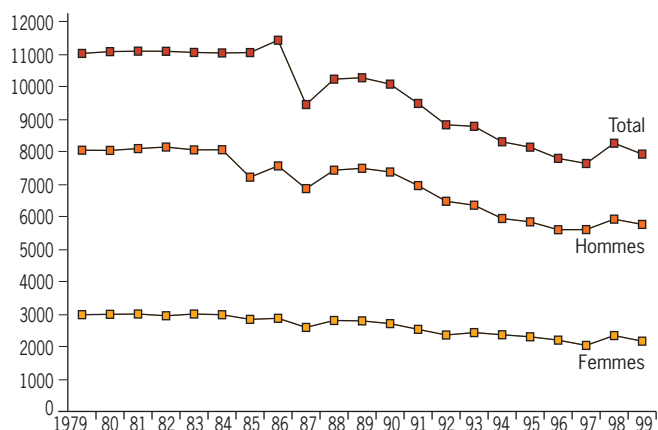


Figure 1 : évolution des décès par accident de la route de 1979 à 1999 selon le sexe (source : Inserm - CépiDc)

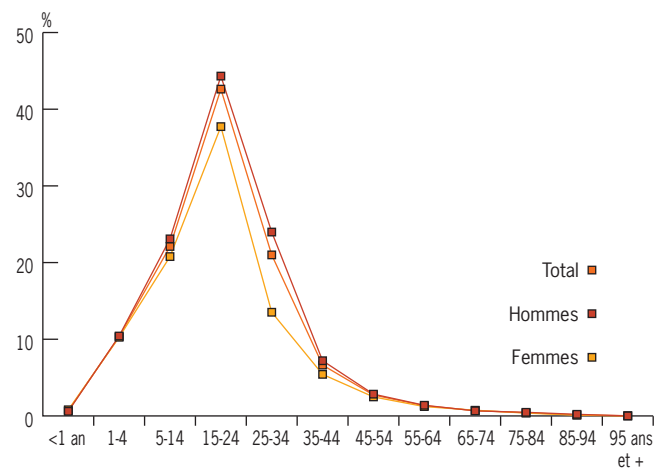


Figure 2 : part des décès dus aux accidents de la circulation selon le sexe et l'âge en 1999 (source : Inserm - CépiDc)

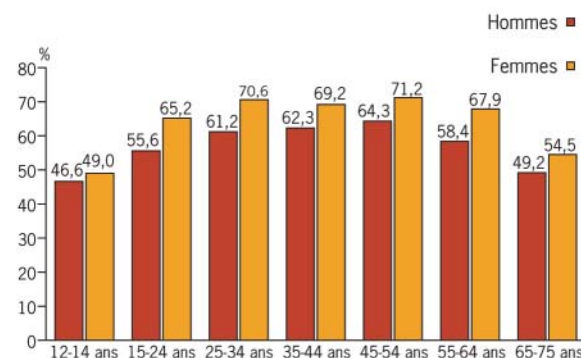


Figure 3 : proportion de personnes déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » les accidents de la circulation selon le sexe et l'âge (source : Baromètre santé 2000);

1. Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière – fichier des accidents.

2. Source : Inserm CépiDc – Service d'information sur les causes médicales de décès.

3. Enquête Baromètre santé réalisée en 1999 auprès d'un échantillon de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans. Guilbert P., Baudier F., Gautier A. Baromètre santé 2000. Volume 2 : résultats. Vanves : CFES, coll Baromètres, 2001 : 472 p.

Introduction

Santé et hôpital : choc de culture ?

François Martin 16

Développer la promotion de la santé à l'hôpital

Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital ?

Karl Krajic, Christina Dietscher,

Juergen Pelikan 18

Les hôpitaux promoteurs de santé en France, un réseau en développement

Pierre Buttet, Annick Deveau 20

Promouvoir la santé à l'hôpital : un facteur de qualité ?

François Martin 22

Maladie chronique, soins et éducation thérapeutique : un nouvel enjeu pour l'hôpital ?

François Maury, Jean-Louis Grenier 25

Repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé

Isabelle Aujoulat, François Martin,

Alain Deccache 27

Des actions pour les patients, les soignants, les visiteurs

Hôpital sans tabac : l'aide au sevrage tabagique

Anne-Laurence Le Faou 30

Une suite de petits pas au Centre hospitalier de Roubaix. Vingt ans déjà...

Jérémy Veillard, Yannig Joubrel,

Marie-Pierre Vandaele 32

Hôpital de Douai : les soignants d'expériment

Marie-Colette Ferreira 34

Aider à la réinsertion de l'enfant, c'est aussi un projet de santé

Françoise Laroussinie, Sophie Rougnon .. 35

Pour des centres d'information sur les soins à l'hôpital

Tim Greacen 37

Devenir correspondant en éducation pour la santé des patients

Claude Terral, Catherine Corbeau 40

Pour faire de l'éducation à l'hôpital, apprenez à être patient

Laurence Birelichie, François Alias,

Laure Spinasse-Fournier, Sandrine Mazon .. 41

Pour en savoir plus

Sandra Kerzanet 42

La promotion de la santé à l'hôpital

Dossier coordonné par **Pierre Buttet**, médecin chargé de mission,
service Éducation du patient-Professionnels de santé,
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Santé et hôpital : choc de culture ?

Santé/Hôpital, cherchez l'erreur, aurait pu dire Pierre Desproges. Peu de lieux, en effet, sont aussi éloignés de la santé que l'hôpital moderne, dédié à la maladie, à la souffrance, à la gestion de la mort.

Pourtant, la loi hospitalière de 1991 avait esquissé un changement en transformant les hôpitaux, d'établissements de soins en établissements de santé. Dix ans après, force est de constater que le changement à l'œuvre est difficile. Les enjeux n'en ont vraisemblablement pas été suffisamment explicités, et même la signification du terme de santé, pour des professionnels qui se consacrent à la maladie, n'a pas été précisée.

En effet, passer du soin à la santé ne va pas de soi pour les professionnels de santé, les gestionnaires, les patients...

La « culture » de l'hôpital de la fin du XX^e siècle est essentiellement axée sur la maladie comme objet de soin, donnant lieu à des séquences d'actes diagnostiques ou thérapeutiques, eux-mêmes producteurs de valeur, dans la finalité hypothétique d'une restitution *ad integrum* de la lésion ou de la fonction lésée. Cette culture, qui fait coïncider guérison et santé, la santé étant comprise comme l'absence de maladie, « *le silence des organes* » (Leriche), a délimité avec efficacité le périmètre de l'hôpital dans le cadre du modèle biomédical pendant de nombreuses décennies.

Aujourd'hui, le sujet du soin est le patient, et l'objectif de ce soin n'est plus tant la santé comme absence de maladie que la santé comme moyen de faire face à une maladie chronique ou à une maladie grave, en s'inscrivant dans le processus de toute une vie.

	Hôpital/Maladie	Hôpital/Santé
Conception de la santé	Finalité (Restitution <i>ad integrum</i>)	Moyen (ressource face à la maladie)
Objet du soin	MALADIE	PATIENT
Objectif du soin	Optimisation biométrique (guérison)	« Faire de la santé un projet au lieu de la maladie un cauchemar » Qualité de vie
Place du patient	PASSIF	ACTEUR
Temps	SÉQUENCES	PROCESSUS
Durée de la maladie	aiguë	chronique
Modèles	biomédical	global
Organisation	CLOISONNÉE Intra/Extra service (curatif/préventif, médical/social)	TRANSVERSALE Continuité santé/maladie
Environnement Déterminants de santé	« Pas la fonction de l'hôpital »	Prise en compte des déterminants de santé du bassin de vie
Pratique soignante	• Prestataire de service • Individuelle	• <i>empowerment*</i> • individuelle et groupe <i>*autonomisation face à la maladie</i>



Ce constat, fait tant par les professionnels de santé publique sous le terme de transition épidémiologique et démographique que par les cliniciens hospitaliers, accablés par l'importance de la densité de soins nécessaire à la prise en charge de patients chroniques, poly-pathologiques, témoigne de la profonde modification des besoins de santé de la population, confrontée à un hôpital construit sur le modèle biomédical de la pathologie aiguë.

Au-delà de l'aspect caricatural du modèle proposé dans le tableau ci-contre, il n'est pas question de mettre en cause la légitimité du modèle biomédical hospitalier, mais sa tendance hégémonique à prendre en compte des problématiques de santé pour lesquelles il n'apporte pas de solution pertinente.

L'exemple des maladies dues au tabac est malheureusement tout aussi caricatural. Alors qu'elles sont la première cause de morbidité et de mortalité hospitalière (logique implacable de l'inefficacité biomédicale pour les pathologies comportementales), il a fallu attendre une circulaire en 2000 pour légitimer l'aide à l'arrêt du tabac en milieu hospitalier (et encore, avec quels moyens !). Cet exemple en dit long sur les cloisonnements du système de santé et sur l'incompréhension de ce qu'est l'histoire naturelle d'une maladie, celle de la bronchite chronique post-tabagique par exemple. En effet, les patients concernés ne feront l'objet d'une prise en charge significative qu'à partir du moment où ils seront chronicisés dans l'insuffisance respiratoire chronique, plus ou moins dépendants de l'oxygénothérapie à domicile. Peu d'interrogations également sur les investissements financiers considérables dans les chimiothérapies de certains de ces cancers bronchiques post-tabagiques, dont les luxueuses plaquettes de présentation commerciales expliquent doctement l'impérieuse nécessité, au motif d'un accroissement de la médiane de survie de 3,5 mois à 4,5 mois...

Contribuer à l'équité et à l'éthique concernant les choix de santé de la population d'un bassin de vie, s'y impliquer comme acteur de

santé publique, contribuer à redonner un sens à la relation clinique submergée par la technique, prendre en compte l'ensemble des acteurs de la vie hospitalière en contribuant à ce que le patient devienne sujet de son propre projet thérapeutique, ajuster les modalités d'organisation de l'hôpital aux évolutions de santé, telles sont les quelques pistes proposées par la charte d'Ottawa pour développer une culture hospitalière de la santé.

À la croisée des chemins où se trouve le système hospitalier français, cette prise en compte de la promotion de la santé à l'hôpital peut contribuer à prévenir son démantèlement en autant de « plateau médico-techniques » sans autre justification que la consommation inflationniste et sans limite de la maladie.

Dr François Martin

Praticien hospitalier, Centre hospitalier de Dreux, membre de la Conférence nationale des Présidents de CME de centre hospitalier.



Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital

L'Institut Ludwig Boltzmann collabore à l'OMS pour développer le réseau international des Hôpitaux promoteurs de santé' depuis 1988.

S'intéresser à la promotion de la santé à l'hôpital, c'est parfois s'exposer à des réactions sceptiques telles que : *« L'hôpital, c'est le lieu de la maladie et de la mort, la promotion de la santé n'y a pas de place », « Les budgets sont si serrés, le personnel tellement sous pression, qu'il n'y a pas de possibilités pour développer de nouvelles approches ou de nouveaux services », ou encore « La technologie est si dominante, cela laisse peu de chance à la promotion de la santé »...* Sans oublier, venant des équipes soignantes, *« C'est ce qu'on fait déjà aujourd'hui, que voulez-vous de plus ? »*

Pourtant, les raisons pour l'hôpital de s'intéresser à la promotion de la santé sont nombreuses, et les arguments de santé publique bien présents. C'est en définissant le concept qu'on perçoit ces raisons.

Le concept de promotion de la santé à l'hôpital

La promotion de la santé à l'hôpital est fondée sur la Charte d'Ottawa qui élargit et réoriente les missions des services de soins vers la promotion de la santé. Elle concerne non seulement la santé des patients mais aussi celle du personnel et de la communauté. Elle recherche une amélioration et un maintien de la santé par des interventions contre les maladies et pour le développement d'une «santé positive». Elle vise la santé physique, mentale et sociale, elle est orientée vers les personnes, les structures, les réseaux. Elle recourt à l'«*empowerment*», afin que les personnes puissent s'aider elles-mêmes en augmentant leur capacité à contrôler les facteurs influençant leur santé.

Des interventions vers les personnes et la structure hospitalière

Les interventions de promotion de la santé cherchent à développer les connaissances, les compétences, les attitudes de chacun en matière de santé. Ceci passe par le renforcement du contrôle de soi («*self management*») concernant la santé, la prise en compte des modes de vie et des risques spécifiques de certaines populations, par exemple par la mise en œuvre de programmes destinés aux populations vulnérables : bébés, personnes âgées, personnes handicapées, migrants, etc.

Mais la santé et les comportements personnels sont aussi influencés par les structures et l'environnement. La promotion de la santé va de ce fait s'intéresser aux conditions matérielles et sociales à l'hôpital. Un premier axe de développement existe donc autour des questions d'architecture, de décoration intérieure, de bruit, de lumière, de qualité de l'air, de nourriture, d'ergonomie, de sécurité au travail, d'hygiène, de tabagisme, ou de thèmes particuliers comme le surmenage. Un deuxième axe existe également autour d'une culture participative de décision, de communication et de la notion d'«*empowerment*».

Quelques actions de promotion de la santé à l'hôpital

Des interventions auprès des patients sont possibles autour de thèmes multiples : il peut s'agir d'éduquer, de conseiller, de rendre le patient partie prenante dans la prise de décisions, de faire en sorte que les personnes parti-

cipent davantage à leur traitement, de prendre en charge la douleur, de mesurer la satisfaction, de travailler davantage avec des associations de bénévoles, de développer des réseaux de soins, etc.

Des interventions auprès des soignants sont tout autant possibles : inclusion de la santé du personnel comme valeur spécifique dans les missions de l'hôpital, adoption de la promotion de la santé sur le lieu de travail, coopération avec la médecine du travail et les organisations salariales, inclusion du personnel dans les décisions stratégiques, soutiens divers : mise à disposition de gymnase, d'une piscine...

Des interventions auprès de la communauté extérieure à l'hôpital, de la population, sont elles aussi recommandées. Inclusion de la santé de la communauté comme valeur spécifique dans les missions de l'hôpital, gestion des déchets (hôpital «vert»), information et formation dans les entreprises, les écoles... Autant d'actions qui font de l'hôpital un moteur de changement pour la santé de la communauté.

Approche spécifique ou approche globale ?

Ces interventions ne changent pas les programmes et les objectifs de l'hôpital. Elles y ajoutent une dimension de promotion de la santé. Ceci se traduit le plus souvent par une réorientation de l'hôpital d'aujourd'hui, et ce, à travers deux approches : une approche spécifique par projets et une approche globale organisationnelle.

Les principales caractéristiques d'un hôpital promoteur de santé

Un hôpital promoteur de santé :

- oriente toute décision importante avec la promotion de santé comme critère additionnel ;
- vise la santé physique, mentale et sociale des patients, du personnel et de la communauté ;
- maintient et améliore la santé grâce à des interventions vers la maladie et la santé positive (traitement + prévention + protection de santé + développement de santé) ;
- renforce l'« empowerment » des personnes par des interventions expertes et par la communication ;
- soutient les personnes et développe la structure de l'hôpital ;
- vise la santé des populations dans et hors de l'hôpital ;
- rend des services et est une « organisation apprenante » (*learning organisation*).

L'approche spécifique s'intéresse à des projets centrés sur une catégorie de patients, ou du personnel, qui respectent une méthodologie de projet classique, mais n'entraînant pas de réorientation profonde de l'hôpital. De nombreux projets de ce type existent, une telle approche convenant bien aux organisations et cultures hospitalières dominantes. Fondés sur un large consensus ou sur la « médecine par les preuves », de tels projets (éducation du patient diabétique, projet hygiène, etc.) ont facilement le soutien des soignants ou des structures déjà existantes.

La promotion de la santé sert l'intérêt des patients

La promotion de la santé améliore la santé des personnes pendant leur séjour à l'hôpital et au-delà :

- en réduisant les risques pour la santé par des mesures de protection (développement de la qualité de service, hygiène, prévention des accidents, etc.) ;
- en améliorant la qualité de vie à l'hôpital ;
- en augmentant leur niveau de connaissances en santé² – savoir, savoir-faire, savoir être – pour mieux recourir au système de soins, mieux coopérer au traitement, mieux contrôler les maladies chroniques, mieux choisir leur style de vie².

La mise en place d'une approche plus « globale » de promotion de la santé nécessite que les projets soient soutenus par une équipe de personnes spécialement investies dans cette mission, clairement mandatées par la direction, avec des correspondants dans les services. Il s'agit pour l'hôpital d'explicitier la promotion de la santé dans ses missions et sa stratégie, d'établir des plans annuels d'actions et de prévoir des budgets spécifiques.

La promotion de la santé séduirait-elle les directions hospitalières ?

Nos quatorze années d'expérience³ nous en ont persuadés, à condition que cette approche réponde au moins à certains des critères suivants : augmentation de la satisfaction des patients, du personnel, des visiteurs, de la communauté ; plus grande contribution visible de l'hôpital à la santé publique, amélioration de l'image de l'hôpital, réalisation d'économies ou créations de

cifiques, nouvelle organisation pour permettre de s'adapter au changement, et bien sûr soutien de l'hôpital pour atteindre son objectif premier qui est de « produire » de la santé.

Dr Karl Krajic,
Mag. Christina Dietscher,
Pr Juergen Pelikan

Ludwig Boltzmann-Institute for the Sociology of Health and Medicine, University of Vienna, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care.

1. Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C. *The health promoting hospital (HPH): concept and development*. In: *Patient Education and Counselling* 2001 ; 45 (4): 239-43 – disponible sur www.univie.ac.at/hph
2. Nutbeam D., Kickbusch I. *Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century*. In: *Health Promotion International* 2000 ; 9, 183-4.
3. Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. (eds.) *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg : Health Promotion Publications, 1998.

