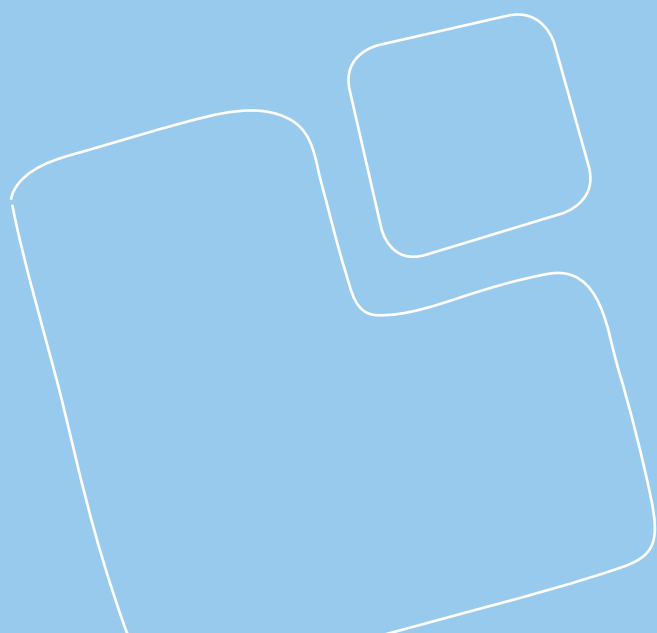


UNE CONTRIBUTION DES COMITÉS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DE BRETAGNE



L'éducation pour la santé et la promotion de la santé...

au service des acteurs de terrain, des élus et des décideurs

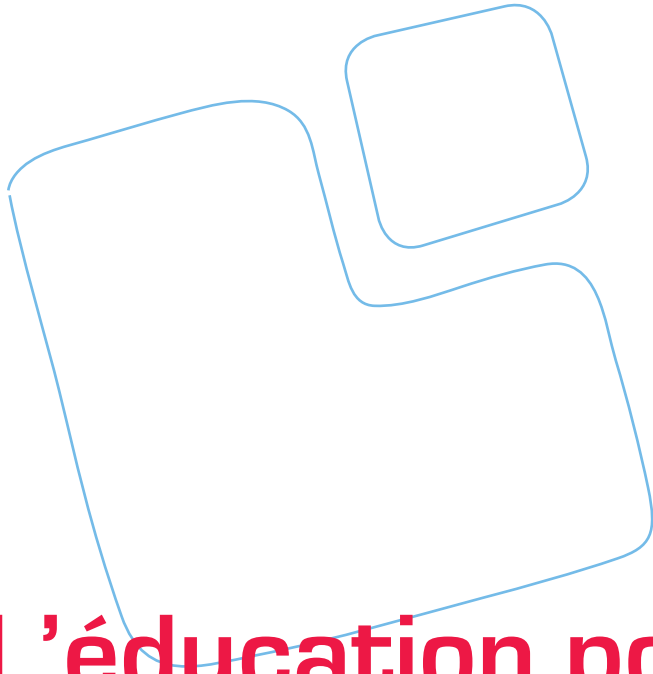


cres
Collège régional
d'éducation pour la santé
BRETAGNE

codes
Comités départementaux
d'éducation pour la santé
COTES D'ARMOR
FINISTÈRE
ILLE-ET-VILAINE
MORBIHAN

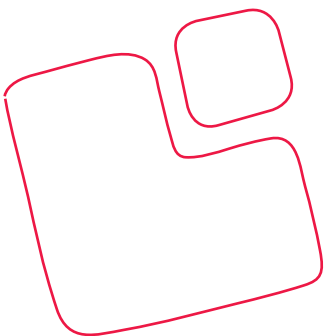
avril 2009

UNE CONTRIBUTION DES COMITÉS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DE BRETAGNE



L'éducation pour la santé et la promotion de la santé...

au service des acteurs de terrain, des élus et des décideurs



avril 2009

Le présent document est issu de la réflexion d'un groupe de travail constitué de professionnels des Comités d'éducation pour la santé de Bretagne :

Cathy Bourhis, CODES 56
Amélie Chantraine, CODES 35
Christine Ferron, CRES
Claire Garreau, CODES 35
Roselyne Joanny, CODES 35
Michèle Landuren, CODES 29
Anne Leborgne Briand, CODES 35
Valérie Lemonnier, CODES 35
Pascale Marchetti, CODES 22
Marie Prat, CRES
Magdalena Sourimant, CRES
Florence Stellio, CODES 29

Coordination du groupe de réflexion

Sonia Vergniory, CRES Bretagne

Conception graphique

Magdalena Sourimant, CRES Bretagne

Avril 2009

Document téléchargeable sur le site du CRES <http://www.cresbretagne.fr>



Avant - propos

L'une des missions du réseau breton des comités d'éducation pour la santé est de contribuer au développement de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé en Bretagne. Pour ce faire, il s'emploie à concevoir et diffuser des supports visant à partager avec les acteurs de la région les connaissances disponibles dans ce champ.