La traduction de cet article a été réalisée par Pierre Buttet.

Les hôpitaux promoteurs de santé en France, un réseau en développement

Sous l'impulsion de l'OMS, un réseau des hôpitaux promoteurs de santé s'est constitué à travers le monde. La France se joint activement au mouvement...

La première conférence de la promotion de la santé à Ottawa¹ en 1986 définit celle-ci comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* »¹. La volonté d'approche des problèmes de santé est globale, l'objectif est social : « *La santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà* » par de « *meilleurs services de santé ouverts à tous et une participation plus directe des individus au maintien de leur propre santé* ».

L'acquisition d'aptitudes individuelles est soulignée, « *en donnant aux gens davantage de possibilité de contrôle de leur propre santé et de leur environnement* » et en les rendant « *mieux aptes à faire des choix judicieux* ». La santé est alors perçue « *comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie* ». La promotion de la santé s'intéresse au bien-être des individus. Des actions visant à créer des « *conditions favorables à l'épanouissement de la santé* » ont toute leur place dans ce lieu de vie qu'est l'hôpital.

Qu'est-ce que la promotion de la santé pour l'hôpital ?

Sûrement pas un changement de fonction : en effet, il ne s'agit pas pour l'hôpital de quitter les soins pour une action de promotion de la santé. En revanche, il s'agit d'incorporer à sa culture, à son organisation, jusque dans ses habitudes quotidiennes des valeurs de promotion de la santé. Tous les

publics de l'hôpital peuvent être concernés : les membres du personnel, les patients, leurs proches, la communauté².

Dès 1992, la charte de Budapest propose des objectifs d'évolution aux hôpitaux : encouragement de démarches participatives, développement des programmes éducatifs et informatifs pour les patients, leurs proches, le personnel. L'hôpital doit aussi s'efforcer d'être « *un modèle pour les services de santé et les lieux de travail* », en mettant l'accent sur les conditions de travail, la qualité de la nourriture, avec une prise de conscience de « *l'impact de l'environnement hospitalier sur l'état de santé des patients, du personnel et de la communauté* ». Si l'hôpital est invité à « *identifier les groupes-cibles spécifiques dans l'hôpital* », à « *reconnaître les échelles de valeurs, les croyances et les cultures différentes des populations* », il est aussi

invité à s'ouvrir sur la ville, sur la communauté : améliorer la collaboration avec les services sociaux et de santé, avec les autorités, et « *améliorer le réseau d'aide à domicile* ». Toutes les mesures prises vont permettre une culture d'entreprise orientée vers la santé.

La déclaration de Vienne renforce cette orientation à partir de 1997, en proposant des stratégies d'implantation du projet des hôpitaux promoteurs de santé :

- améliorer l'information, l'éducation, la communication (entre personnel et patients, mais aussi dans l'équipe d'encadrement, avec les services sociaux de la communauté, les groupes de volontaires, les organisations extérieures) ;
- favoriser la participation des professionnels (y compris professionnels à l'extérieur de l'institution), des patients, de leurs proches ;
- utiliser des méthodes de gestion de projet, de développement organisationnel ;
- échanger les expériences avec d'autres hôpitaux promoteurs de santé, en adhérant aux réseaux régionaux, nationaux, internationaux.

L'hôpital va ainsi être le lieu de développement de programmes d'amélioration des soins et des conditions de travail, satisfaisant plus pleinement l'équipe soignante comme les patients et leurs proches. Ces programmes peuvent être nombreux : promotion de services de santé, de modes de vie pour les patients, leurs familles ou le personnel,

programme d'éducation de santé s'adressant aux patients atteints de maladies chroniques, etc.

Le développement d'un réseau

De 1993 à 1997, un premier réseau international de vingt hôpitaux pilotes³ se constitue à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans onze pays européens, à la suite de la charte de Budapest. Ces vingt hôpitaux engagés dans cette démarche de promotion de la santé rejoignent le réseau avec au moins cinq projets. Chaque projet inclut une participation active des équipes hospitalières, un suivi par un comité de pilotage du projet et une évaluation par une équipe extérieure. Puis, progressivement, dans différents pays, ce réseau laisse place à une organisation constituée de réseaux nationaux ou régionaux d'hôpitaux.

En France, l'hôpital Vaugirard – Assistance publique-Hôpitaux de Paris – devient, dès son ouverture en décembre 1991, le premier hôpital français à faire partir de ce réseau. Le projet de cet hôpital est de développer la coordination avec les professionnels de quartier et d'établir progressivement des filières de soins en partenariat avec l'arrondissement.

Plusieurs hôpitaux adhèrent rapidement au réseau international OMS et soumettent leurs projets : l'hôpital Robert Debré (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), les groupes hospitaliers d'Eaubonne-Montmorency, du Havre, et les centres hospitaliers de Valenciennes, d'Alençon et de Dreux.

Récemment, le réseau Comité régional d'éducation pour la santé (Cores)/hôpitaux en éducation pour la santé de Basse-Normandie est venu rejoindre le réseau français. Les centres hospitaliers d'Alençon, Bayeux, Cherbourg-Octeville, Picauville, Falaise, Vire et Caen développent des projets locaux très diversifiés (actions sur le tabagisme, observatoire de la précarité, éducation de la personne diabétique, etc.) et des projets communs comme une école régionale de l'asthme, ou un groupe d'analyse de pratiques.

Le réseau national français est aujourd'hui un réseau en plein développement, qui rassemble les hôpitaux ayant adhéré au réseau international

OMS dès l'origine, mais aussi des hôpitaux qui s'orientent vers une démarche de promotion de la santé à l'hôpital, qui souhaitent un partage des expériences en cours, un échange d'idées et de documentation, ainsi qu'une ouverture sur les projets internationaux. L'échange d'expériences est le motif le plus souvent mentionné par de nouveaux interlocuteurs recherchant des informations sur ce réseau et sur la promotion de la santé à l'hôpital.

Un colloque sur ce thème a récemment été organisé dans le cadre du Forum de l'hôpital public⁴ (Hôpital expo), soulevant intérêt et questions. Des réunions régulières sont aussi organisées par la coordination de ce réseau, coordination assurée pendant plusieurs années par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et, depuis 2001, conjointement avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé⁵. Aujourd'hui, nombreuses sont les structures hospitalières s'orientant vers cette démarche de promotion de la santé. Leurs attentes sont différentes, et le réseau cherche à évoluer en fonction de ces attentes, demandant à la coordination d'accompagner et de favoriser son développement en intégrant ces intérêts multiples.

Dr Pierre Buttet

Chargé de mission au service Éducation du patient-professionnels de santé, INPES,

Dr Annick Deveau

Déléguée à la promotion de la santé, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

1. Charte de la 1^{re} conférence internationale pour la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, 11/1986, Ottawa.

2. Garcia-Barbero M. Introduction. In : Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. Pathways to a Health Promoting Hospitals. Health Promotion Publications 1998; vol. 2, G. Conrad, Gamburg, Germany.

3. Les travaux de ces vingt hôpitaux pilotes ont été publiés en 1998 dans un ouvrage de l'OMS décrivant les concepts et leur mise en œuvre ainsi que l'expérience de chaque hôpital-pilote : Pathways to a Health Promoting Hospitals. Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H., Krajic K. Health Promotion Publications 1998; vol. 2, G. Conrad, Gamburg, Germany, 1998.

4. Colloque « Promouvoir la santé à l'hôpital », Forum de l'hôpital public, Paris, 22 mai 2002.

5. En application de l'article L.1417-9 du Code de la santé publique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a été substitué au Comité français d'éducation pour la santé (CFES) à compter du 4 mai 2002.

La promotion de la santé à l'hôpital, partie intégrante de ses missions

Depuis une dizaine d'années, la promotion de la santé au sein des hôpitaux est introduite pas à pas dans une série de textes législatifs et réglementaires :

La loi 91-748 du 31 juillet 1991 introduit dans les missions de l'hôpital la nécessité, pour les établissements de santé, de participer à des actions de santé publique et notamment à toutes les actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Les ordonnances du 24 avril 1996 organisent la mise en place d'une politique nationale et régionale de santé publique tendant à réduire les inégalités en santé. Elles permettent l'ouverture de l'hôpital sur la ville grâce à la création de réseaux de soins. Une évaluation externe des établissements de santé est exigée par le biais de l'accréditation et de l'évaluation en santé. Le manuel d'accréditation qui est mis en place quelques mois plus tard fait explicitement référence au patient et à sa prise en charge, à la nécessité d'une prise en charge globale et à la continuité des soins.

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre le malade et plus généralement l'utilisateur du système de santé comme partenaire à part entière du système de santé, soit individuellement, soit au sein d'associations agréées. Dans son chapitre IV sur la politique de prévention, elle demande que des objectifs et programmes prioritaires nationaux de prévention soient fixés dans le cadre de priorités pluriannuelles.

De plus, la circulaire du 14 novembre 2001, relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé fait référence explicitement à la charte d'Ottawa.

Plus concrètement encore, les circulaires sur la lutte contre le tabagisme, sur le diabète ou l'éducation thérapeutique s'inscrivent en totalité dans la démarche de promotion de la santé.

L'ensemble de ces textes sont, pour ceux qui veulent développer une politique de promotion de la santé, une base solide et une aide précieuse pour modifier la culture de l'hôpital et l'inscrire, de façon plus volontariste, dans une démarche de santé publique et de promotion de la santé.

Promouvoir la santé à l'hôpital : un facteur de qualité ?

Place des patients, rôle des soignants, découplage des services, besoins de santé locaux... autant de facettes où la promotion de la santé peut être une garantie de qualité.

Identifier les raisons pour lesquelles un « hôpital promoteur de santé » est une garantie de qualité revient à expliciter ce qui peut contribuer à le différencier d'un autre... Cette méthode dite de la cause absente (Aristote) peut être particulièrement féconde pour essayer de préciser le périmètre de ce qu'est un hôpital promoteur de santé. La confrontation conceptuelle et pratique des articles précédents permet de préciser un certain nombre de pistes orientant vers la qualité.

Promouvoir la santé à l'hôpital peut se concevoir comme un ensemble de stratégies, stratégies qui peuvent être autant de critères de qualité :

- impliquer les acteurs (patients, personnel, administration, communauté) ;
- identifier les besoins de santé locaux et y répondre ;
- adapter les modalités de prise en charge ;
- organiser, communiquer, participer.

Impliquer des acteurs

Les acteurs de l'hôpital sont multiples et les identifier contribue à préciser leur rôle, les potentialités dans la mise en œuvre et l'évaluation des actions de promotion de la santé.

La place des patients a notablement changé à l'hôpital, et cette évolution est un facteur de qualité. Outre la relation de soin, la demande d'information, voire d'éducation thérapeutique, les attentes des patients se sont profondément modifiées et cette implication est

vraisemblablement une garantie contre le consumérisme médical passif, par lequel les prestations hospitalières sont administrées comme autant d'actes de réparations médico-techniques. La participation des patients/usagers/citoyens à la commission des plaintes, voire au conseil d'administration de l'hôpital, est aussi une contribution à la transparence et à la qualité.

L'importance du personnel dans un hôpital (72 % du budget) en fait un promoteur essentiel d'un projet de santé. La constatation d'un absentéisme important, de phénomène d'épuisement (*burn out*) est souvent corrélé à une baisse de qualité des soins. Une caractéristique de la charte de Budapest des hôpitaux promoteurs de santé est d'insister sur l'importance de la santé du per-

sonnel (santé physique, mentale et sociale) soutenue par des projets internes à l'hôpital (activité physique et sportive, nutrition, prévention du tabagisme, du stress, de l'obésité, etc.). Enfin, reconnaître l'implication de chaque membre de l'équipe hospitalière est un élément de motivation et donc de qualité.

La participation du personnel de direction est également essentielle dans la légitimité d'un projet de promotion de la santé à l'hôpital. Elle en assoit la crédibilité, fournit les moyens, assure le suivi. Plus que de coûteuses campagnes de communication externes, une action de promotion de santé peut assurer efficacement la valorisation de l'hôpital.

Autre spécificité des chartes de Budapest et de Vienne des hôpitaux promoteurs de santé, la prise en compte de la « communauté », c'est-à-dire de la population, des habitants du bassin de vie desservi par l'hôpital. Au-delà de l'implication citoyenne du maire de la commune comme président du conseil d'administration, la participation peut être associative, témoignant d'un renforcement des relations entre la ville et l'hôpital.

Identifier les besoins de santé locaux et y répondre

Les interrogations sont nombreuses tant sur les notions des besoins de santé (non réduits à un besoin de soins

médico-techniques), de population (les données d'épidémiologie descriptives ou analytiques locales sont souvent indigentes) que du territoire considéré (le bassin de vie, le bassin de population, voire le pays).

Si l'accès au plateau technique ou à l'expertise médicale est gradué en fonction du besoin, dans le cadre d'une planification sanitaire régionale, il n'en demeure pas moins que la capacité d'un hôpital à s'ajuster aux besoins spécifiques locaux est une dimension déterminante de la qualité d'un hôpital.

S'impliquer dans la prise en compte des déterminants de santé (tabac, alcool, précarité, etc.) permet d'anticiper l'évolutivité des pathologies, de manière à ne pas attendre que les patients soient chronicisés dans des pathologies irréversibles. Identifier l'hôpital comme un élément dans la prise en charge de la mortalité et de la morbidité évitable (avant 65 ans), le plus fréquemment consécutive à des pathologies liées aux comportements alcool-tabagiques, peut être un élément de qualité pour répondre correctement aux besoins de santé futurs.

L'ajustement d'un hôpital promoteur de santé à l'évolution des pathologies est une nécessité pour les années à venir. En effet, ce que les professionnels

de santé publique décrivent sous le nom de transition démographique et épidémiologique témoigne d'une modification des causes d'hospitalisation, autrefois essentiellement dues aux maladies aiguës et maintenant majoritairement provoquées par des pathologies chroniques nécessitant de multiples hospitalisations (1).

Adapter les modalités de prise en charge des patients

Héritière de la tradition anatomo-clinique française, la médecine hospitalière est organisée en fonction de la nosologie médicale avec, comme finalité du soin hospitalier, la restitution *ad integrum* de la lésion ou de la fonction lésée (2). Si cette organisation hospitalière a défini la médecine de la fin du XIX^e et du XX^e siècle, elle ne suffit plus à répondre aux enjeux de santé publique actuels.

En effet, à la santé considérée comme la finalité du soin s'est substituée pour la majorité des patients porteurs de maladies chroniques, les « *healthy ill people* », la notion de qualité de vie, sans espoir de guérison ; cette qualité de vie devenant la finalité du soin hospitalier.

Cette capacité de réajustement dans les objectifs de la prise en charge hospitalière nécessite aussi de redéfinir la place du patient comme sujet partenaire d'un projet thérapeutique ; cette prise

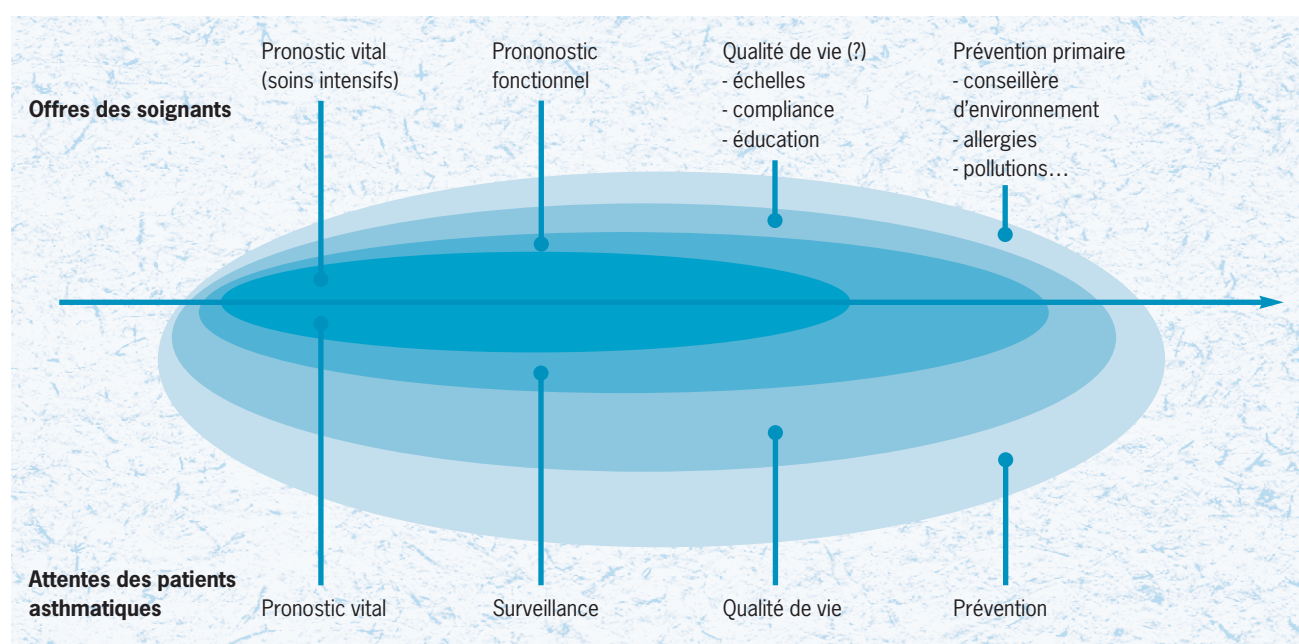


Figure 1 : adéquation offre des soignants/attentes des patients asthmatiques

de conscience et cet ajustement organisationnel ne vont pas de soi dans des hôpitaux tout entiers organisés autour du plateau technique. L'intégration, par exemple, de l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier témoignera de la capacité des hôpitaux à « métaboliser » des concepts, des pratiques, des outils pédagogiques et de communication, des personnels différents des soignants habituels, et aussi à ajuster, imaginer des structures organisationnelles transversales aux différentes spécialités intéressées (pneumologie, cardiologie, diabétologie).

Promouvoir la santé à l'hôpital est aussi une attitude volontariste pour essayer de limiter l'investissement dans le plateau technique, la gestion de l'urgence (3).

Un des acquis conceptuels des hôpitaux promoteurs de santé est d'identifier les grandes fonctions de l'hôpital, par rapport à la technicité du soin mobilisé, au degré de participation du patient dans sa prise en charge, à ses attentes et aux moyens mis en œuvre. Dans le diagramme ci-joint, inspiré par J. Pelikan (*Figure 1*), s'il y a adéquation entre les moyens assurant le pronostic vital et les attentes des patients, un décalage commence à se faire jour avec la surveillance biométrique, et le décalage devient important lorsque sont confrontées les attentes concernant la qualité de vie, l'éducation thérapeutique, des prestations éloignées du médico-technique et les possibilités qui sont offertes par l'hôpital. À l'apogée de l'ellipse, le patient asthmatique participe à son projet de santé, est coproducteur de santé, s'implique dans un projet d'arrêt du tabac par exemple.

Organiser, communiquer, participer

Qu'il s'agisse de la prise en compte du pronostic vital ou de la prise en charge globale de la personne (médico-psycho-sociale, éducation thérapeutique), à ces objectifs énoncés doivent correspondre des modalités d'organisations. La spécificité de la promotion de la santé et sa dynamique transversale, multidisciplinaire, contribue au décloisonnement de l'hôpital avec mise en commun de plateau technique, de supports logistiques, de compétences. Ce décloisonnement est un facteur de qualité.

La condition requise à la mise en œuvre de projet de promotion de la santé est la participation des intéressés au projet. Concernant les patients, il s'agit des stratégies d'« empowerment ». Concernant les personnels, la gestion participative suppose des stratégies de management impliquant transparence et communication. Dans la pratique des hôpitaux promoteurs de santé, la référence au *total quality management* est fréquente, tendant à faire de la promotion de la santé à l'hôpital une stratégie de management...

Si la qualité pour l'hôpital ne se limite pas à l'assurance qualité, ou aux grilles d'accréditation de l'Anaes (où les référentiels concernant la promotion de la santé sont étrangement absents), alors, effectivement, non seulement les stratégies mises en place pour promouvoir la santé sont une garantie de qualité, mais elles sont aussi gage de sens et de cohérence des prestations délivrées par l'hôpital.

Dr François Martin

Praticien hospitalier,

Centre hospitalier de Dreux,

membre de la Conférence nationale des Présidents de CME de centre hospitalier.

Références bibliographiques

- (1) Grémy F. (sous la dir. de), Aurengo A., Bérard A., et al. *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*. Nantes : Société française de santé publique, février 2002 : 54 p.
- (2) Imbault-Huart M.J. Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions. In : Assistance publique-Hôpitaux de Paris. *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*. Vélizy : Doin, Paris : Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris : 53-86.
- (3) Aujoulat I., Le Faou A.L., Sandrin Berthon B., Martin F., Deccache A. *Implementing health promotion in health care settings: conceptual coherence and policy support*. Patient Education and Counseling 2001 ; 45 (4) : 245-54.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé sommaire

n° 170 - juin 2002

Initiatives

Parents, enfants : prenons le temps de vivre ensemble
Maltraitance, l'affaire de tous.

propos de Reine Vander Linden recueillis par Sylvie Bourguignon

Corbeaux ou fourmis ? Quelle prévention de la maltraitance voulons-nous.

Vincent Magos

Le gène du cancer du sein : monopole abusif

Stratégie

Les dépenses de santé de la Communauté française en 2001

Christian De Bock, avec l'aide de Roger Lonfils et Didier Lebailly

Réflexions

L'école en santé, mythe ou reality (show) ?

André Lufin

Pourquoi ? Parce que Philip Morris...

Danielle Piette

Matériel

Dépistage du cancer du sein
Acheter pour bébé un matériel sûr et adapté
Viellir et garder son autonomie

Vu pour vous

www.educationsante.be
www.prospective-jeunesse.be

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro ou pour s'abonner :
www.educationsante.be

Maladie chronique, soins et éducation thérapeutique : un nouvel enjeu pour l'hôpital ?

La mutation de l'hôpital est en marche : il se dote de compétences en éducation thérapeutique, il devient acteur territorial et partenaire de santé. L'exemple de l'hôpital de Roubaix le montre.

La prévalence des maladies chroniques augmente rapidement dans les populations âgées et les catégories sociales les plus défavorisées : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies neurologiques, etc. Les conséquences sociales, financières et humaines qui en résultent représentent un problème majeur de santé publique, alors qu'existent des traitements efficaces.

Pourtant, entre 30 et 70 % de patients ne suivent pas leur traitement prescrit : ils sont dits « non compliant » ou « non observants ». Ainsi, 7 % seulement des diabétiques respecteraient correctement l'ensemble de leur prescription et 70 % des patients hypertendus ne sont pas contrôlés de manière satisfaisante.

Maladie chronique : la non-observance a un coût

La non-observance a un coût. Ainsi, le diabète de type 2 (ou diabète non insulino-dépendant) représenterait de 31,4 % à 35,6 % du coût des complications visuelles, de 14,7 % à 19,2 % du coût des complications cardiovasculaires et entre 5,6 % et 7,5 % du coût direct des complications cérébrovasculaires (accident ischémique). Ceci représente entre 0,64 % et 0,80 % des dépenses totales de soins et biens médicaux.

Il serait trop simple de rejeter ce constat uniquement sur le patient... La compliance se conçoit en termes d'alliance thérapeutique. Elle résulte d'une négociation entre soigné et soignant, aboutissant à un comportement thérapeutique et préventif librement consenti par le patient dans le contexte de sa propre maladie.

L'éducation du patient, c'est la nécessité d'apprendre ensemble

Pour le patient et le soignant, il s'agit d'apprendre à devenir partenaires, à partager les responsabilités dans un contrat thérapeutique, étape par étape, en acceptant des périodes de stagnation voire les rechutes. L'apprentissage à la gestion de la maladie par le patient est un processus global. Apprendre, pour le patient comme pour le soignant, est un long cheminement où maîtrise et prise de responsabilités seront quotidiennes. Pour le soignant, ceci implique une formation adaptée à une approche globale du patient et à l'éducation thérapeutique, avec une perte de son « pouvoir » et une confrontation à ses propres limites. Pour le patient, c'est l'apprentissage de la gestion de sa maladie, le soignant apparaissant comme simple ressource. D'une relation hiérarchique, le couple soignant-soigné va évoluer vers un véritable partenariat. Tant pour le soignant que pour le patient, les connaissances, les croyances en matière de santé et la représentation de la maladie, les expériences (succès et échecs) deviendront déterminantes dans l'évolution de la relation soignant-soigné.

Structurer des compétences en éducation thérapeutique

Si apprendre ensemble est la clé de la relation soignant-soigné dans la maladie chronique, encore faut-il des moyens pour que s'installe le concept d'éducation thérapeutique dans sa réalité, tant pour le patient que pour le soignant.

Alors qu'elle permet une amélioration des soins, une meilleure qualité de vie et des économies de santé, l'éduca-

tion thérapeutique n'est pas assez développée, parce que pas véritablement reconnue et valorisée. Une reconnaissance de l'éducation thérapeutique comme thérapeutique à part entière est nécessaire dans le traitement du diabète comme plus largement dans le traitement de toutes les maladies chroniques. À l'heure où se matérialise l'éducation thérapeutique du patient (voir à cet égard la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades), il est important que les hôpitaux structurent des lieux de compétences ressources dans ce domaine.

L'hôpital de Roubaix s'inscrit dans le réseau des hôpitaux promoteurs de santé. C'est dans ce contexte que se sont développées des actions de promotion de santé à l'hôpital, non seulement lors des journées nationales (journées du diabète, contre le sida ou antitabac) mais également dans des actions prolongées : aide à la prise en charge des personnels fumeurs, prévention des dorso-lombalgies pour le personnel paramédical et administratif par exemple.

L'hôpital, acteur de la politique territoriale de santé

L'histoire de l'hôpital de Roubaix, son implication dans l'éducation thérapeutique et la promotion de la santé l'ont fait passer progressivement d'une institution de soins classiques à une réelle institution partenaire de santé dans sa territorialité.

Depuis maintenant près d'un an, cet hôpital réfléchit avec d'autres institutions de territorialité (la ville de Roubaix, le Conseil général et la direction départementale des Affaires sanitaires

et sociales) à la mise en place d'un programme territorial de santé concernant l'alimentation : l'hôpital participe à la chaîne des soins mais également à la promotion de la santé.

C'est dans ce cadre que l'hôpital a développé une structure particulière dans le domaine médico-social : la Maison de santé. Dans un partage avec la ville et les médecins généralistes libéraux, cette Maison de santé doit permettre la prise en charge de consultations non programmées pour des patients chroniques se présentant aux urgences et ne nécessitant pas, *a priori*, d'hospitalisation.

L'hôpital, un partenaire de santé

L'hôpital est une étape décisive pour le patient chronique, dans le trajet de sa « réparation » ou de sa « stabilisation ». Cependant, du point de vue du malade, le passage au centre hospitalier n'est qu'un moment qui succède à d'autres, et surtout qui en préfigure de nouveaux dans l'histoire de sa maladie. Sa relation avec le médecin traitant de ville ou l'infirmerie libérale peut alors revêtir à ses yeux une importance plus grande qu'un séjour hospitalier.

Remplacer le patient dans son autonomie d'action par rapport à sa pathologie, en s'appuyant plus fortement sur les professionnels « en ville », exige de le percevoir dans son environnement. Selon sa capacité à comprendre et à adhérer à cette éducation, à faire

confiance aux soignants, l'acte prodigué aura un effet ou non. L'institution doit prendre en compte la culture, le milieu, éventuellement l'état d'esprit du patient, au-delà des paramètres physiques ou physiologiques. Elle doit également intégrer ou initier des réseaux de prise en charge.

Les limites classiques de l'hôpital s'estompent

La notion traditionnelle de service hospitalier ne répond plus à la dynamique engagée pour des raisons essentiellement pratiques. Les actions d'éducation demandent des coordinations multidisciplinaires et des moyens ou savoir-faire qui ne peuvent se démultiplier à l'infini : matériels de pédagogie, psychologues, diététiciennes, salles adaptées, etc.

Conceptuellement, l'hôpital perd la frontière nette construite après la guerre entre le site spécialisé réservé et la ville. S'y substituent trois zones de présence : - *le centre thérapeutique et diagnostique aigu* qui comprend le plateau technique, les urgences, les services en lits classiques, etc., appartient au domaine propre des professionnels hospitaliers ; - *une zone plus ouverte sur l'environnement*, qui comprend des structures et des moyens de consultation, de formation, de diététique, de rééducation et de réadaptation, etc. Cette zone est partagée avec les intervenants de santé non hospitaliers qui peuvent y agir comme co-acteurs dans la prise en

charge ou se former ;
- *la ville ou le territoire* où les professionnels hospitaliers mènent des actions en partenariat avec les autres acteurs sanitaires ou sociaux.

L'éducation conduit à partager des actions avec d'autres partenaires dans une dynamique inusitée, telles que des actions en réciprocité entre associations, institutions et l'hôpital, la mise en œuvre de structures partagées, la participation à des actions de prévention directe.

Un impact sur le financement et le fonctionnement de l'hôpital

L'hôpital est de plus en plus conduit à présenter ses projets sur une base de « qualité épidémiologique ». L'approche éducative ne permet plus la justification unique de l'utilisation des moyens en référence au volume d'activités classiques. Les objectifs s'expriment en fonction de la recherche de l'amélioration d'un état de santé en termes de morbidité et de mortalité (mortalité des hommes en Nord-Pas-de-Calais : moyenne d'âge inférieure de cinq ans à la moyenne nationale, notamment pour les décès par cancer des voies aériennes supérieures).

La problématique du partage de l'information, à propos d'un patient, entre les partenaires (y compris le patient) est partout prégnante (dossier commun, langage commun, communication des informations).

Un bond en avant récent en France

L'éducation thérapeutique a connu un bond majeur, notamment depuis la Conférence nationale de santé en 1999, grâce à la volonté d'hommes tels que le Pr Joël Ménard et le Pr François Bonnets de Paillerets, mais aussi grâce à une volonté politique à tous niveaux : associations de quartiers, ville-hôpital, institution régionale et ministère.

La discussion et la négociation devraient permettre d'établir des textes fondamentaux touchant aux pathologies chroniques, tels le Programme national nutrition-santé (PNSS). C'est ainsi que sont proposés le plan diabète, le plan asthme, le plan risque cardiovasculaire... avec une transversalité nécessaire à leur mise en place. Comme exprimé dans la circulaire de novembre

1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux, les professionnels de santé doivent réfléchir à une évolution des soins centrés sur le patient, sur la proximité et non sur la pathologie, s'orientant enfin vers la prévention puis vers des actions de santé publique.

Cette évolution implique une mise en commun des moyens au niveau d'une territorialité. Derrière le concept d'éducation du patient – traduit concrètement et avec succès à l'étranger comme en France – se profile une profonde modification du rôle attendu de l'hôpital. Inexorable, cette mutation est plus facilement perçue par les patients et par les professionnels extérieurs que par les hospitaliers eux-mêmes. Elle préfigure peut-être la prééminence d'une préoccupation de « bonne santé » sur une attente exclusive de « bons soins ». Ne devrions-nous pas mieux nous y préparer ?

François Maury

Directeur, Centre hospitalier de Roubaix,

Dr Jean-Louis Grenier

Coordinateur de la Fédération en éducation thérapeutique du patient,
Centre Hospitalier de Roubaix.

Bibliographie

- Grenier J.L. L'éducation du patient au cœur de l'organisation des soins dans le traitement des maladies chroniques : un nouvel enjeu pour l'hôpital. 74^e congrès de l'Union hospitalière du Sud-Est, Hyères, 14 et 15 juin 2001.
- Grenier J.L. *La transversalité, une nécessité pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient*. Journal Faxé de l'Endocrinologie, mai 2002.
- Grenier J.L., Steenhouwer F., Canva J.Y., et al. *L'organisation des soins dans la maladie chronique centrée sur l'éducation thérapeutique du patient : un nouvel enjeu pour l'hôpital : l'exemple de la Fédération en éducation du patient du CH de Roubaix*. Santé-éducation, Paris, 2002. Paris, Congrès DESG, 1^{er} février 2002.
- Grenier J.L., Martin J.P., Gheeraert P. *Du diabète au risque cardio-vasculaire une organisation des soins centrée sur l'éducation thérapeutique du patient... Vers un programme territorial de santé ! Les actualités en hypertension et prévention cardiovasculaire 2001 ; 13, 5 : 118-22.*

Repères pratiques

pour mettre en place un processus de promotion de la santé

**Comment aider les hôpitaux à développer et évaluer leurs projets de promotion de la santé ?
Voici des repères méthodologiques qui prennent en compte recommandations de l'OMS et difficultés quotidiennes du personnel.**

En référence à la Charte d'Ottawa (1), un projet de promotion de la santé ne se limite pas à la prévention des maladies ou à l'amélioration des soins. Il vise avant tout à renforcer la capacité que les personnes, individuellement et collectivement, ont d'agir sur les événements qui influencent leur santé et leur vie. De l'avis de nombreux experts (2-5), l'*empowerment* ainsi défini devrait être le premier critère d'efficacité d'une intervention de promotion de la santé.

Les hôpitaux qui s'engagent dans la promotion de la santé sont confrontés au défi de devoir se réorienter structurellement et culturellement vers la santé. Or, la littérature sur les hôpitaux promoteurs de santé fournit peu de repères méthodologiques précis et rigoureux pour mieux définir et mettre en œuvre cette réorientation, si bien que la promotion de la santé à l'hôpital se confond encore souvent avec des activités de réduction des risques, de prévention des maladies, de qualité des soins, etc. (6).

Quant à la littérature générale sur l'éducation pour la santé (7, 8), elle propose des repères méthodologiques sous la forme d'une série d'étapes à suivre pour la mise en œuvre d'un projet :

1. analyse des besoins
2. fixation des objectifs
3. définition du public cible
4. inventaire des ressources et des contraintes
5. définition des acteurs
6. mise en œuvre
7. évaluation.

S'interroger à partir de ce qui existe

Plutôt que d'initier systématiquement de nouveaux projets en suivant les étapes ci-dessus, il serait probablement plus efficace d'examiner ce qui existe déjà pour se demander « *comment les activités de soins ou de prévention des maladies qui se font déjà peuvent-elles être modifiées en vue d'acquiescer une dimension supplémentaire et ainsi devenir des activités de promotion de la santé ?* ».

En effet, s'il est souhaitable de développer le concept de promotion de la santé au sein de l'hôpital, il est important de respecter la culture de ceux qui y œuvrent pour le bien-être du patient, culture souvent centrée sur la maladie considérée comme le résultat de processus biologiques et génétiques. Ainsi, les soignants peuvent se sentir en difficulté à l'idée d'ajouter des activités de promotion de la santé à leurs activités habituelles de soins. L'enjeu devient dès lors de former ces soignants à « faire autrement » ce qu'ils font déjà, pour que leurs activités deviennent aussi des activités de promotion de la santé !