Afin de réaliser au mieux cette mission, les professionnels des comités travaillent en amont au développement de leurs connaissances et à l'analyse de leurs applications sur le terrain. Ces réflexions et expériences partagées sont mises à disposition des acteurs de la région. C'est ainsi que le groupe de travail « Approche des concepts et valeurs en formation »¹ a publié en 2005 un texte sur « le travail de groupe en éducation pour la santé »² et début 2008, deux fascicules sur « quelques expériences d'animation en formation »³ et sur « la technique de l'étude de cas »⁴.

En conclusion des travaux de 2005 et dans sa continuité, le groupe de travail annonçait une réflexion sur la place de l'éducation pour la santé dans la promotion de la santé et s'engageait à en partager les résultats avec les lecteurs. C'est chose faite au travers de la présente production.

Comme dans le cas des productions antérieures, la construction des articles s'est appuyée sur l'analyse de textes théoriques et d'application, mis à l'épreuve des pratiques de terrain locales.

Un premier texte pose les fondamentaux de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé auxquels se réfèrent les comités, en les utilisant comme grilles de lecture de leurs pratiques. Viennent ensuite trois textes s'adressant successivement :

- A l'acteur de terrain, pour présenter l'approche de l'éducation pour la santé qui caractérise les interventions des comités ;
- A l' élu, pour préciser le rôle spécifique de la promotion de la santé dans le renforcement d'une politique locale ;
- Au décideur, pour cerner les conditions d'utilisation et de production de données probantes scientifiquement valides dans le champ de la promotion de la santé.

L'ensemble figure dans un même support, conformément à un principe d'intervention central en éducation et promotion de la santé : la prise en considération des préoccupations spécifiques de chaque acteur et leur partage dans le sens du développement d'une culture commune propice au travail en partenariat. Notre souhait est que ces textes, éloignés de tout dogmatisme, suscitent la réflexion et le débat sur les pratiques actuelles de prévention et d'éducation pour la santé. C'est donc à l'ouverture d'un dialogue que nous vous invitons au travers de cette production.

Dr Jeanine Pommier
Enseignante – chercheuse à l'EHESP
Présidente du CRES Bretagne

¹ Financé par le GRSP dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens du CRES

² Publié dans le n°10 d'Horizon Pluriel, disponible sur <<http://www.cresbretagne.fr/pageD-1-Horizon.htm>>

³ Référence disponible sur <<http://www.cresbretagne.fr/pageD-2-Guide-animation.htm>>

⁴ Référence disponible sur <<http://www.cresbretagne.fr/pageD-2-Guide-animation.htm>>

Sommaire

Le(s) champ(s) de l'Éducation pour la santé et de la Promotion de la santé.....p. 6

Quelle approche de l'éducation pour la santé caractérise nos interventions ?.....p. 11

L'élu local, un acteur incontournable de la promotion de la santé des habitants.....p. 13

Données probantes : quelle utilisation en éducation pour la santé ?.....p. 16

Le(s) champ(s) de l'Education pour la santé et de la Promotion de la santé

Nous proposons dans ce premier article une clarification des champs de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé fondée sur des textes de référence.

Nous y apportons notre propre éclairage, ancré dans le contexte de la Bretagne et à la lumière des pratiques que nous développons sur le terrain.

■ ■ ■ Préambule

Nos définitions de référence de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé sont issues du Plan national d'éducation pour la santé, à savoir :

Education pour la santé

« L'éducation pour la santé, composante de l'éducation générale, ne dissocie pas les dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle de la santé.

Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.

A ce titre, l'éducation pour la santé est une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation. Elle doit donc bénéficier de modalités d'organisation et de niveaux de financement appropriés.

Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent.