Pour mettre en œuvre un processus de promotion de la santé à l'hôpital, en conciliant l'exigence de rigueur méthodologique de la planification de projets avec les valeurs et axes stratégiques de la Charte d'Ottawa, les étapes suivantes peuvent être proposées (voir tableau 1).

Identification et mobilisation des intervenants

- Mise en place d'un groupe de travail intersectoriel et pluridisciplinaire, représentatif de l'ensemble de l'hôpital.
- Clarification des différents concepts énoncés dans la définition de la promotion de la santé, en particulier les concepts de participation et d'*empowerment*.

Définition de la population cible

Le programme des hôpitaux promoteurs de santé distingue quatre publics cibles possibles : les patients, le personnel, la communauté que dessert l'hôpital et l'organisation hospitalière, (en tant que système susceptible de changements).

Les projets hospitaliers de promotion de la santé devraient viser progressivement ces quatre publics ensemble. Soulignons que la santé et le bien-être du personnel sont d'une importance capitale, dans la mesure où il serait tout à fait contradictoire de demander au personnel de relayer auprès des patients et de la communauté une vision positive et constructive de la santé, si eux-mêmes ne vivent pas de cette manière leur propre santé sur leur lieu de travail.

Analyse des besoins

La participation conjointe des bénéficiaires d'un programme (population cible) et des intervenants concernés à l'analyse des besoins et à la formulation des objectifs du programme est un critère de qualité essentiel dans un processus de promotion de la santé. L'analyse des besoins se fait en comparant ce qui existe à la situation vers laquelle les acteurs (bénéficiaires et professionnels) souhaitent tendre.

Définition des objectifs

Afin que le projet soit réellement un projet de promotion de la santé, les objectifs doivent être pertinents au regard de la finalité d'*empowerment* définie par la Charte d'Ottawa. Pour cela, il est nécessaire de prendre conscience des facteurs déterminants de la santé sur lesquels on se propose d'agir, et de les formaliser clairement en termes d'objectifs d'apprentissage. Ces objectifs doivent, autant que possible, pouvoir s'intégrer aux activités existantes, en respectant le fonctionnement et la culture de l'hôpital.

Définition d'indicateurs valides

Au moment de définir les objectifs, il convient de définir des indicateurs permettant de mesurer leur atteinte au terme de l'intervention. La littérature fournit encore peu d'indicateurs (autres que cliniques et épidémiologiques) pour mesurer l'efficacité d'une intervention de promotion de la santé.

Pour définir des indicateurs valides, la question suivante peut être posée : « *comment pourra-t-on observer concrètement que les personnes ont augmenté, ou sont en train d'augmenter, leur capacité d'agir sur les facteurs retenus comme objectifs d'apprentissage dans le cadre de cette intervention ?* ».

Tableau 1. Les étapes d'un processus de promotion de la santé à l'hôpital

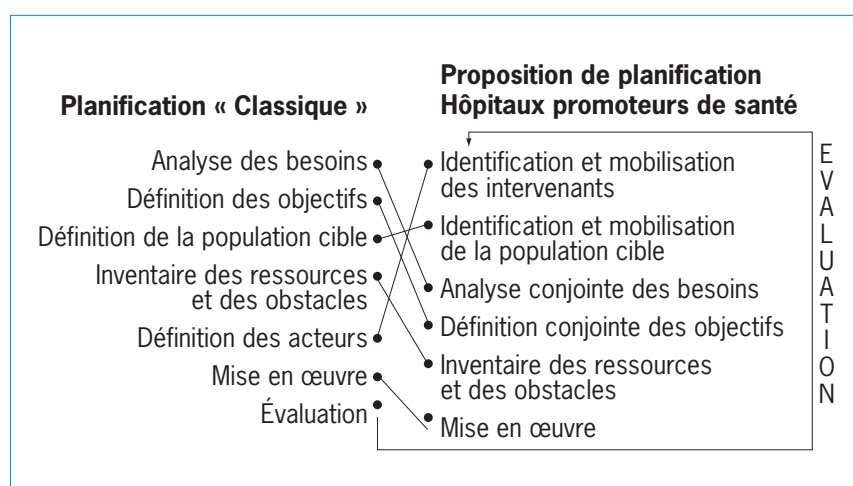


Tableau 2

Critères pour un hôpital promoteur de santé	A	B
Participation aux politiques de santé		
Aménagement d'environnements favorables à la santé		
Changements organisationnels ou structurels introduits pour favoriser le processus de promotion de la santé (= indicateur de réorientation des services de santé)		
Existence d'un groupe de travail intersectoriel et pluridisciplinaire qui définit les stratégies de développement de la promotion de la santé à l'hôpital		
Choix des facteurs déterminants de la santé sur lesquels l'hôpital se propose d'agir		
Définition d'indicateurs valides pour mesurer le niveau d' <i>empowerment</i> atteint par rapport aux facteurs précédemment définis		
Participation des publics cibles à l'analyse de leurs besoins et à la formulation des priorités et stratégies d'intervention		
Participation des acteurs concernés à l'analyse de leurs besoins et à la formulation des priorités et stratégies d'intervention		
Inventaire des ressources au sein de l'Institution, y compris identification des activités susceptibles de devenir « promotrices de santé »		
Développement de partenariats au sein de l'hôpital		
Développement de partenariats extra-hospitaliers		
Les 17 points de la Déclaration de Budapest (...)1		
Les Recommandations de Vienne (...)1 Etc. (liste non exhaustive)		
A : Où en est votre hôpital aujourd'hui ? Quels sont les exemples d'application de ces critères dans votre hôpital ?		
B : Vers quoi tend votre hôpital ? Quelles sont les projections et décisions pour l'avenir ? à quelle échéance ?		
1. voir dans ce dossier l'article Les hôpitaux promoteurs de santé, un réseau en développement (12) d'après (13)		

Inventaire des ressources et des obstacles

L'accent devra être mis sur les ressources plutôt que sur les obstacles, y compris en termes de compétences. Au moment de choisir des priorités d'action, il est souhaitable de privilégier une action dont les ressources existent déjà ou seront disponibles à court terme, au détriment d'une action – même pertinente – qui ne disposerait pas des ressources suffisantes. En effet, le processus de promotion de la santé est susceptible d'être entravé de manière plus durable par un sentiment d'échec consécutif à l'interruption d'un projet que par un sentiment de frustration occasionné par le report provisoire du projet.

La même démarche d'inventaire des ressources et des obstacles est à appliquer au public cible.

Mise en œuvre du projet

Suivant les facteurs déterminants de la santé retenus comme objectifs de promotion de la santé et suivant le ou les public(s) visé(s), les activités peuvent prendre la forme de mesures de protection de la santé, d'actions d'éducation pour la santé et d'actions de formation.

Se préoccuper en permanence du suivi et de l'évaluation

La question du suivi et de l'évaluation devrait être une préoccupation tout au long de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de promotion de la santé.

En effet, il est important de comprendre qu'évaluer ne signifie pas seulement « mesurer la valeur » à la fin d'une intervention pour juger si les objectifs ont été atteints ou non. Ce type d'évaluation, sommative, qui répond aux questions : « *Les effets observés correspondent-ils aux objectifs que nous avions énoncés au démarrage du projet ?* » (évaluation des résultats) ou « *Pouvons-nous observer des effets qui n'étaient pas prévus au démarrage du projet ?* » (évaluation de l'impact). Il existe une autre forme d'évaluation, tout aussi importante, qui est l'évaluation formative. Celle-ci permet de décrire comment et pourquoi un programme fonctionne ou ne fonctionne pas (évaluation du processus). Cette forme d'évaluation se met en place dès la phase de conception d'un projet et exige une participation de l'ensemble

des acteurs, intervenants et bénéficiaires, du programme. L'évaluation formative permet de réajuster et de réorienter un projet à tout moment.

Enfin, la promotion de la santé se définissant plus comme un processus que comme un état à atteindre, un hôpital promoteur de santé peut souhaiter disposer d'un outil d'évaluation formative pour faire le point à tout moment sur là où il en est, sur ce vers quoi il tend par rapport aux critères de la Charte d'Ottawa, de la Déclaration de Budapest et des Recommandations de Vienne (1, 9, 10). Le *tableau 2* en page ci-contre propose ces critères à titre indicatif. Par expérience, il est souhaitable que les acteurs concernés établissent leurs propres critères d'efficacité qui,

compte tenu de leur contexte d'intervention et de leurs objectifs, leur paraissent prioritaires (11).

Isabelle Aujoulat¹

Dr François Martin²

Alain Deccache¹

1. Unité d'éducation pour la santé et d'éducation du patient Reso, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

2. Unité de prévention et d'éducation, Hôpital de Dreux, France.

Extrait d'une communication faite en séance plénière lors de la 5^e conférence nationale des Hôpitaux promoteurs de santé en Italie, Sanremo, 3 et 4 décembre 2001 (6).

Références bibliographiques

- (1) Who-World Health Organisation. *Ottawa. Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
- (2) Kelleher C. Evaluating health promotion in four key settings. In : Davies J.K., MacDonald G. *Quality, evidence and effectiveness in health promotion. Striving for certainties*. Routledge, London and New-York, 1998 : 47-67.
- (3) Nutbeam D. Health promotion effectiveness – the questions to be answered. In : *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe. Part two : evidence book*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, Luxembourg, second edition January 2000 : 1-11.
- (4) Rootman I., et al. (directed by). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. WHO regional publications, European series, 2001, n° 92.
- (5) Ziglio E. *How to move towards evidence-based health promotion interventions?* Promotion & Education 1997/2 ; IV.
- (6) Aujoulat I. Metodologia della progettazione HPH. V° Conferenza Nazionale degli Ospedali per la promozione della salute "Partecipare, promuovere, prevenire : la sanità per la salute". Sanremo, 3-4 Dicembre 2001.
- (7) Baudier F. *Éducation pour la santé : guide pratique*. Besançon, CDES-Adeesse, 1987 : 178 p.
- (8) Bury J. A. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. De Boeck Université (coll. Savoirs et Santé), 1988 : 235 p.
- (9) WHO-World Health Organisation. *Budapest declaration*. Copenhagen : WHO Europe, 1991.
- (10) WHO-World Health Organisation – Ludwig Boltzmann Institut. The Vienna recommendations on health promoting hospitals, April 1997. In : *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg : Health Promotion Publications, 1998 : 285-8.
- (11) Deccache A., Laperche J. Paradigms, values and quality criteria in health promotion: an application to primary health care. In : Davies J.K., MacDonald G. *Quality, evidence and effectiveness in health promotion. Striving for certainties*. Routledge, London and New-York, 1998 : 149-64.
- (12) Aujoulat I., Le Faou A-L, Sandrin Berthon B., Martin F., Deccache A. *Implementing health promotion in health care settings: conceptual coherence and policy support*. Patient Education and counselling 2001 ; 45 : 245-54.
- (13) Lechien X. *Proposition de méthodologie pour mettre en place une évaluation de qualité au sein des Villes sans tabac*. 3^e conférence européenne sur l'efficacité : L'évaluation de qualité en promotion de la santé et en éducation pour la santé. Turin, 12-14 septembre 1996.

Hôpital sans tabac : l'aide au sevrage tabagique

L'hôpital est un lieu-clé pour le sevrage tabagique des patients.

Anne-Laurence Le Faou propose plusieurs actions pour un combat à long terme.

Promouvoir la santé à l'hôpital peut apparaître soit inadapté à la mission de soins qui est la sienne, soit implicite. Mais si ce concept tend à s'inscrire dans la politique hospitalière française, c'est, d'une part, pour éviter que santé et médecine ne soient considérées comme synonymes et, d'autre part, pour s'appuyer sur les hôpitaux – dont le poids politique est considérable – pour réorienter les systèmes de santé vers la promotion de la santé.

La prise en charge de la consommation de tabac est à cet égard exemplaire. Bien que cette consommation soit à l'origine de la majorité des décès prématurés en France (1), des carences dans l'organisation du système de soins vis-à-vis des patients présentant des pratiques addictives ont été relevées (2, 3). Pour y pallier, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de 1999 avait insisté sur la nécessité d'organiser au sein de l'hôpital des réponses coordonnées et une politique générale de lutte contre les dépendances. La circulaire du 3 avril 2000 a préconisé le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie ainsi que d'unités de coordination de tabacologie (4). Cette mesure correspond au point 4 de la Charte «Hôpital sans tabac» et constitue un élément-clé de la stratégie pour un hôpital sans tabac (5).

Le sevrage tabagique des patients hospitalisés

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé préconise le développement des aptitudes individuelles, permettant un meilleur contrôle de l'individu sur sa santé (développement de l'information et de l'éducation à la

santé), et la réorientation des services de santé vers la promotion de la santé (6). Les objectifs des hôpitaux promoteurs de santé permettent de mettre en œuvre des politiques nationales et locales et dans ce contexte, le sevrage tabagique représente un enjeu majeur (7). Toutefois, cette démarche est limitée par les facteurs suivants :

- sa non-reconnaissance au sein des hôpitaux (services de spécialités cloisonnés) ;
- les modalités de financement des hôpitaux en fonction des actes techniques (Programme de médicalisation des systèmes d'information) ;
- la scission financière entre l'hôpital et la médecine de ville ;
- les obstacles méthodologiques pour l'évaluation des projets.

Pourtant, il faut contourner la difficulté pour s'engager positivement dans des travaux de promotion de la santé à l'hôpital en abordant une question de santé publique majeure, le tabagisme. En effet, les données publiées en 2002 par le Haut Comité de la santé publique montrent l'intérêt capital de la prévention (8).

L'hôpital est considéré comme un lieu-clé du sevrage (9). À cela, plusieurs raisons :

- l'arrêt est facilité dans un environnement où le fait de fumer est restreint ou prohibé ;
- l'hospitalisation est associée à un sentiment de vulnérabilité encourageant les patients à examiner leur santé et leur mode de vie de façon approfondie ;
- l'organisation de l'hôpital fournit des occasions d'être conseillé par les personnels de santé ;
- les patients sont accessibles sans problème de temps et de transport.

Des programmes se sont adressés soit à des groupes ciblés (pathologies cardiaques), soit à l'ensemble des personnes hospitalisées. Ils se sont appuyés sur une intervention paramédicale après formation des personnels et ont témoigné d'une efficacité dans la prise en charge du tabagisme durant le séjour du patient (10-14). Pour un arrêt à long terme, les programmes incluant une consultation avec un médecin spécialisé, des entretiens avec une infirmière spécialement formée et un suivi téléphonique régulier après sortie ont été les plus efficaces. (15). Le rôle de l'infirmière est primordial (13, 14). Le suivi téléphonique est aussi important pour éviter les rechutes qui sont fréquentes dans les quatre mois suivant la sortie (15-17). À court terme, le succès est lié à l'usage d'une substitution nicotinique adaptée débutée pendant l'hospitalisation (16-18).

Or, la substitution nicotinique est encore trop peu souvent proposée aux fumeurs hospitalisés (15) et seule une faible proportion de fumeurs est sollicitée pour une aide structurée à l'arrêt prolongé du tabac (16, 19).

Des pré-requis indispensables à la prise en charge

- Les structures doivent être définies pour garantir l'animation et le suivi par :
 - l'identification d'un coordinateur ;
 - la mise en place d'un groupe de travail multidisciplinaire qui se réunit pour assurer le suivi de l'activité. Il s'agit, en général, du Comité local de lutte contre le tabagisme (CLLT) ;
 - l'existence de termes de références (objectifs, moyens, résultats) pour ce groupe de travail.

- Un plan d'action doit être écrit et révisé régulièrement. Il comprend : la définition des objectifs ; la mention des critères de succès ; l'identification des ressources nécessaires pour être mené à bien ; les besoins en formation du personnel ; le suivi du plan d'action au regard des critères de succès définis initialement ; l'évaluation d'un certain nombre d'activités du plan ; l'implication des représentants du personnel dans la préparation du plan ; la recherche d'avis spécialisés (comité départemental ou régional d'Éducation pour la santé, caisses d'Assurance maladie, équipe de santé publique).

- La communication avec le personnel peut se faire via les étapes suivantes :
 - mener une enquête auprès du personnel sur son tabagisme et sur ses besoins dans ce domaine ;
 - favoriser l'émergence de projets issus du personnel (prix, jeu, etc., dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le tabac) ;
 - mettre en place un système de communication avec le personnel (mail, etc.) ;
 - placer un panneau d'information sur les activités anti-tabac ;
 - inclure des informations sur la lutte contre le tabagisme dans le journal interne et les réunions d'équipe ;
 - diffuser les comptes-rendus du CLLT dans tous les services (avec les fiches de paye par exemple).

- La communication vis-à-vis des visiteurs et des patients doit permettre l'accès aisé à des brochures d'information sur le tabac. Des posters sont exposés dans les couloirs et les endroits publics et le CLLT met en place des actions pour accompagner la journée mondiale anti-tabac.

Des mesures progressives liées au sevrage tabagique

Un certain nombre de mesures peuvent être introduites progressivement :

- avertissement sur tabagisme dans les brochures hospitalières d'admission avec les coordonnées de l'unité de coordination tabacologique ;
- distribution de posters et brochures sur les dangers du tabac et les avantages de l'arrêt ;
- enregistrement du statut tabagique du patient dans son dossier médical ;
- mention des conseils de cessation du tabac dans le dossier médical et dans

la lettre de sortie du patient ;

- étude pour évaluer la proportion des patients qui ont arrêté de fumer dans deux groupes : l'un ayant reçu l'information sur le sevrage tabagique, l'autre ayant bénéficié de substituts nicotiques durant l'hospitalisation.