En privilégiant toujours une approche globale des questions de santé, elle utilise des portes d'entrée variées :

- des thèmes particuliers (la nutrition, le tabac, la contraception, les accidents, les vaccinations, l'accès aux soins, le sida, le cancer, les allergies...),
- des catégories de population (les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de précarité...)
- des lieux de vie (la famille, l'école, le quartier, l'entreprise, l'hôpital, la prison...). »¹

Promotion de la santé

« L'Organisation Mondiale de la Santé, en adoptant la charte d'Ottawa en 1986, a recommandé que toute politique de santé publique s'inscrive dans une véritable démarche de promotion de la santé, que l'on peut résumer ainsi :

¹ Plan national d'éducation pour la santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat à la Santé et aux Handicapés. Janvier 2001. p. 6

- veiller à la mise en œuvre, dans tous les secteurs de la vie publique, de mesures respectueuses de la santé notamment en matière de législation, de fiscalité et d'organisation des services,
- créer des environnements, des conditions de vie et de travail exerçant une influence positive sur la santé,
- renforcer la démocratie sanitaire, c'est-à-dire la possibilité pour les individus et les groupes de participer aux décisions qui concernent la santé publique et donc leur propre santé,
- développer l'éducation pour la santé de tous les citoyens, quels que soient leur âge et leur état de santé,
- réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes en matière de santé, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat avec les autres secteurs concernés par la promotion de la santé. »²

I. Le cadre conceptuel et méthodologique de référence

Notre cadre conceptuel et méthodologique de référence s'appuie sur les cinq axes de la Charte d'Ottawa³ (voir ci-dessus). Il en découle un attachement à des valeurs et des modalités d'intervention en accord avec ces valeurs.

1.1. Une référence continue aux valeurs de la promotion de la santé

- Solidarité et équité : réduire les inégalités sociales (de santé)
- Respect des choix et libertés individuelles : porter sur les personnes et les groupes un regard exempt de critique ou de jugement
- Reconnaissance des savoirs, attitudes et représentations du public
- Prise en compte de toutes les dimensions de la personne
- Conception globale, positive et dynamique de la santé, considérée comme une ressource et non comme le but de la vie

1.2. Des modalités d'intervention en accord avec ces valeurs

Agir sur les déterminants de la santé

Intervenir en promotion de la santé suppose d'agir sur les déterminants de la santé : décisions politiques, milieu de vie, système de santé, aptitudes individuelles et collectives. Ces aptitudes sont à même de conférer aux personnes les moyens d'exercer une action sur les institutions et auprès des politiques.

Du fait de leur contact direct avec les différents publics (professionnels, parents, famille, entourage, autres éducateurs), les acteurs de l'éducation pour la santé favorisent le développement de ces aptitudes chez les personnes, les groupes ou les communautés. Cependant, les conditions de leur mise en œuvre relèvent encore largement de facteurs environnementaux tels que les choix politiques, l'organisation des institutions, ou les pratiques professionnelles des intervenants.

Appliquer une démarche d'intervention très large pour une approche globale des personnes et des situations

Cela signifie prendre en compte l'ensemble des dimensions de la personne (physique, psychologique et sociale), mais aussi :

- utiliser une grille de lecture des situations très large, couvrant les différents champs analysés,
- effectuer des recueils de données élargis, ouverts sur l'environnement,
- prendre en compte l'articulation des actions et les différents niveaux d'implication des structures.

² Ibid. p. 6

³ Charte d'Ottawa, 1^{ère} conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986

Mettre en œuvre une démarche participative et s'appuyer sur les ressources des personnes pour développer l'autonomie⁴ des individus et des groupes

Inscrire les actions dans la durée

Former les professionnels et interpeller les décideurs, dans l'optique d'un partage des responsabilités

S'inscrire également dans le soin

Refuser d'utiliser certains leviers d'action tels que la stigmatisation, l'injonction, la culpabilisation, l'infantilisation, la peur ou la menace

II. Analyse des liens entre éducation pour la santé et promotion de la santé

Nous reconnaissons à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé un but commun : l'autonomie des personnes.

La distinction entre promotion de la santé et éducation pour la santé tient au rapport entre l'axe de travail éducatif et l'axe de travail institutionnel ; rapport défini en fonction de la demande initiale du commanditaire. Cette demande peut aller d'une prestation éducative à un diagnostic élargi accompagné d'un partenariat dans la perspective d'une construction commune de projet. En éducation pour la santé, les objectifs politiques ou institutionnels sont rarement explicités. L'éducation pour la santé peut toutefois constituer une porte qui ouvre sur la promotion de la santé.

Le rapport entre axe éducatif et axe institutionnel se retrouve dans la description des fonctions d'éducateur pour la santé et de promoteur de santé. En effet, nous distinguons l'éducateur pour la santé qui assure des fonctions d'animation, du promoteur de santé qui mobilise des compétences en organisation et en gestion de processus. Ce dernier mode d'intervention est rendu possible par le fait que le promoteur de santé dispose d'un mandat et d'un appui de son institution pour agir au niveau politique, en accord avec le commanditaire.

Ainsi, nous considérons l'intervenant en promotion de la santé à la fois comme un acteur transversal du changement social (facilitateur, interface, médiateur, chargé de diagnostic et de conseil auprès des institutionnels et des politiques pour favoriser le développement des aptitudes individuelles) et comme porteur d'un projet de société, investi de la mission de transmettre aux décideurs ce qu'il constate sur le terrain.

Cette analyse s'applique à une variété d'interventions : formation, réalisation de diagnostic, animation de groupe ou de réseau de professionnels.

Concrètement, un Comité d'éducation pour la santé apporte une aide au diagnostic (description de la situation, identification des questions qui se posent ou des problèmes à résoudre). Il aide aussi à l'élaboration de propositions d'actions de promotion de la santé construites avec les acteurs et accompagnées d'une étude de faisabilité. Ces actions concernent aussi bien l'individu que son milieu de vie ou son environnement au sens large. Le chargé de projet intervient en tant qu'appui méthodologique auprès des acteurs et ne se substitue en aucun cas aux décideurs. Un projet de promotion de la santé doit être porté par les institutions et soutenu par le politique. Il est de leur ressort de se saisir ou pas des propositions formulées par le chargé de projet.

⁴ Entendue dans le sens d'une démarche d'empowerment : « Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. ». In BDSP. Glossaire Européen en Santé Publique [en ligne]. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Default.asp> (consulté le 09/12/08)

Dans le cas où la demande initiale ne porte pas sur une démarche de promotion de la santé, la mise en mouvement des institutions dans ce sens peut s'opérer à partir des constats réalisés dans le cadre des actions éducatives. L'objectif est toujours de prendre en compte les cinq axes d'intervention de la promotion de la santé (cf. préambule p. 7), mais leur mise en œuvre effective dépendra de leur faisabilité dans la situation considérée.

III. Les interventions proposées par les Comités d'éducation pour la santé

Ces interventions sont basées sur trois axes stratégiques : institutionnel, professionnel, éducatif. Ils doivent s'articuler en vue d'atteindre un objectif commun. La problématique santé s'inscrit de façon pérenne dans ces trois axes, de manière à traduire concrètement un cheminement vers une représentation de la santé considérée comme une ressource de la vie. Enfin, le recueil préalable des conceptions, pratiques et attentes de chaque catégorie d'acteurs (institutions, professionnels, populations) permet une prise en compte des réalités de chacun.

Au travers des trois axes d'intervention, nous insistons sur la nécessaire implication de ces différents acteurs et sur quelques principes favorisant leur participation :

■ ■ ■ **Axe institutionnel (amélioration de l'accès aux services / environnement)**

> en promotion de la santé : « politiques publiques saines », « environnements sains »

Pour que cette dimension institutionnelle soit prise en compte, il faut un groupe de pilotage légitime et volontaire dans l'initiation et le suivi du projet. Ce groupe de pilotage doit s'assurer de la formalisation, dans le projet, du changement des pratiques institutionnelles. Ce changement doit être impulsé par des décisions politiques, inscrit dans les dispositifs, dans les cadres et les fonctionnements institutionnels. Les directions des organisations concernées doivent être porteuses des décisions et s'impliquer dans leur réalisation. Les élus doivent être interpellés en vue de leur mobilisation pour l'amélioration des conditions de vie de leurs concitoyens.

Cette dimension institutionnelle des changements induits par les actions doit être distinguée de l'évolution des pratiques des professionnels institutionnels.

■ ■ ■ **Axe des pratiques professionnelles**

> en promotion de la santé : « environnements sains », « réorientation des services de santé »

Si la promotion de la santé n'est pas inscrite dans les politiques institutionnelles (cf. axe institutionnel ci-dessus), les compétences développées par les professionnels ne pourront être ni actualisées ni optimisées.

Les projets doivent être élaborés et mis en œuvre avec les acteurs de terrain, dans le respect de leur temporalité, de leur rythme, de leurs enjeux. Ce principe du « faire avec » concerne le recueil des données, la conduite des actions elles-mêmes, l'appropriation des projets par les acteurs, l'intégration des changements dans leurs pratiques professionnelles. Ce travail partenarial peut concerner des professionnels intervenant auprès d'un même public dans des champs d'intervention différents ; le projet peut alors dépasser les seuls professionnels de la santé et impliquer des professionnels d'autres champs (social ou éducatif).

L'une des priorités peut être l'implication de professionnels ressources capables d'aller au devant des populations et de modifier l'organisation des services de santé, en vue d'améliorer leur accessibilité.