Un combat à long terme

La stratégie d'un hôpital sans tabac est un « combat » à long terme. L'aide au sevrage des patients hospitalisés constitue l'un des volets de cette stratégie. Enfin, les contraintes de l'accréditation constituent un atout. La référence « organisation de la prise en charge » com-

prend deux critères « tabac » : l'établissement met en œuvre une politique de prévention du tabagisme et le patient bénéficie des actions d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins, notamment prévention et sevrage du tabagisme... Méthodes, outils et évaluation sont les éléments de la réussite.

Dr Anne-Laurence Le Faou

Maître de conférences des universités-Praticien hospitalier, responsable de l'Unité de liaison d'addictologie, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris.

Références bibliographiques

- (1) Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 1994-1998*. Paris : La Documentation Française, 1998 : 310 p.
- (2) Reynaud M., Parquet P.J., Lagrue G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendances aux substances psycho-actives*. Paris : Odile Jacob, 2000 : 274 p.
- (3) Reynaud M., Parquet P.J. *Les personnes en difficulté avec l'alcool*. Paris : CFES, coll. Dossiers techniques, 1999 : 294 p.
- (4) Circulaire DH/E02/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.
- (5) Brucker G., Borgne A., Sandrin Berthon B., Tessier S. (sous la dir. de). *Guide de l'hôpital sans tabac*. Paris : CFES, coll. La Santé en action, 1999 : 128 p.
- (6) *Ottawa Charter for Health Promotion*, World Health Organisation, Copenhagen, 1986.
- (7) Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C. *The health promoting hospital (HPH): concept and development*. Patient Education and Counseling 2000 ; 45 : 239-43.
- (8) Haut Comité de la santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation Française, 2002 : 410 p.
- (9) Stevens V.J., Glasgow R.E., Hollis J.F., Lichtenstein E., Vogt T.M. *A smoking-cessation intervention for hospital patients*. Med. Care 1993 ; 31 : 65-72.
- (10) Dornelas E.A., Sampson R.A., Gray J.F., Waters D., Thompson P.D. *A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction*. Prev. Med. 2000 ; 30 : 261-8.
- (11) Miller N.H., Smith P.M., Debusk R.F., Sobel D.S., Taylor C.B. *Smoking cessation in hospitalized patients*. Arch. Inter. Med. 1997 ; 157 : 409-415.
- (12) Munafo M., Rigotti N., Lancaster T., Stead L., Murphy M. *Interventions for smoking cessation in hospitalized patients : a systematic review*. Thorax 2001 ; 56 (8) : 656-63.
- (13) Taylor C.B., Miller N.H., Herman S., et al. *A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers*. Am. J. Public Health 1996 ; 86 : 1557-60.
- (14) Johnson J.L., Budz B., Mackay M., Miller C. *Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease*. Heart Lung 1999 ; 28 : 55-64.
- (15) France E.K., Glasgow R.E., Marcus A.C. *Smoking interventions among hospitalized patients : what have we learned?* Prev. Med. 2001 ; 32 : 376-88.
- (16) Polednak A.P. *Hospital-based smoking cessation programs: a statewide survey*. Connecticut medicine 2000 ; 64 (11) : 683-685.
- (17) Emmons K.M., Goldstein M.G., Roberts M. et al. *The use of nicotine therapy during hospitalization*. Ann. Behav. Med. 2000 Fall ; 22 (4) : 325-9.
- (18) Rigotti N.A., Arsten J.H., McKool K.M., Wood-Reid K.M., Pasternak R.C., Singer D.E. *Efficacy of smoking cessation program for hospital patients*. Arch. Intern. Med. 1997 ; 157 : 2653-60.
- (19) Stevens V.J., Glasgow R.E., Hollis J.F., Mount K. *Implementation and effectiveness of a brief smoking intervention for hospital patients*. Med. Care 2000 ; 38 : 451-9.

Une suite de petits pas au Centre hospitalier de Roubaix. Vingt ans déjà...

L'hôpital de Roubaix a mis en place, dès 1982, un important dispositif d'éducation du patient diabétique. Ce « modèle », peu à peu élargi à d'autres pathologies, a permis la création en 2001 d'une Fédération d'éducation du patient.

L'appel à projet national relatif à l'éducation thérapeutique des malades chroniques (asthme, diabète, maladies cardio-vasculaires) constitue une opportunité pour partager l'expérience du centre hospitalier de Roubaix. Cet appel à projet est le signe d'un début de reconnaissance de cette discipline.

C'est dans un contexte épidémiologique favorisant une réflexion de fond que des actions, modestes d'apparence, ont été menées depuis vingt ans. C'est cette expérience qui a permis la création d'une Fédération d'éducation du patient, qui souligne l'intérêt de la transversalité dans le développement d'une culture commune aux soignants en éducation du patient et en promotion de la santé.

Des actions modestes mais toujours cohérentes

« Notre région est en mauvaise santé, quels que soient les indicateurs utilisés pour la mesurer » (L. Spinosi, ORS, 1997). Très tôt, devant la mise en évidence de l'insuffisance de la seule réponse curative, le centre hospitalier propose des réponses expérimentales. Ainsi, le Centre d'éducation et de traitement du diabète et des maladies nutritionnelles (Cetradimn) est créé en 1982. C'est la première structure en France offrant une prise en charge des soins globale à la personne souffrant de diabète. Le centre propose des semaines thématiques au cours desquelles les personnes apprennent les gestes élémentaires de sécurité, découvrent la

gestion nutritionnelle, s'essayent à l'adaptation de leurs doses d'insuline. Les activités sportives et un groupe de parole viennent étayer un programme complet de prise en charge.

Une association se crée en parallèle, l'Institut de recherche et de promotion en éducation du patient et en formation du soignant (Irpeps), qui organise des séminaires de réflexion sur cette thématique. C'est dans ce climat propice que le Centre hospitalier de Roubaix adhère en 1992 au réseau national des hôpitaux promoteurs de santé, avec pour objectif le développement de la promotion de la santé à l'hôpital auprès des soignés, comme des soignants.

Dans le même temps, deux services hospitaliers rejoignent cette démarche en créant leur prise en charge éducative : le service de médecine physique et de réadaptation avec une école pour personnes lombalgiques, le service de pneumologie avec une école du souffle pour adultes asthmatiques.

Toujours plus d'actions

En février 2001, cette dynamique de terrain aboutit à la création de la Fédération d'éducation du patient. Celle-ci regroupe à ce jour dix services inscrits et des partenaires « transversaux », comme les diététiciennes, les assistantes sociales ou la cellule « saturnisme ».

Fruit d'une dynamique interne et d'une décision stratégique, point de ren-

contre entre monde médical et sphère politique, la Fédération d'éducation du patient émerge de la culture hospitalière locale pour mettre en valeur le travail, les valeurs et l'éthique de l'éducation thérapeutique, au service des personnes souffrant de pathologies chroniques.

Dans la logique du projet d'établissement, un directeur référent a été nommé. Il participe à toutes les instances de fonctionnement. Un cadre de santé à mi-temps épaula les projets en construction et travaille au développement de ce secteur au centre hospitalier. Des locaux et des moyens spécifiques sont actuellement à l'étude.

De nouvelles actions ont été mises en place : l'éducation du patient souffrant d'hépatite C, le programme « Pique et Choux » pour les enfants diabétiques insulino-dépendants, la prise en charge de l'obésité en thérapie de groupe, l'atelier de diététique et de cuisine. D'autres projets sont en cours d'élaboration : l'auto-surveillance de la tension chez les hypertendus, l'accompagnement thérapeutique des dialysés, l'accompagnement au retour à domicile des personnes précarisées.

Un travail en réseau

L'éducation du patient ne peut exister, et aboutir à des actions efficaces, sans un travail en réseau avec des partenaires extérieurs : la médecine libérale, la ville, les partenaires institutionnels comme le conseil général ou le

sur le long terme. Le service de communication du centre hospitalier de Roubaix poursuit cet objectif et accompagne l'élaboration d'affiches, d'outils pédagogiques spécifiques. « *Expressions* », le journal interne, ouvre régulièrement ses pages aux actions de santé publique de proximité. Bientôt, la Fédération éditera un document de quatre pages entièrement consacré à ses travaux avec articles de fond, glossaire, actualités, méthodologie et pédagogie. Elle met en avant cette adhésion institutionnelle à chaque occasion : stand, articles, animation de conférence, etc.

Cette culture « santé publique » s'ancre également à l'Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) du Centre hospitalier. L'Ifsi, véritable innovateur, propose une formation de quarante heures en éducation du patient, inspirée des méthodes enseignées à Grimentz et respectant la méthodologie préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En complément d'une formation initiale rigoureuse et riche dans l'enseignement de la santé publique, l'Ifsi ouvre ses cours aux soignants intéressés par le sujet. L'éducation du patient est bien sûr devenue un objectif prioritaire de la formation continue depuis 2000.

Une démarche toujours en recherche de moyens

Depuis vingt ans, le Centre hospitalier de Roubaix a élaboré une démarche qui se prête à la généralisation d'une expérience transversale : la construction journalière d'une véritable culture en éducation du patient et en promotion de la santé. Cette culture est soutenue et inscrite au projet d'établissement par la Direction.

Cette démarche, en adéquation avec les missions actuelles d'un établissement de santé, dans une problématique territoriale complexe, reste en recherche permanente des moyens de sa reconnaissance et de son développement.

Pour la Fédération en éducation du patient du Centre hospitalier de Roubaix :

Jérémy Veillard

Directeur référent,

Yannig Joubrel

Responsable de la communication,

Marie-Pierre Vandaele

Cadre de santé.

conseil régional, la caisse régionale d'Assurance maladie.

Complémentaire de l'éducation thérapeutique, la promotion de la santé au centre hospitalier se décline dans des actions comme le sevrage tabagique, la prévention des lombalgies, la gestion du stress du personnel hospitalier, etc.

C'est donc un travail de petits pas, accompli par un réseau interne et externe dans un cadre cohérent et structuré. À titre d'exemple, on peut citer le travail universitaire novateur mené à partir du centre hospitalier sur un système d'évaluation d'indicateurs de qualité de

vie, pour des patients atteints d'une pathologie chronique. Ces indicateurs – une fois validés – renforceront une évaluation de l'impact de nos actions.

Chaque action vient donc s'intégrer, soit dans un programme régional de santé, soit dans un réseau de soins déjà existant, ou encore vient offrir un soutien de compétences à un projet institutionnel extérieur.

Une véritable culture d'entreprise

Il est fondamental que l'ensemble du personnel s'approprie ce type de démarche pour faire vivre les projets

Hôpital de Douai : les soignants s'expriment

Les réflexions des soignants et les propositions d'une Unité transversale d'éducation ont permis d'élaborer une formation autour de la relation soignant-soigné.

L'équipe soignante pluridisciplinaire (médecins, diététicienne, infirmières, aide-soignantes, psychologue, éducateur médico-sportif) du service d'endocrinologie du Centre hospitalier de Douai travaille essentiellement sur l'obésité, les troubles du comportement alimentaire et le diabète. L'éducation du patient et de son entourage, essentielle, la questionne sur sa pratique :

- quelle attitude adopter devant un patient opposant ou agressif ?
- pourquoi un patient ne met-il pas en pratique ce qu'il a appris lors des séances d'éducation ?
- comment faire quand la maladie et ses complications sont vécues comme une fatalité par le patient ?
- comment rendre actrice la famille dans le suivi du patient ?

La prise en charge psycho-éducative par les soignants s'impose comme complément des activités d'éducation du patient diabétique. Mais comment prendre en compte cette dimension ? Quelle démarche utiliser lorsque la pratique biomédicale montre ses limites ? Quelle organisation pluridisciplinaire adopter pour améliorer cette éducation du patient au sein du service ?

Une analyse des pratiques des soignants

Au sein du centre hospitalier, des professionnels de la maladie chronique (médecins, infirmières, diététiciennes) se mobilisent pour monter une Unité transversale d'éducation des maladies chroniques. Leur objectif n'est pas de faire du soin éducatif direct, mais avant tout de sensibiliser les soignants à la démarche éducative et d'aider les équipes dans la conception de programmes éducatifs.

À partir d'une analyse des pratiques, cette unité transversale constate que les soignants se heurtent en permanence aux difficultés d'ordre existentiel ou psychoaffectif des patients. Ne disposant souvent que de réponses biomédicales, ils sont mal armés pour y faire face. Pourtant, ces soignants sont les mieux placés pour aider le patient à progresser dans l'autogestion de sa maladie. Il apparaît donc indispensable qu'ils puissent bénéficier d'une assistance spécialisée en formation continue mais aussi d'un soutien psychopédagogique à l'éducation du patient.

Une formation autour de la relation soignant-soigné

Les réflexions de soignants et les propositions de l'unité transversale ont permis d'élaborer une formation continue – « Communication et psychopédagogie pour l'éducation du patient » – destinée aux diverses équipes soignantes travaillant (ou souhaitant travailler) l'éducation du patient.

Cette formation avait pour objectifs de :

- fournir des bases de psychopédagogie aux soignants pour leur permettre de les intégrer d'emblée dans leurs projets d'éducation du patient ;
- repérer et maîtriser les défauts de communication interpersonnelle afin de favoriser une relation soignant-soigné de qualité, facilitant la mise en place du processus éducatif ;
- maîtriser quelques techniques d'animation de groupe pour une pédagogie propre à l'éducation du patient.

La formation s'est déroulée sur six mois (une journée toutes les trois semaines) pour un groupe de huit à douze soignants (infirmières, aide-soignantes,

diététiciennes, médecins, cadres infirmiers) de différents services hospitaliers. Elle se veut interactive, pédagogique, dynamique, pratique et adaptée aux besoins et à la progression du groupe.

Elle comprend trois volets (choix issu des demandes des soignants) :

- la communication interpersonnelle et ses difficultés ;
- les aspects psychopédagogiques de la prise en charge de la personne atteinte de maladie chronique ;
- les techniques d'animation de groupe et éducation du patient.

Un bilan très positif

Le bilan de cette formation est positif :

- la pratique quotidienne des soignants s'est enrichie du modèle holistique de la prise en charge du patient ;
- des projets d'éducation de groupe sont en cours de réalisation dans différents services ;
- les soignants parlent même de modification de leurs attitudes auprès des patients et au sein de l'équipe soignante ;
- des projets d'action pour les familles de patients se définissent ;
- des journées à thème sont programmées régulièrement, en fonction des besoins des patients : éducation des enfants diabétiques en pédiatrie, « mieux gérer son asthme » en pneumologie, « pied diabétique », « pompes à insuline » en diabétologie, etc.

Il ne s'agit plus aujourd'hui de donner de l'information seule ou de chercher à convaincre un patient, mais d'une éducation du patient prenant en compte tout ce qui le caractérise : facteurs psychologiques, culturels, sociaux, professionnels, familiaux, environnementaux.

taux, etc. Enfin, une cohésion dans la prise en charge éducative se construit dans les équipes, mais également entre services, avec un même projet et un langage commun.

Un tel chantier prend forme et s'enrichit chaque jour de nouvelles perspectives : prenons-en pour dernier exemple la création d'un réseau sur la prise en charge des maladies chroniques et des soins palliatifs en ville sur le Douaisis, qui propose une passerelle entre cette dynamique hospitalière et la ville.

Marie-Colette Ferreira
Psychologue, Lomme.

Aider à la réinsertion de l'enfant, c'est aussi un projet de santé

Le projet de santé ne s'arrête plus aux portes de l'hôpital. Une fois l'enfant sorti, sa réinsertion dans la vie normale est primordiale et, de ce fait, devient un projet de santé. Pour répondre à cette nécessité, un groupe de parents a créé l'association Tête en l'air avec le soutien du service de neurochirurgie pédiatrique de l'hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) et de l'institutrice du service, Françoise Laroussinie.

Avec les nouvelles techniques d'imagerie médicale et opératoire, les séquelles post-opératoires ont considérablement diminué en neurochirurgie pédiatrique. Au-delà de la survie de l'enfant, c'est de la qualité de sa vie dont il est aussi question.

Le problème majeur de ces enfants : la scolarité

Les enfants soignés en neurochirurgie ont souvent un parcours scolaire douloureux et chaotique. Ils souffrent de difficultés cognitives affectant la mémoire, le rythme de travail, l'attention, la motricité fine avec souvent des troubles neurovisuels entraînant des difficultés de repérage spatial. Depuis plusieurs années, l'approche neuropsychologique permet de mieux cerner ces différents troubles, de mieux les prendre

en charge et de mieux les prévenir. Ces difficultés cognitives hétérogènes, complexes et déroutantes, sont mal connues voire ignorées des enseignants. Ces enfants ne rentrent dans aucune case de prise en charge existante : ils ne sont ni handicapés moteurs, ni déficients visuels, malgré leur maladresse et leurs difficultés de repérage. Ils sont gênés dans leurs apprentissages mais ne sont pas déficients intellectuels, et une orientation vers des structures spécialisées les prive de sources d'apprentissage et réduit leurs chances d'insertion sociale et professionnelle.

L'insertion scolaire est une réponse...

Les textes de l'Éducation nationale favorisent l'intégration scolaire des enfants en permettant l'aménagement des

emplois du temps, des modes d'apprentissage diversifiés et la présence à l'école d'intervenants extérieurs. Des plans d'accueil individualisé (ou des conventions d'intégration) peuvent être organisés pour ces enfants. Les rééducations sont déterminées à partir des bilans neuropsychologiques, orthophoniques et neurovisuels. Ces prises en charge sont placées sur le temps scolaire.