A condition qu'elle s'appuie sur une démarche pédagogique participative, permettant précisément le « faire avec », la formation des professionnels peut être un puissant moteur de changement des pratiques, qu'il s'agisse de conseil méthodologique, de formation initiale et continue ou de formation-action. Cependant, pour être suivie d'effet, cette formation doit se traduire par une inscription des missions d'éducation pour la santé dans leur fiche de poste et dans le fonctionnement de leur institution ; ces évolutions sont seules garantes d'une mise en phase de ces professionnels avec leur environnement de travail.

■ ■ ■ *Axe des actions éducatives*

> en promotion de la santé : « démocratie sanitaire », « développement des aptitudes »

Ces actions s'appuient sur une démarche participative. Elles suscitent l'implication des personnes concernées dans l'élaboration du projet à partir des éléments recueillis auprès d'elles, leur participation à la définition des objectifs et leur intégration dans le comité de pilotage du projet. En effet, les personnes directement concernées ont souvent une vision globale des situations qui prend en compte l'environnement. Dans la mesure où elles ne fragmentent pas la réalité, leur implication dans le projet conduit nécessairement à la promotion de la santé.



Quelle approche de l'éducation pour la santé caractérise nos interventions ?

Deux conceptions de l'éducation pour la santé coexistent : l'une vise la normalisation des comportements de santé ; l'autre recherche l'autonomie des personnes dans leurs propres choix de santé.

■ ■ ■ Normaliser les comportements ?

La première approche citée vise l'acquisition de comportements considérés comme médicalement favorables à une ou des question(s) de santé spécifique(s) : elle a pour objectif de faire baisser la prévalence d'un comportement, voire supprimer tout comportement susceptible d'entraîner un dommage sanitaire : conduite addictive, refus de soins,...

Le professionnel décide des problèmes de santé à traiter avec le public au regard des données épidémiologiques, recourt aux connaissances des experts sur ces questions (connaissances relatives en particulier aux effets néfastes et aux effets bénéfiques selon les types de comportements adoptés), prescrit les comportements à corriger et/ou à adopter pour parvenir à une meilleure santé.

Le problème de santé circonscrit par le professionnel constitue le centre de préoccupation de son dialogue avec le public ; les considérations propres de l'individu, son contexte de vie, en sont exclus.

Cette approche de l'éducation pour la santé se heurte à des écueils :

- En termes éthiques, elle est appliquée par le professionnel sans associer l'individu à la définition des questions et choix de santé qui le concernent, lui déniaient sa liberté de personne responsable et lui refusant les moyens d'exercer cette responsabilité.
- En termes d'efficacité :
 - la définition des problèmes de santé au regard de données épidémiologiques à l'échelle d'une population perd de sa consistance à l'échelle d'un individu ;
 - la stricte transmission d'informations sanitaires se heurte aux savoirs profanes du public ;
 - la prescription de comportements définis par l'expert renforce la distance avec les préoccupations et réalités individuelles et donc les résistances face aux injonctions, ou le déni du public face aux problèmes évoqués par le professionnel.
En voulant agir sur un comportement donné, celui-ci ignore la logique de vie de l'individu qui compte d'autres priorités, des contraintes diverses, des envies contradictoires, des valeurs différentes,...
 - le professionnel ne tient pas compte d'un ensemble d'autres facteurs qui conditionnent l'état de santé d'un individu, d'ordres environnementaux, socio-économiques, culturels, politiques.

■ ■ ■ *Développer la capacité à opérer des choix favorables à sa santé et à les mettre en œuvre*

La seconde approche citée vise le renforcement du pouvoir de décision et d'action de l'individu vis-à-vis des questions de santé. Elle a pour objectif de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'individu et du citoyen face aux questions de santé.

Inscrite dans une démarche de promotion de la santé, elle est celle vers laquelle tendent nos actions. Elle ouvre aux conditions du changement en matière de santé et s'appuie pour cela sur :

- La mobilisation et le renforcement des compétences individuelles favorables à l'autonomie des individus en matière de santé, telles que : esprit critique et confiance dans sa capacité à agir, aptitudes relationnelles et habiletés sociales,... ;
- Des méthodologies et méthodes de travail permettant aux individus de s'impliquer activement dans la construction et l'utilisation dans le champ de la santé de leurs savoirs et savoir-faire ;
- Des actions sur les facteurs liés à l'environnement de vie des individus qui interviennent dans leur état de santé.

Le professionnel accompagne le public (individus, citoyens) dans le développement de ses capacités à :

- repérer et analyser les questions et facteurs de santé ;
- réaliser des choix favorables à sa qualité de vie ;
- mettre en œuvre des solutions acceptables et réalisables pour lui.

La personne est au centre du travail réalisé par le professionnel ; elle est considérée comme un acteur social, un acteur de santé. Elle participe activement à la construction de ses savoirs, à partir des expériences et contextes de vie qui sont les siens.

Cette seconde approche de l'éducation pour la santé répond à des exigences :

- En termes éthiques, elle renforce l'individu dans l'exercice de sa liberté individuelle et de sa responsabilité citoyenne.
- En termes d'efficacité, les moyens sont offerts au public de :
 - s'approprier les questions de santé ;
 - élaborer ses propres choix et stratégies, réalistes et adaptés à un quotidien composé de bien d'autres préoccupations et dimensions que la santé telle qu'envisagée de façon parcellaire par le professionnel ou l'expert.

Les questions de santé ainsi abordées par un professionnel contribuent aux objectifs de développement de l'autonomie poursuivis dans divers secteurs (social, éducatif, sanitaire).



L'élu local, un acteur incontournable de la promotion de la santé des habitants

Différents facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques interviennent en faveur ou au détriment de la santé.

L'ambition de la démarche de promotion de la santé est d'agir sur ces différents facteurs relevant des conditions de vie, bien au-delà des comportements individuels des personnes. Elle concerne tous les acteurs de la société qui par leur fonction, leur place, leurs connaissances et les décisions qu'ils prennent ont une influence sur la santé.

Les élus locaux ont tout particulièrement le pouvoir, la légitimité et la responsabilité de contribuer à la promotion de la santé des habitants à travers leurs politiques.

Leur expérience, leur savoir-faire et leur connaissance des partenariats et des initiatives locales, constituent une ressource indéniable pour une démarche de promotion de la santé des habitants.

Par ailleurs, la territorialisation des politiques publiques a accru leur pouvoir d'agir sur les conditions et la qualité de vie des citoyens. De plus, le niveau local, de par sa proximité avec les habitants, constitue l'échelon le plus pertinent pour des actions ajustées aux besoins des habitants et favorisant leur participation active, plébiscitée par la démarche de promotion de la santé.

Malgré ses différents atouts, les principes et niveaux d'action de la promotion de la santé ne rencontrent pas spontanément la logique d'intervention des élus. Pourtant, comme l'illustre le tableau suivant, la démarche de promotion de la santé contribue pleinement à l'atteinte des objectifs visés par les élus du fait des différents enjeux d'ordre politique, économique, social et humain inhérents à leur fonction.

En quoi les objectifs et les modalités d'intervention de la promotion de la santé rejoignent les préoccupations et enjeux des élus : l'exemple de la promotion de la santé des personnes âgées

Quels sont les enjeux de la fonction d'élu ?

Un enjeu politique

Se traduisant par la définition d'un projet politique planifié et sa mise en œuvre dans le temps d'un mandat.

En quoi la promotion de la santé peut-elle y contribuer ?

Un programme de promotion de la santé des personnes âgées permet d'anticiper le vieillissement de la population en termes de projets à planifier sur la commune.

Il doit rendre son action visible vis-à-vis de son électorat (dire et montrer en quoi il répond à une demande sociale) et vis-à-vis d'autres communes.



Un enjeu économique

Se traduisant par un souci d'équilibre économique et de réduction des inégalités.

Un enjeu de développement local, de maintien des activités économiques et des services sur le territoire



Un enjeu social et démocratique

Se traduisant par la prise en compte de la place des personnes âgées dans la société, la cohésion de la population, de leur rôle éducatif en matière de transmission de valeurs et d'histoire, de l'importance des relations intergénérationnelles.

Un diagnostic/état des lieux permet d'affiner la connaissance de la population (âge, degré de dépendance, etc.) et de révéler la variété des besoins et des attentes d'une population hétérogène ainsi que les ressources et difficultés existantes.

Les méthodes d'intervention en promotion de la santé s'adaptent à la diversité des besoins et des attentes par la recherche de réponses diversifiées.

Les personnes âgées représentent une population très attentive à l'action politique comme en témoigne leur forte participation électorale.

Les programmes de promotion de la santé (prévention des chutes, éducation nutritionnelle, appareillage, aménagement de domiciles, etc.) permettent de diminuer les incapacités et de réduire les dépenses de santé.

Les inégalités de revenus ont un impact important sur les possibilités pour les personnes âgées de vivre selon leurs souhaits (plus grand pourcentage de personnes pauvres dans les institutions). La réduction des inégalités sociales de santé est une des finalités de la promotion de la santé.