...mais le soutien scolaire est indispensable

Ce soutien doit être mis en place pour plusieurs raisons :

- les connaissances de l'enfant doivent être régulièrement étayées ;
- l'enseignant doit observer finement l'enfant pour comprendre la raison des échecs et découvrir avec lui la stratégie d'apprentissage la plus efficace.

Pour des centres d'information sur les soins à l'hôpital

Tim Greacen imagine ici une utopie où le patient aurait un réel accès à l'information médicale le concernant.

Madame F. s'informe...

Après une consultation initiale, un examen, une biopsie, le médecin du service d'oncologie annonce à Madame F. qu'elle a un cancer du sein.

Bouleversée, elle n'enregistre que la moitié de ce que le médecin lui explique. Il lui propose une mastectomie, de la radiothérapie, une chimiothérapie. Cela devra commencer dès la semaine suivante. Elle reconnaît les mots, sans en comprendre les détails. Elle imagine le pire. Elle essaie de se représenter une mastectomie. Elle va être comment ? Comment sera la cicatrice ? Comment vivre sans ses seins, comment s'habiller ? Et son mari ? Elle pense à ses enfants. Comment leur expliquer ? Et les risques ? Va-t-elle survivre ? Combien de temps ?

Elle pose une ou deux questions au médecin et lui est reconnaissante de ses réponses qui la réconfortent. Elle n'a pas le courage de lui en poser d'autres. Elle sait qu'il est en retard ; il a pris quarante minutes avec elle et la salle d'attente était pleine de femmes dont certaines avaient l'air vraiment malades. Mais, avant de prendre congé, il lui explique qu'elle va sans doute avoir d'autres questions avec le temps et au fur et à mesure des traitements. Il lui dit qu'il est important qu'elle comprenne ce qui va se passer, qu'elle se prépare, qu'elle soit au courant des différentes options pour qu'ils puissent choisir ensemble la stratégie qui sera la meilleure pour elle.

Il ajoute que l'hôpital a mis en place un centre d'information pour les

patients : des brochures, une bibliothèque, des ordinateurs à écran tactile pour poser ses questions à elle, au rythme qu'elle voudra les poser ; des infirmiers médiathécaires pourront l'aider à l'utiliser, lui expliquer des choses si elle en a besoin. Elle pourra venir quand cela lui convient. L'infirmière en charge des rendez-vous va lui montrer comment faire.

En effet, chaque jour porte son nouveau lot d'interrogations. Madame F. se rend dès le lendemain au rendez-vous que l'infirmière lui a fixé. Il y a cinq ou six autres personnes devant des ordinateurs, des gens qui lisent des livres. L'ambiance est feutrée, rassurante, discrète. On lui montre comment utiliser l'écran tactile : c'est plus facile qu'elle ne le pensait. Le programme a été conçu par le service d'oncologie de l'hôpital : il y a même des photos du service, des salles de soins de l'hôpital. Elle voit le mot « mastectomie » mais elle n'a pas le courage de regar-

der pour l'instant. Ça peut attendre. D'abord, elle va se renseigner sur la fréquence de cette maladie. Combien de femmes l'ont. Elle découvre qu'il existe des stades différents. Voilà une question pour le médecin : je suis à quel stade ? Elle interroge l'infirmière médiathécaire qui lui montre comment accéder à son dossier médical. Stade 2. Elle se renseigne. La plupart des femmes découvrent leur cancer au stade 2. C'est grave, il faut agir, mais ce n'est pas trop tard. Elle prend une pause pour réfléchir, va prendre un café dans la rue hospitalière. Elle revient à la charge. Ça va prendre combien de temps tous ces traitements ? Vais-je pouvoir continuer à travailler ? Le médecin lui en avait parlé mais elle a oublié ce qu'il a dit exactement. Et ses seins ? Les gens vont-ils remarquer ? Elle décide de suivre le conseil inscrit sur l'écran et de préparer une liste de questions pour son prochain rendez-vous avec le médecin.

La récente loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé ne fait qu'inscrire dans les textes une vérité que nous ressentions en milieu associatif depuis un certain temps : si l'acte médical sans une information loyale préalable a toujours été difficilement acceptable pour le patient, il l'est également de moins en moins pour le corps médical. Aujourd'hui, les médecins commencent véritablement à prendre en compte les enjeux éthiques, mais également cliniques, d'un vrai partage avec les patients des informations concernant le diagnostic et le choix des traitements.

Information : des attentes différentes

Si les acteurs du système de santé exigent dorénavant une information de qualité sur les soins proposés, ils ont, dans le même temps, des attentes différentes quant à la nature de cette information. Ces attentes vont varier non

seulement selon l'individu, le contexte social, le lieu, mais également selon le moment dans le parcours de vie d'un patient, voire d'un moment à l'autre dans le processus d'intégration de chaque nouvelle démarche de santé personnelle.

Ainsi, bien que le dialogue entre patient et médecin soit le moyen privilégié pour une information personnalisée et une prise de décision adaptée concernant l'acte de soins, la consultation médicale, limitée dans le temps, n'a pas forcément lieu au moment où le patient est à même d'intégrer les informations dont il a besoin. Bon nombre de patients sortent de consultation avec des questions qu'ils ont oublié de poser, qu'ils n'ont pas eu le courage de poser ou qu'ils ne considéraient pas comme suffisamment importantes pour être abordées. D'autres, sous le choc de l'annonce ou fatigués par la maladie n'ont pas pu bien écouter les explications du médecin.

Et une fiche d'information, à rapporter à la maison voire, éventuellement, à signer par le patient pour souligner l'importance des enjeux ? On ne peut en toute honnêteté plaquer ni la même information ni la même méthode d'information sur tous les patients, et cela même s'ils ont tous, du point de vue médical, le même problème de santé. De plus, sur des sujets intimes ou graves, de nombreux patients préfèrent, du moins dans un premier temps, un accès plus anonyme à l'information, avec éventuellement la possibilité de discuter avec un professionnel autre que le médecin traitant. Pour rendre la situation plus complexe encore, le médecin peut de son côté estimer que certaines informations sont essentielles pour que les conditions nécessaires d'un consentement et d'une future adhésion au traitement soient acquises. Bref, il va de plus en plus vouloir exiger que le patient montre sa maîtrise de certaines informations avant de consentir à traiter. En effet, de nombreux traitements aujourd'hui comportent un élément non négligeable de risques si le patient n'en a pas compris les enjeux. Justifier une absence d'information par un hypothétique « déni » du patient est de moins en moins acceptable.

Comment prendre en compte l'ensemble des contraintes ?

Recourir aux supports imprimés comme complément à la parole du médecin n'est clairement pas la solution : les textes écrits sont difficilement accessibles, nécessitant la maîtrise d'une terminologie inhabituelle, du français, de la lecture, voire tout simplement d'une bonne vue et de l'énergie pour s'y coller ; en outre, l'évolution des techniques est telle que toute brochure, aussi bonne soit-elle, est vite périmée. Quant à l'informatique, si elle résout plus facilement ce dernier problème, elle rouvre la boîte de Pandore d'Internet, avec des informations médicales d'origines fort diverses, souvent contradictoires, voire contestables, avec comme résultat un patient de mieux en mieux informé mais de plus en plus perplexe.

Comment s'en sortir ? Comment passer de l'ancien système paternaliste, dont nous avons tous compris les limites et les dangers, à un système plus ouvert, plus respectueux du rôle de chacun dans la relation de soin, dans un projet de santé ?

Comment multiplier les outils d'information permettant au patient de prendre son temps pour comprendre, dans des conditions qu'il peut gérer lui-même, mais toujours avec la possibilité d'un accompagnement personnalisé par un soignant expert en information santé ?

Une solution, des lieux d'information

La solution que nous proposons – la création de lieux d'information sur les soins dans chaque hôpital – n'a rien d'exceptionnel ni de révolutionnaire. Il s'agit d'adapter les outils informatiques, imprimés et audiovisuels existants, voire de créer de nouveaux outils avec les services de soins, en collaboration avec les usagers et leurs associations. Il s'agit, sans s'y substituer, de mettre en place une information complémentaire à celle du médecin. Il s'agit de transformer le dossier du malade en un véritable outil de communication entre médecin et patient.

Si changement il y a, il concernera davantage notre conception du paramédical : en effet, soit nous créons un nouveau métier d'accompagnateur santé, de conseiller en information santé, spécifiquement formé à l'utilisation de ces outils, à l'écoute et à l'accompagnement des usagers, soit nous transformons les métiers actuels d'infirmier, de bibliothécaire, d'accompagnant, pour prendre en compte à la fois cette nécessité de contact direct avec les services en cas d'incompréhension ou d'insatisfaction et cette ouverture vers l'univers de l'information.

L'informatique, Internet et Intranet, qu'elle soit utilisée directement par l'utilisateur ou, indirectement, par l'accompagnateur information santé, peut se révéler un allié exceptionnel par :
- sa facilité d'accès (ordinateur à écran tactile, réseaux avec des écrans jusque dans la chambre du malade voire chez lui) ;

- les possibilités offertes : pour le patient, imprimer les documents pertinents, accéder à son dossier médical ; pour le médecin, créer pour soi ou son patient des brochures individualisées, adapter l'information aux différents niveaux de langage et de connaissances du patient, etc.

Le patient peut choisir les informations qu'il se sent prêt à aborder dans l'ordre et au moment qui lui conviennent. Il peut, enfin, participer réellement à la décision médicale et à l'acte de soins.

Tim Greacen

Représentant des usagers et président de la Commission de conciliation de l'Hôpital Européen Georges Pompidou.
Ancien président de l'association Aides Ile-de-France, secrétaire du Centre régional d'information et de prévention du sida et auteur du livre *Savoir parler avec son médecin* (Éditions Retz, 2000).

Santé publique

sommaire n°2 - Juin 2002

Éditorial

Études

Évaluation régionale de structures d'hébergement pour les personnes âgées
B. Lezin, L. Burnouf, I. Grimbert, A. Collignon, A. Thouin

Éléments de problématique économique dans le domaine de l'épuration extra-rénale
J.P. Marissal, J.C. Saily

Pratiques

L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace
A. Le Louarn, S. Gérard

Les attitudes professionnelles humaines des médecins de la région sanitaire de Sousse (Tunisie)
F. Daoas, A. Ben Abdelaziz, A. Mtiraoui, T. Nabli Ajmi

Politiques

Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ?
C. Mérini, C. de Péretti

Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des maladies « pestilentiels » aux maladies « émergentes »
S. Antoniotti, V. Pellissier, M.C. Siméoni, C. Manuel

Opinion

Sang contaminé : les renoncements et l'impéritie de l'Etat dans le domaine de la Santé publique, une longue tradition
F. Grémy

Lettre du terrain

Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique
J. Cogneau, R. Warck, J. Tichet, B. Royer, M. Cailleau, B. Balkau et le groupe de recherche D.E.S.I.R.

Lectures

Santé publique
BP 7
2 avenue du Doyen J. Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. : 03 83 44 39 17

Devenir correspondant en éducation pour la santé des patients

En octobre 2002, une quinzaine de professionnels du centre hospitalier universitaire de Montpellier soutiendront leur mémoire de diplôme d'université, Formation des professionnels de santé à l'éducation pour la santé des patients, pour devenir « correspondants en éducation pour la santé des patients ».

Ils sont cadres de santé (infirmières, puéricultrices, infirmiers psychiatriques) ou appartiennent au corps médical (sages-femmes, médecins praticiens hospitaliers ou vacataires). La plupart avaient participé aux formations préalables impulsées par le Comité hospitalier de prévention et de promotion de la santé (Chesp), mises en place par le Centre de formation du personnel hospitalier (CFPH) et animées par le Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon (Cres-LR).

L'idée d'un diplôme universitaire pour reconnaître cette mission émergente des soignants est née lors des troisièmes rencontres hospitalières en éducation et prévention organisées par le Chesp à Montpellier en 2000. Ce projet a été piloté par l'Université de Montpellier I et le Cres-LR en lien avec le CFPH, Alain Deccache (Université de Louvain), des enseignants des sciences de l'éducation (Université

Montpellier III) et le CFES (désormais INPES*), et a abouti à une formation de six fois deux jours.

L'originalité de cette formation est d'être élaborée « sur mesure », en fonction des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des sensibilités des intervenants (références à la charte des comités d'éducation à la santé, réflexion éthique d'un philosophe et psychanalyste), mais aussi des besoins identifiés par les praticiens de l'éducation dans les services. La formation théorique s'accompagne d'un stage en partie dans son propre service, en partie dans un autre service (ayant une activité éducative), et de la rédaction collective d'un mémoire (pour être cohérent avec les principes du travail d'équipe en éducation pour la santé des patients). Quand on sait les difficultés du personnel hospitalier à dégager du temps pour l'éducation, on comprend qu'aient été nécessaires le soutien

de la hiérarchie et une grande motivation des participants.

Le DU en poche, les « correspondants » apporteront aide et conseils dans la mise en œuvre de programmes d'éducation pour la santé des patients au sein du CHU. Ils développeront cette mission en lien avec l'Unité fonctionnelle de coordination des actions de prévention et éducation, créée il y a un an par le CHU et le Comité hospitalier d'éducation pour la santé et de prévention, et rassemblant médecins, paramédicaux et administratifs.

À la rentrée 2002, le DU sera ouvert à tous les professionnels de santé qui souhaitent développer l'éducation pour la santé des patients que ce soit en établissement de santé, public ou privé, de court, moyen ou long séjour, ou en pratique libérale, en réseau... Les échanges entre des professionnels aussi divers devraient être le ferment de nouvelles collaborations et de nouvelles pratiques en éducation pour la santé des patients au sein des réseaux.

Dr Claude Terral

Unité fonctionnelle de coordination
des actions de prévention et éducation,
CHU de Montpellier,
Président du Comité régional
d'éducation pour la santé (Cres)
du Languedoc-Roussillon,

Dr Catherine Corbeau

Cres du Languedoc-Roussillon, Montpellier.

* En application de l'article L.1417-9 du Code de la santé publique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est substitué au Comité français d'éducation pour la santé dans l'ensemble de ses droits et obligations.

Pour faire de l'éducation à l'hôpital, apprenez à être patient

Dans cet entretien, deux infirmières hospitalières reviennent sur trois années de pratique d'éducation à la santé avec des insuffisants cardiaques. La route est longue mais le bilan plutôt positif.

Trois ans après cinq jours de formation à l'éducation pour la santé des patients, nous faisons le point avec deux infirmières, Laure Spinazze-Fournier et Sandrine Mazon, qui ont depuis, avec d'autres, développé un Centre d'Éducation pour les insuffisants cardiaques au sein des services de cardiologie de l'hôpital Rangueil à Toulouse.

La participation des patients

« La formation nous a fait comprendre qu'on ne peut pas appeler éducation tout ce qui se fait. Avant, nous voyions l'éducation comme une transmission unilatérale d'informations, le patient était un réceptacle. L'éducation que nous cherchons maintenant à mettre en œuvre est un échange interactif, avec le patient au centre. Après un échange pour mieux appréhender la personne dans ses diverses dimensions, un contrat éducatif personnalisé est établi. Il tient compte du stade d'acceptation de la maladie, du stade de la maladie, de la structure familiale, de la profession de la personne, mais aussi de ce qu'elle veut apprendre et comment elle veut l'apprendre. Certains patients ne souhaitent pas tout savoir, il leur suffit... que leur conjoint sache.

L'explicitation et la hiérarchisation des objectifs

Avant la formation, nous voulions « faire de l'éducation », avec l'idée de donner de l'information sur toutes les pathologies cardiaques du service. La formation a été comme un déclic. Elle nous a montré la nécessité de prendre un axe de travail. Nous avons choisi les

insuffisants cardiaques, la plus importante population du service, pour qui rien n'est fait ailleurs.

Le temps de formation a été un temps de réflexion en équipe...et le temps manque cruellement à l'hôpital ! La réflexion a mûri notre projet, ce qui nous a forcé la main pour finaliser quelque chose sans plus tarder.

Le recours à des outils

Nous avons pu utiliser la bibliothèque des médecins comme salle d'éducation, deux jours par semaine. Une ligne téléphonique réservée au centre d'éducation et un ventilateur ont été obtenus grâce à notre réseau relationnel, un ordinateur et un vidéo-projecteur grâce à l'aide de l'industrie pharmaceutique.

Nous avons créé des outils, fréquemment réajustés : grille d'entretien pour l'établissement du diagnostic

éducatif, questionnaire de satisfaction, fiche d'auto-évaluation du niveau éducatif des patients, cahier de suivi, guide d'information sur l'insuffisance cardiaque.

L'évaluation et la valorisation

Nous avons fait exister l'éducation avec les moyens du bord et fait reconnaître son incidence pour obtenir des moyens supplémentaires.

Les évaluations des objectifs éducatifs et médicaux se complètent. Du point de vue éducatif, un suivi à un, trois et six mois est effectué pour contrôler satisfaction, qualité de vie et connaissances des patients. Les médecins agrègent à ces indicateurs des données cliniques et biologiques pour envisager l'évaluation en des termes plus strictement médicaux.

Ce centre d'éducation, créé avec la confiance des médecins du service, est reconnu aujourd'hui par leurs pairs qui nous accueillent dans des congrès médicaux et dans les conseils d'administration d'instances spécialisées en éducation. »

Laurence Birelichie

François Alias

Comité d'éducation pour la santé
de Haute-Garonne,

Laure Spinazze-Fournier

Cadre infirmier,

Sandrine Mazon

Infirmière référente pour l'éducation,
Centre d'éducation des patients
insuffisants cardiaques.