Promouvoir la santé des personnes âgées c'est leur permettre de se maintenir en activité :

- en tant que consommateur, favorisant ainsi le maintien des commerces de proximité,
- en tant qu'usagers de services à la personne contribuant ainsi à la création d'emplois.

L'approche globale de la promotion de la santé s'intéresse aux conditions de vie et prend notamment en compte les questions d'aménagement du territoire : logement, équipement (routes, transports, éclairage...).

Les personnes âgées expriment une demande sociale forte : désir de vivre dans leur communauté, dans leur logement de la façon la plus autonome possible, désir de participer à la vie de la communauté, d'être reconnues pour leur expérience et leurs compétences (rôle de régulateur, maintien de la cohésion sociale...).



Un enjeu de développement humain

Améliorer la qualité de vie des citoyens c'est : améliorer la qualité des services aux personnes, améliorer l'état de santé des personnes (enjeu sanitaire).

La promotion de la santé fondée sur la participation des usagers permet de prendre en compte et de valoriser le rôle de cette population. Le processus d'empowerment qu'elle favorise, lui restitue ses capacités à agir, à analyser de façon critique son environnement et à être force de proposition pour le faire évoluer.

Elle permet ainsi aux personnes de révéler des compétences et de développer des aptitudes qui servent à la communauté.

Elle permet également de travailler le lien social et les relations intergénérationnelles.

Développer la promotion de la santé des personnes âgées c'est améliorer l'état de santé (enjeu sanitaire et économique) mais aussi faire évoluer le regard porté sur cette population. En favorisant la participation et l'investissement des personnes dans un projet, on peut contribuer à développer l'estime de soi et les aptitudes des personnes pour une amélioration globale de la qualité de vie.

Les méthodes d'intervention en promotion de la santé permettent également de développer les compétences des professionnels qui accompagnent cette population, de favoriser le partenariat, la coordination et le fonctionnement en réseaux.

De la promotion de la santé au développement durable

Si les élus locaux sont des acteurs incontournables de la démarche de promotion de la santé, force est de constater encore aujourd'hui leur méconnaissance de cette approche et des bénéfices qu'elle est en mesure de générer sur leur territoire.

Les Comites d'éducation pour la santé, de par leur proximité avec les élus locaux, ont un rôle important d'explicitation de ce vocable, et d'accompagnement des responsables politiques locaux dans l'appropriation de la démarche qui lui est liée.

Pour ce faire, il est avant tout nécessaire :

- d'illustrer de façon concrète en quoi la promotion de la santé des habitants est implicitement inscrite dans les différents enjeux inhérents à leur fonction,
- de démontrer que les méthodes d'intervention en promotion de la santé contribuent à l'atteinte de leurs objectifs.

Il peut également être tout aussi pertinent de témoigner de la similarité de l'approche de la promotion de la santé, avec le concept de développement durable et la démarche de l'agenda 21 qui lui est associée au niveau local, ces notions rencontrant actuellement plus d'adhésion de la part des élus.

Promotion de la santé et développement durable visent en effet toutes deux des évolutions sociales profondes et partagent une vision commune de l'homme dans la société.

Les valeurs communes aux deux démarches illustrent leur similitude : respect de l'altérité et de la diversité, solidarité sociale, attention aux plus démunis, responsabilité, acceptation de la prédominance du long terme sur le court terme, partage des pouvoirs et développement des compétences des citoyens...

Données probantes : quelle utilisation en éducation pour la santé ?

Les évolutions récentes et à venir de la santé publique, ainsi que la reconnaissance progressive de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, conduisent régulièrement les décideurs et les commanditaires des actions à recommander, voire exiger, que les pratiques soient fondées et évaluées selon des principes méthodologiques relevant de l'Evidence-based medicine (EBM).

Le propos ne vise pas à contester la pertinence de cette demande, mais à examiner avec les décideurs le cadre d'application et les limites de l'utilisation des données probantes issues d'une méthodologie « evidence-based ».

Nous rappellerons ainsi ce que recouvre cette notion d'« evidence-based medicine », quels en sont les principes, et quelles en sont les applications possibles dans le champ de la promotion de la santé.

Nous examinerons enfin, dans une perspective de collaboration stratégique avec les décideurs, quelles sont les limites des données probantes en promotion de la santé, et nous définirons les conditions de leur utilisation dans une action, avec un exemple concret de protocole d'intervention.

1. Définition et démarche de l'Evidence-based medicine (EBM)

C'est la « médecine fondée sur des preuves » ou des « faits démontrés », qu'on appelle aussi « données probantes ».