Pour en savoir plus

► Sites Internet

Hôpitaux promoteurs de santé. Réseau français OMS

Site hébergé par le site de l'INPES qui redonne les textes fondateurs de la promotion de la santé à l'hôpital. Les objectifs du réseau français sont définis. Des liens vers d'autres sites tels que des organismes institutionnels, d'autres réseaux nationaux en Europe et des sites spécialisés complètent ces informations.
<http://www.cfes.sante.fr>

Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé

Site comprenant des annonces de conférences

internationales, une base de données (accessible aux membres avec mot de passe) qui recense des expériences ou projets au sein des hôpitaux du réseau. Le réseau réalise une newsletter dont

les anciens numéros sont accessibles sur le site. Quelques publications sont recommandées ainsi qu'une liste de liens vers des sites internationaux de promotion de la santé.
<http://www.univie.ac.at/hph/>

**Hôpitaux promoteurs de santé
de la communauté française de Belgique**
Il est constitué de la liste des hôpitaux membres du réseau belge ainsi que des conditions pour le devenir. Une rubrique « actualités » annonce les manifestations. Une liste de liens permet d'accéder aux réseaux anglais, autrichien, lituanien, ainsi qu'à des sites généralistes et des ressources bibliographiques en ligne.
<http://www.ulb.ac.be/assoc/hps/>

► Formations universitaires spécialisées*

Les diplômes universitaires

- Bordeaux II : « Santé dans la communauté, promotion de la santé et développement social local »
- Brest : « De l'information à l'alliance thérapeutique : l'éducation du patient »
- Caen : « Chargé de projet en éducation pour la santé »
- Grenoble : « Pratiques en santé communautaire »
- La Réunion : « Prise en charge éducative du sujet diabétique de type 2 »
- Lille : « Éducation du patient »
- Montpellier : « Formation des professionnels de la santé à l'éducation pour la santé des patients »
- Nancy : « Santé publique et communautaire »
- Strasbourg : « Formateur en promotion et en éducation pour la santé »
- Par l'Internet : « Éducation et promotion sanitaires et sociales »

À l'étranger

- Louvain : « Diplôme universitaire en santé publique - Option éducation du patient »
- Genève : « Diplôme universitaire en éducation thérapeutique du patient »

Les DESS

- Aix-en-Provence : « Promotion et développement de l'éducation à la santé »
- Bobigny (Paris XIII) : « Formations en santé, spécialisation Éducation du patient »
- Lille : « Éducation et santé »
- Nancy : « Promotion de la santé et développement social : conduite de projets »

► Autres organismes de formation

DEGS (Section francophone du *Diabetes Education Study Group – European Association for the Study of Diabetes*)

Formations des formateurs à l'éducation des patients diabétiques
Service du Pr Cathelineau
Hôpital Saint-Louis
1 avenue C. Vellefaux
75475 Paris cedex 10.

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

L'organisme assure des formations autour de cinq grandes thématiques :
- management institutionnel et de proximité : qualité, accréditation,
- organisation et gestion des soins et du système d'information,
- évolution des compétences en soins,
- formation de formateurs,
- communication dans l'institution.
Stages courts, cycles longs, formations diplômantes, permettant notamment d'obtenir les diplômes licence et maîtrise en Sciences de l'éducation, délivrées par l'Université de Provence.
13 avenue Philippe-Auguste
75011 Paris
Tél. 01 40 09 87 99
Fax 01 40 09 88 68
<http://www.grieps.fr/>

Institut de perfectionnement en communication et éducations médicales (Ipcem)

Organisme agréé par la Formation professionnelle continue qui contribue à l'amélioration des compétences pédagogiques des professionnels soignants. Cycle de formations autour de l'éducation du patient diabétique, asthmatique, hémophile, atteint de maladies cardiovasculaires et de l'enfant patient.
Site Bayer, Tour Horizon
52 quai de Dion-Bouton
92807 Puteaux Cedex
Tél. 01 49 06 56 24
<http://www.ipcem.org>

* Source : Sandrin Berthon B. Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations. Rapport. INPES, rapp. dacty., 2002 : 85 p.

► Bibliographie

- Rosenberg Reiniers S., Roy B. (coord.). *Guide de l'hospitalisation des enfants*. Antony : Apache, 2000.
- Aujoulat I., Le Faou A.L., Sandrin Berthon B., Martin F., Deccache A. *Implementing health promotion in health care settings: conceptual coherence and policy support*. Patient Education and Counseling 2001, n° 4 : 245-54.
- Aujoulat I. *Promouvoir la santé à l'hôpital : réalité ou utopie ? : à partir de l'analyse de la contribution d'un programme spécifique de l'OMS et d'une réflexion sur la place de la promotion de la santé dans les politiques européennes de santé*. Mémoire, Université de Nancy II : 2000 : 22 p.
- Berger H., Krajic K., Paul R. *Health promoting hospitals in practice: developing projects and networks*. Proceedings of the 6th International conference on health promoting hospitals, Darmstadt, April 29th-May 2nd 1998. Werbach-Gamburg : Health Promotion Publications, HPH Series, 1999 ; vol. 3 : 420 p.
- Comité hospitalier d'éducation pour la santé et la prévention. *Éducation du patient : quelle réalité à l'hôpital aujourd'hui ? Quel avenir ? Troisièmes rencontres hospitalières en éducation pour la santé et en prévention*. Montpellier 16-17 mars 2000. Montpellier : Chespe, 2000 : 200 p.
- Dumont J. *Les hôpitaux promoteurs de santé*. Éducation Santé 1997 ; n° 121 : 13-4.
- *Éducation des patients... formation des soignants*. La Santé de l'homme 1999 ; n° 341 : 51 p.
- Fournier C., Mischlich D., Deccache A. *L'éducation du patient dans les établissements*

de santé français en 1999. In : *Éducation pour la santé des patients, un enjeu pour le système de santé*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 72-81.

- Fournier-Biechler C. *Décrire et analyser des programmes d'éducation du patient : mise en oeuvre d'une démarche d'évaluation de processus dans trois services hospitaliers parisiens de diabétologie*. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière, 2000 : 165 p.
- Grémy F. (sous la dir.), Aurengo A., Bérard A., et al. *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*. Nantes : Société française de santé publique, 2002 : 54 p.
- Johnson A., Baum F. *Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion*. Health Promotion International 2001 ; n° 16 : 281-7.
- *L'éducation pour la santé des patients. Un enjeu pour le système de santé*. Vanves : CFES coll. Séminaires, 2001 : 184 p.
- Le Faou A.L. *Les Hôpitaux promoteurs de santé : historique et philosophie du projet*. Bulletin d'Éducation du Patient 1999 ; n° 2 : 42-4.
- Le Faou A.L. *Une nouvelle perspective hospitalière et un réseau national*. Perspective soignante 1998 ; n° 3 : 96-114.
- Pelikan J.M., Krajic K., Lobnig H. *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of*

health hospital projects. Werbach-Gamburg : Health Promotion Publications, HPH Series, 1998 ; vol. 2 : 288 p.

- Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Krajic K., Lobnig H. *Pathways to a health promoting hospital. Experiences from the European Pilot Project 1993-1997*. Werbach-Gamburg : Health Promotion Publications, HPH Series, 1998 ; vol. 1 : 460 p.
- *Special section: Health Promoting Hospitals*. Patient Education and Counseling, 2001, n° 4 : p. 237-94.
- Sandrin Berthon B., Brucker G., Borgne A., Tessier S. *Guide de l'hôpital sans tabac*. Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1999 : 124 p.
- Sandrin Berthon B., Martin F. (coord.). *Dossier : L'hôpital, espace de prévention*. La Santé de l'homme 1996 ; n° 324 : II-XXIV.
- Sandrin Berthon B. *Éduquer un patient : comment être plus performant ?* La Revue du Praticien, Médecine générale 2001, n° 549 : 1727-30.
- *The contribution of HPH to reorient health services: Improving health gain by developing partnerships and quality*. 10th International Conference on Health Promoting Hospitals. Bratislava, 15-17 mai 2002. Résumés des interventions disponibles sur : <http://www.ulb.ac.be/assoc/hps/index2.html>
- *Villes & santé. Réseaux et nouvelles pratiques*. Prévenir 1997 ; n° 32.

► Organismes ressources

Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants (Apache)

Constituée depuis 1982, elle regroupe des professionnels de la santé, de l'éducation, de l'enfance, et des parents qui considèrent que l'enfant hospitalisé a des droits et des besoins spécifiques qu'il est essentiel de respecter. Apache a pour but de faire évoluer les comportements du public et des professionnels vis-à-vis de l'enfant hospitalisé.

Les moyens utilisés sont la sensibilisation, la diffusion d'informations et d'expériences, l'organisation de manifestations, la formation. Elle édite et diffuse la Charte de l'enfant hospitalisé, ainsi que des affiches, des guides et des actes de colloques.

BP 162 - 92185 Antony Cedex France

Tél. fax : 01 42 37 61 88
Mél : apache@hospweb.com
<http://hospweb.free.fr/>

Sparadrap - Centre national de ressources sur l'enfant et l'hôpital

Association de parents et de professionnels de la santé créée en 1993 grâce à la Fondation de France. L'association est indépendante. Elle dispose d'un centre de ressources, à la disposition de toutes les personnes concernées par l'enfant malade ou hospitalisé. Formations courtes d'une demi-journée ou d'une journée, pour des groupes réduits. Les méthodes pédagogiques sont : apport théorique et méthodologique, applications pratiques, analyse d'expériences et situations issues des pratiques professionnelles des stagiaires, supports docu-

mentaires actualisés grâce au centre de documentation, propositions concrètes.

48, rue de la Plaine
75020 Paris

Tél. 01 43 48 11 80

Fax 01 43 48 11 50

Mél : sparadrap@wanadoo.fr

<http://www.sparadrap.org>

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

(Centre hospitalier de Dreux)

Centre de documentation, conseils méthodologiques, formation des professionnels, réseaux de santé de proximité.

Centre hospitalier V. Jousselin

44 avenue Kennedy, BP 69

28102 Dreux cedex.

Centre régional de ressources et de formation à l'éducation du patient (Cerfep)

Ses missions sont les suivantes : documentation, formation des soignants, accompagnement des équipes.

La formation des professionnels de santé comprend :

- la formation-action (accompagnement de projet) ;
- une formation continue diplômante, le diplôme universitaire en éducation du patient (Duep) ;
- des modules de formations courtes conçus à la demande des établissements de santé ;
- des formations initiales en réponse aux demandes des instituts de formation du domaine médical, paramédical et médico-social.
- des séminaires, journées ponctuelles d'échanges et de réflexion sur l'éducation thérapeutique du patient.

Cram Nord-Picardie

11 allée Vauban

59661 Villeneuve d'Ascq

Tél. : 03 20 05 63 96

<http://www.cram-nordpicardie.fr/France/Sante/EducationPatient/Presentation.htm>

► Outils pédagogiques

Ouvrage

Sparadrap. *L'hôpital raconté par les enfants*.

Paris : Sparadrap, 1999 : 72 p.

Vidéos

- Hospital Health Promotion Network. *Promoting health in your hospital*. Canada : HPH, 12 min.
- Vidéo disponible en anglais auprès de HPHN, Lynn Barber mél : lbarber@hrrh.on.ca ou Ted Mavor, mél : ted.mavor@grhosp.on.ca.
- Casanoca A. Saladin M. *Il faut parler... savoir...* Paris : Sparadrap, 1994, 16 min.
- Roussopoulos C. *En équipe avec le malade*. Orléans : Prospective image, 1996, 35 min.
- Dal Molin M., Dal Molin B. *Le bâton de pluie*. Grenoble : Alimage Productions, 1997, 30 min.

Sandra Kerzanet, documentaliste,
service Appui au développement de l'éducation pour la santé, INPES.

► Revues

The Health Promotion Exchange

Newsletter canadienne éditée par le *Grand River Hospital*. Elle relate les initiatives déployées par les hôpitaux promoteurs de santé canadiens. Elle propose également des fiches méthodologiques destinées à améliorer les pratiques professionnelles du personnel médical et mettre en place des programmes au sein de l'hôpital. Annonces de colloques. Les derniers numéros sont téléchargeables sur :

<http://www.grandriverhospital.on.ca>

Patient Education and Counseling

Périodique officiel de EACH (*European Association for Communication in Healthcare*), interdisciplinaire et international d'éducation du patient et de promotion de la santé. 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 cherche à explorer et découvrir de nouveaux modèles éducatifs. Son objectif est de fournir un lieu d'expression à la recherche fondamentale et appliquée, et de promouvoir les études d'organisations impliquées dans l'éducation du patient, le « counseling » et la promotion de la santé.

<http://contentsdirect.elsevier.com/>

Bulletin d'éducation du patient

Le Centre d'éducation du patient ASBL de Belgique réalise ce périodique destiné aux professionnels de la santé et aux chercheurs dans le domaine de l'éducation du patient, depuis 1982 et paraissant 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 particulière (la relation éducative, la santé du nourrisson, la personne handicapée en communication et en relation, etc.).

Ses auteurs proviennent d'horizons professionnels divers : médecins, infirmiers, psychologues, sociologues, éducateurs pour la santé, chercheurs, etc.

Son comité de lecture international est composé de chercheurs en éducation du patient.

Newsletter Health Promoting Hospitals

Publication semi-annuelle représentant le principal support de communication du réseau international des hôpitaux promoteurs de santé. Elle comporte :

- des contributions aux développements

conceptuels du réseau HPH ;

- des expériences, des projets et des programmes ;

- des informations générales sur le réseau ;
- des annonces de rencontres et de conférences.

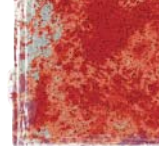
La newsletter est éditée par l'Institut autrichien Ludwig Boltzmann - *Institute for the Sociology of Health and Medicine*, centre collaborateur de l'OMS pour la coordination du réseau international.

Les archives de tous les numéros sont téléchargeables sur : <http://www.univie.ac.at/hph/>

Promotion & Education

Publication de promotion de la santé et d'éducation pour la santé réalisée par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Il s'agit d'une revue multilingue (principalement anglais, français, espagnol), contenant des articles de référence sur tous les aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

Ses articles internationaux lui permettent de s'adresser à un public de professionnels de toutes les régions du monde. Le contenu de la revue reflète trois des priorités stratégiques de l'UIPES : développement des connaissances et des compétences, plaidoyer pour la santé, communication et travail en réseau.



Tous auteurs sans toussoter

« Si la santé c'était un animal, ce serait un oiseau parce qu'il est libre ».

Cette phrase n'est pas l'œuvre d'un poète connu mais d'un enfant participant à un « atelier autour de l'écriture » dans un quartier de Brive-la-Gaillarde. Ce projet du comité d'Éducation pour la santé de Corrèze fait la démonstration d'un grand intérêt des enfants pour l'écriture, de leurs compétences dans ce domaine et des infinies possibilités qu'offre le travail de création littéraire en éducation pour la santé.

l'aide d'un animateur, en s'appuyant sur une dynamique de groupe. Le but est de favoriser la création individuelle mais aussi la socialisation à travers les échanges entre les auteurs. Il ne s'agit pas de faire comprendre les règles du français mais d'aider chaque participant à trouver son style, à entrer dans sa propre écriture et de faire réaliser au groupe un projet commun.

Aider un groupe d'enfants à écrire, c'est reconnaître leurs compétences

Animer un atelier d'écriture avec des enfants dont certains sont en difficultés scolaires nécessite de reconnaître leurs compétences. Ils possèdent un certain nombre de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être sur lesquels leur projet commun pourra se construire. Le travail d'écriture mobilise et met en valeur ces compétences en même temps qu'il permet d'ouvrir un espace de libre expression et encourage la production individuelle et collective sur un temps relativement long.

La santé est un bon sujet pour un livre

Alors que beaucoup d'auteurs « sèchent » pour trouver un sujet, en éducation pour la santé les sujets ne manquent pas. Les enfants peuvent s'exprimer sur ce qu'ils vivent, pensent, ressentent. Le support du livre sert de « prétexte » à une réflexion sur la santé et les moyens de la vivre au quotidien. Chacun y retrace son expérience et la mise en commun des productions permet un échange et la mise en valeur des potentialités du groupe.

Depuis plusieurs années les projets du Codes de Corrèze s'inscrivent dans une démarche globale prenant en compte trois dimensions : soi, les autres et l'environnement.

Cette approche constitue un cadre aux actions, et notamment aux ateliers santé financés dans le cadre du Praps qui ont pour objectifs de favoriser l'expression et l'exercice de la créativité, de maintenir ou recréer du lien social, de mettre en place des apprentissages pour la réappropriation du corps et d'informer pour mieux préserver le capital santé.

Par ailleurs, un partenariat privilégié avec un centre socio-culturel et l'accompagnement scolaire offraient un cadre privilégié à une nouvelle expérience autour de l'écriture.

Les ateliers d'écriture : écrire sur soi et partager avec les autres

Il est difficile de donner une définition des ateliers d'écriture tant le contenu, les techniques et les objectifs poursuivis peuvent être différents. Mais le point commun de tous ces ateliers concerne la production d'écrits avec



De l'atelier d'écriture à l'atelier autour de l'écriture

L'atelier de Tujac n'était pas consacré à l'écriture seule. La création de « l'objet-livre » lui-même faisait partie du projet. Si les textes étaient mis en commun, chacun pouvait ensuite créer son propre objet, par le choix d'un papier particulier et le travail sur une couverture personnalisée. En outre, différentes techniques, comme la calligraphie par exemple, ont été abordées.

Finalement, cinq enfants scolarisés en CE2, CM1 et CM2 se sont retrouvés le jeudi soir pendant vingt-deux semaines pour réaliser leur livre.

Curieusement, la principale difficulté rencontrée au début par les enfants du groupe fut de renoncer à... faire leurs devoirs, à une heure où d'habitude c'est à l'aide au devoir qu'ils participaient !

Ils écrivent !!!

Le premier exercice de l'atelier était consacré à réaliser un acrostiche* sur son prénom. Puis ont été explorés *les petits plaisirs, le portrait chinois de la santé* (si la santé était un animal, un parfum, etc.), *les goûts et les dégoûts, le quartier réel et imaginaire, ce à quoi je dis non...*

Chacun créait son propre texte avant de le donner à entendre et à voir au groupe. Sur une décision collective, l'ensemble des textes constituerait le livre. À chacun ensuite de personnaliser son objet. La création d'une couverture par chaque enfant a permis de relier les petits bouts de soi et les petits bouts des autres.

Un temps a également été consacré aux illustrations. Collages, peintures, etc. sont ainsi venus agrémenter les textes ou les compléter. L'expression manuelle et artistique a ainsi été encouragée.

Sur une plume d'égalité

La participation au groupe a été fluctuante, certains n'ont pas été jusqu'à la création du livre mais l'atelier a permis de poser un regard neuf sur les enfants participants. Hors des enjeux scolaires, les compétences en maths ou en orthographe n'étaient plus au centre des préoccupations. Ce fut l'occasion pour chacun de se découvrir et de découvrir autrement les autres : « *avec certains camarades, j'ai appris un peu plus de leur cœur, de leur façon d'imaginer* ». L'atelier a appris à faire des choix, à résoudre des problèmes, à gérer son stress. L'écriture et le temps des échanges ont sti-

mulé les capacités à communiquer, à dire et à écouter, l'aboutissement du projet a renforcé l'estime de soi.

Oser l'écriture

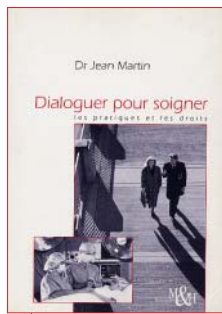
L'implication des enfants, la qualité des productions et les commentaires du groupe sont autant d'éléments pour encourager les professionnels à oser l'écriture en éducation pour la santé. Cela nécessite cependant du temps, un cadre rigoureux et des règles de fonctionnement clairement établies en même temps qu'une grande place laissée à la participation et à la singularité des « écrivains ».

Dans ce contexte favorable, le terme de renforcement des compétences psychosociales prend tout son sens.

Frédérique Toutain

Chargée de projet,
Comité d'éducation pour la santé de Corrèze,
Brive-la-Gaillarde.

* Poème dont les premières lettres de chaque vers ou mot lues verticalement composent un mot, ici le prénom.



Dialoguer pour soigner

Jean Martin

Cet ouvrage réunit en quatre parties différents textes qui mettent en valeur les changements profonds survenus depuis la fin du XX^e siècle, dans les rapports entre patients et soignants.

Dans la première partie, l'auteur décrit les nouveautés de la relation soignant-soigné. Il y souligne

différents points essentiels : la participation active du patient dans l'acte de soins, le rôle majeur de la communication et de l'écoute attentive du médecin pour mieux appréhender les différents paramètres à prendre en compte dans la prise en charge thérapeutique du patient, ou encore l'attention à porter à l'émergence de la publicité et de la médiatisation dans la pratique médicale et en santé publique.

Les articles réunis dans la deuxième partie s'intéressent davantage à la notion de la déontologie dans l'exercice de la médecine légale. Quelle doit être l'attitude du praticien vis-à-vis du secret médical ? Comment appréhender les différentes situations au sein desquelles celui-ci intervient ? L'auteur propose ici différents conseils au lecteur, au regard de la richesse de son expérience pratique.

La troisième partie concerne les aspects éthiques et légaux liés aux soins en fin de vie. Face aux différentes questions que peuvent se poser les médecins concernant cette problématique, l'auteur propose, là encore, différentes pistes de réflexions et d'exemples de négociations.

La quatrième partie réunit des textes de réflexion de l'auteur concernant la notion d'éthique, de bioéthique et l'application des droits de l'homme dans le cadre de l'acte de soin.

Paris : Éditions Médecine et Hygiène, 2001, 131 pages, 19,82 euros.

Anne Gareau



Vers un terrain sûr !

Chantal Briet

Réalisé en étroite collaboration avec une famille itinérante du Val-d'Oise, ce vidéogramme a pour objectif de montrer les risques spécifiques auxquels sont confrontés

les gens du voyage. Il se présente sous la forme d'un documentaire, alternant interviews de parents et extraits d'actions de prévention auprès des enfants. Différents points sont successivement abordés : les risques d'accidents liés aux déplacements des véhicules, à la proximité des voies de circulation, à l'insalubrité des terrains, etc.

Le discours des parents permet au spectateur de mieux appréhender les difficultés auxquelles est soumise cette population, liées tout autant à la sécurité de son environnement qu'au problème d'intégration sociale. Les extraits avec les enfants permettent de mieux comprendre le travail des acteurs de terrain pour les sensibiliser, dès le plus jeune âge, à adopter un comportement plus sûr dans la vie quotidienne (« ouvrir l'œil ») et à acquérir des réflexes face aux situations à risque (apprendre à nager, soigner les coupures et les blessures pour éviter les infections, mesurer les différents niveaux de gravité d'un accident, etc.). L'action est également dirigée vers les adultes : rouler au pas, savoir vers quelles structures s'orienter en cas d'urgence, prévenir les intoxications liées au gaz.

VHS Secam, 20 minutes, 2001. La Cathode Vidéo :

38 euros (119, rue Pierre Séward, 93000 Bobigny.

Tél. : 01 48 30 81 60. Mél. : la.cathode@wanadoo.fr).

A. G.

Itinéraires des déprimés : réflexions sur leurs trajectoires en France

Rapport d'experts. Document de synthèse

Philippe-Jean Parquet

Alors qu'une enquête du Credes estime à 4,7 % le nombre de personnes souffrant de dépression en France, un groupe d'experts multidisciplinaire s'est constitué, dans le but de mieux appréhender le contexte et de proposer des recommandations permettant une meilleure prise en charge des déprimés. Cette synthèse présente, en sept points majeurs, le questionnement développé par ces experts – selon un axe chronologique – ainsi que le résultat de leurs réflexions et de leurs recherches.

Le premier point donne différentes indications concernant la démarche qui incite les personnes souffrantes à consulter : à qui s'adressent-elles ? Pourquoi le font-elles tardivement ? Comment expriment-elles leur

plainte ? Quels sont les principaux obstacles à la consultation d'un médecin ?

Le deuxième point évoque le temps du diagnostic. Il décline notamment les différentes phases qui amènent à la construction du diagnostic et s'attache également aux difficultés que peut rencontrer le médecin dans ce travail.

Le point suivant s'intéresse aux différents retentissements que peut entraîner la symptomatologie dépressive au sein de la vie familiale et sociale du patient, et souligne le rôle spécifique tenu par le médecin du travail.

Le quatrième point évoque les différentes évolutions auxquelles peut amener une dépression, ainsi que les facteurs qui peuvent influencer sur ces trajectoires (âge, personnalité du

déprimé, etc.).

Le cinquième point s'intéresse au suivi thérapeutique du patient, détaillant chacune de ses étapes : la décision de soins, les problèmes à aborder avec le patient concernant les modalités du traitement, les différentes filières de soins, le temps du suivi, l'arrêt de la prise en charge.

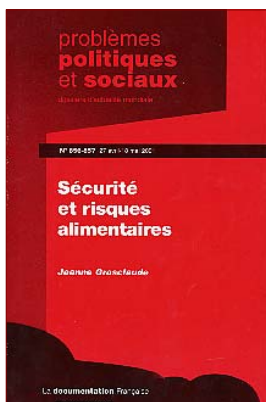
Le sixième point donne des indications concernant les différents niveaux de prévention : survenue d'un épisode dépressif, prévention du suicide, prévention de la rechute ou encore de la chronicisation.

Le dernier point de cette synthèse s'intéresse à l'enjeu de santé publique, en matière de prévalence, de coûts, d'arsenal thérapeutique ou encore d'information vers le grand public.

La synthèse du rapport est accessible et téléchargeable gratuitement à l'adresse électronique suivante : <http://www.alphacom.fr>

Paris : Cheval & Jacquillat, janvier 2001, 49 pages.

A. G.



Sécurité et risques alimentaires

Sous la direction de Jeanne Grosclaude

La revue *Problèmes politiques et sociaux*, éditée par la Documentation française, publie des dossiers documentaires sur des questions de société et des problèmes sociaux dans une approche comparatiste, sur les forces politiques et les idéologies, sur les grandes questions internationales, ou encore sur les pays ou régions au cœur de l'actualité. Chaque numéro regroupe donc des extraits de revues ou d'ouvrages français et étrangers, sélectionnés et organisés par un spécialiste et complétés par un glossaire, une bibliographie, une liste de sigles, un historique, etc.

Ce numéro-ci explore la chaîne alimentaire dans son ensemble depuis la production de denrées par le secteur agricole jusqu'à l'acte de manger, abordé rapidement sous ses aspects sociologiques et anthropologiques en début de recueil. L'essentiel des extraits choisis est consacré à la gestion des crises alimentaires et à la description des risques alimentaires, réels ou tels que les consommateurs se les représentent. C'est d'ailleurs cette partie qui attirera particulièrement le lecteur de *La Santé de l'homme* dans la mesure où plusieurs auteurs y développent leur vision des notions de risque et de responsabilité, chères à notre secteur d'activité. Les extraits concernant les opinions des Français et leur perception des risques sont utilement mis en perspective par un texte sur le rôle des médias, un sur le droit à l'information et un sur les associations de consommateurs. Enfin, le point de vue historique, notamment en ce qui concerne la gestion des crises, n'est pas oublié.

Conformément à l'ambition de la revue, ce numéro permet au lecteur de mieux comprendre le problème traité, en lui offrant une présentation claire des faits les plus importants et des exemples concrets, et de se faire une opinion en lui proposant, outre ces éléments, un éventail d'éclairages et de positions sur la question traitée.

À noter : un glossaire malin ! En plus de la définition consensuelle des termes, vous y trouverez un renvoi vers un texte dans lequel ces termes sont contextualisés.

Problèmes politiques et sociaux, n° 856-857, 27 avril-8 mai 2001, 12,20 euros.

Catherine Lavielle



L'oreille cassée

Centre régional d'imagerie cellulaire (Cric)

Ce Cédérom a été conçu à l'initiative du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, dans le but de faire prendre conscience aux adolescents des dangers d'une trop forte exposition à la musique. L'information est organisée en trois modules : « le son et les bruits », « la physiologie de l'oreille » et « la prévention des risques ». La première partie permet à l'adolescent d'acquérir des notions de base concernant les différents types de sons (son pur, son musical, bruit blanc, parole, bruit environnemental), les composantes de la sensation auditive (intensité, hauteur et timbre) ainsi que les différentes sources de musique (acoustique, amplifiée et enregistrée). La deuxième partie aborde le fonctionnement du système auditif (rôle de l'oreille externe, de l'oreille interne et du système nerveux central) tout en soulignant sa fragilité. La troisième partie informe l'adolescent sur les différents degrés de risques encourus selon le niveau sonore de la musique et la durée d'exposition. Il propose également des moyens de prévention élémentaires face à une source sonore

trop élevée : baisser le volume, s'éloigner de la source, se munir de bouchons protecteurs, de casque antibruit, diminuer le temps d'exposition. Le cédérom propose différents modes de navigation et de visualisation de l'information (texte, voix off, imagerie, version 3D). Un glossaire permet, en outre, d'accéder à n'importe quel moment à une définition des termes scientifiques.

Le cédérom est pour l'instant en rupture de stock. Un nouveau plan de diffusion devrait être envisagé dès le mois de septembre 2002. En attendant, le lecteur pourra consulter le site « Promenade autour de la cochlée », développé en collaboration par le Cric et l'unité 254 de l'Inserm, qui lui donnera un avant-goût du contenu pédagogique proposé dans le cédérom.

Montpellier : Cric, 2002, 1 u., coul.

Pour toute information sur le cédérom, veuillez contacter le Professeur Rémy Pujol à l'adresse suivante :

Centre régional d'imagerie cellulaire - 75, rue Cardonille, 34 000 Montpellier. Tél. : 04 67 41 59 05 – rpujol@montp.inserm.fr

Adresse du site Internet « Promenade autour de la cochlée » : <http://www.iurc.montp.inserm.fr/cric/audition/start.htm>

A. G.

• COMMUNIQUÉ •



Risquer sa peau

Claude Got

La construction de cet ouvrage est très originale : des textes rationnels y alternent avec des textes imaginaires au point que deux tables des matières distinctes ont été jugées nécessaires. Après chaque partie dite rationnelle, une courte nouvelle aère l'esprit du lecteur, distille de l'émotion à l'intérieur de sa réflexion et peut quelquefois aller jusqu'à le faire rire !

L'auteur explique ce choix dans un avant-propos sans détour qui met en avant l'émotion comme une dimension intime du risque. La totalité de l'ouvrage conserve ce style direct à la subjectivité assumée pour aborder le risque à partir de la perception que peuvent en avoir les différents acteurs de notre société au niveau individuel et collectif. Après une première et une deuxième parties posant la problématique de l'ouvrage et des questions de risque et de danger, sont successivement abordés les points de vue de l'individu : « le risque pour moi, le risque des autres » et de l'expert. Viennent ensuite les analyses des logiques économiques, juridiques et administratives, politiques et enfin médiatiques. Cette organisation assez académique se termine logiquement par un chapitre consacré à « l'avenir du risque », dans lequel Claude Got émet diverses propositions organisationnelles, réglementaires, pour une gestion du risque qui ne soit pas « la meilleure méthode pour se débarrasser des plus vulnérables ». Un glossaire et quelques références d'ouvrages et de sites Internet complètent utilement cet ouvrage par ailleurs riche d'exemples concrets mis en perspective.

Paris : Bayard, 2001, 374 p., 21,34 euros.

C. L.



La face cachée de Métacaal

Association méditerranéenne de prévention des toxicomanies (AMPT)

Ce Cédérom a été conçu dans le but de prévenir les comportements à risques liés à l'usage des drogues chez les jeunes. Reprenant la technique et le design d'un jeu de rôle, il permet aux jeunes

de s'informer et de s'interroger sur les différentes drogues, leurs usages et les risques liés à leurs consommations. Le Cédérom propose trois types d'accès à l'information. Les « histoires à vivre » mettent en scène sous forme de quinze dessins animés les déboires et les divers comportements de quatre adolescents face aux drogues, à travers quatre situations : la rencontre en ville avec un revendeur d'ecstasy, la prise de substances en soirée, l'utilisation de la drogue pour surmonter le stress des examens, la recherche de sensations fortes et la prise de risque des adolescents dans leurs activités extrascolaires. Chaque scène se termine par le commentaire d'un sage qui a pour rôle d'inciter le lecteur à poursuivre sa réflexion sur ce qu'il vient de découvrir, en lui proposant différentes sources d'informations complémentaires : données scientifiques, paroles d'experts ou encore témoignages de consommateurs. Le deuxième volet du Cédérom intitulé « Le grand livre des produits » propose une information complète sur l'univers des drogues : typologie des consommateurs, effets, modes de consommation, risques pour la santé, législation, etc. Un quiz permet au lecteur d'apprécier son niveau de connaissance sur les drogues et de traquer les idées fausses. Un lexique ainsi qu'un répertoire de contacts complètent l'information proposée. Deux livrets accompagnent l'outil. L'un de ces deux guides propose différentes adresses, sites Internet, numéros verts anonymes et gratuits pour une information complémentaire sur les drogues et leurs dépendances.

Marseille : AMPT, 2001, 1 u., 2 livrets.

Le Cédérom est disponible gratuitement, auprès du secrétariat de l'AMPT.

AMPT - 19 rue de la République - 13002 Marseille - Tél: 04 91 56 08 40 -

Fax: 04 91 90 09 32 - e-mail: btanche@ampt.org

A. G.

Education Santé sommaire

n° 171 – juillet-août 2002

Initiatives

L'hôpital expliqué aux enfants.

Sylvie Bourguignon

**Faire découvrir l'hôpital aux enfants
Sensibiliser les relais à l'information
des enfants**

Mammoth : c'est parti !

**Public précarisé et secteur médico-
social : apprendre l'un de l'autre.**

Véronique Janzyk

**Première Conférence internationale
francophone sur le contrôle du tabac**

**Le financement de la prévention
du tabagisme par l'industrie**

**Publicité des médicaments
sur prescription : danger !**

Stratégie

**Dépister les cas de diabète,
un consensus belge**

**Promotion de la santé à l'école :
les étudiant du supérieur aussi**

Matériel

**La prévention du tabagisme
dans les institutions de soins de santé**

Lu pour vous

**Éducation sexuelle et affective :
les jeunes privilégient l'écoute
et le respect**

**Éducation Santé est un mensuel
gratuit, réalisé avec l'aide de la
Communauté française de Belgique –
Département de la santé.**

**Pour recevoir un exemplaire de ce
numéro ou pour s'abonner :
www.educationsante.be**