Cela signifie appliquer en amont une démarche en quatre étapes :

- 1) formuler clairement le problème à résoudre,
- 2) réaliser une revue de la littérature en retenant exclusivement les recherches
 - centrées sur une méthode expérimentale du type « pré-test / post-test » avec groupe expérimental (ou pilote) et groupe témoin,
 - dont les résultats sont publiés dans des revues à comité de lecture.
- 3) apprécier la validité et l'applicabilité des conclusions pratiques de ces publications,
- 4) en déduire la méthode d'intervention à mettre en œuvre.

Cela signifie également mettre en œuvre un protocole d'évaluation qui permettra de démontrer, en aval, l'efficacité de l'intervention. Ce protocole sera construit sur le modèle expérimental :

- constitution d'un groupe pilote (bénéficiaire de l'action) et d'un groupe témoin (non bénéficiaire de l'action),

-
- mesures des variables pertinentes (par exemple, variables physiologiques, comportements, représentations, etc.) avant et après le temps de l'intervention, dans les deux groupes.

Le « niveau de preuve » permet de hiérarchiser la qualité de l'information disponible concernant la relation observée entre un facteur de risque (par exemple, manger trop gras, trop sucré, trop salé) et un phénomène donné (par exemple, être obèse ou en surpoids). Pour évaluer ce niveau de preuve, il existe des méthodes fondées sur :

- la qualité de la méthodologie de recherche utilisée pour établir cette relation,
- la quantité et la cohérence des études établissant cette relation.

Selon les résultats de cette évaluation, le « niveau de preuve » peut ainsi être jugé « faible » (par exemple, une seule étude qualitative menée dans un site unique auprès d'un nombre limité de personnes), « modéré », ou « élevé » (par exemple, quinze études expérimentales menées dans différents sites auprès d'échantillons représentatifs).

2. Nature et place des données probantes en éducation et promotion de la santé

2.1. Limites à l'utilisation des principes de l'« evidence-based medicine » dans les actions d'éducation et promotion de la santé

D'une façon générale, ces limites sont connues¹, notamment :

- difficultés à établir avec certitude que c'est vraiment l'intervention éducative, et nul autre facteur, qui est responsable du changement observé ;
- pauvreté des résultats due aux contraintes de l'application des principes de l'EBM, et limites importantes à leur généralisation ;
- choix limité d'indicateurs permettant de mesurer des effets en cohérence avec les objectifs de l'éducation pour la santé (comme le développement de compétences) ;
- prise en compte limitée du sens de l'action ;
- absence de consensus sur le niveau de fiabilité de la preuve.

Plus précisément, les professionnels des Comités d'éducation pour la santé soulignent des difficultés de plusieurs ordres :

- La possibilité de disposer au départ de populations (témoin et pilote) comparables : par exemple, s'il est relativement facile de définir une population par rapport à des niveaux de risque (importance des facteurs de risque considérés), il est plus malaisé de la définir en termes de vulnérabilité, de précarité ou de difficulté. Or ce sont ces publics qui sont les publics prioritaires des Comités d'éducation pour la santé.
- Mesurer l'évolution de connaissances, d'attitudes, de comportements ou de compétences, entre un temps T et un temps T+1, est possible ; en revanche, il sera difficile de mesurer les effets de l'action qui ne manqueront pas de se produire en cascade, à long terme et sur des périmètres beaucoup plus larges que celui de l'action elle-même. Or les Comités d'éducation pour la santé estiment que ces effets sont au moins aussi importants que l'impact immédiat de l'action.

De même, alors que l'une des principales finalités de l'éducation pour la santé est de contribuer à la réduction des inégalités de santé, on sait à quel point il est difficile de faire la démonstration que cet objectif a bien été atteint.

- En cours d'action, et pour des raisons diverses, peut survenir de l'imprévu, de l'inattendu, qui sollicite

¹ M. O'Neill. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? *Sozial und Präventiv Medizin*, 48 (2003).

les capacités de réactivité, d'adaptabilité, et de créativité des professionnels des Comités d'éducation pour la santé. Le verrouillage de l'action dû aux impératifs méthodologiques des principes de l'EBM limite considérablement la possibilité d'ajuster le déroulement de l'action à ces imprévus. Or les pratiques des Comités d'éducation pour la santé s'appuient sur un cadre conceptuel, méthodologique et éthique qui les enjoint à favoriser l'adéquation des actions à la réalité rencontrée sur le terrain, ainsi que le soutien au développement d'actions innovantes.

- D'autre part, la possibilité de prendre en compte des effets imprévus ou inattendus de l'action, dans le cadre d'une évaluation de type EBM, peut être également questionnée.
- Enfin, la mise en œuvre de suivis et d'évaluations d'actions conformes aux exigences de l'EBM nécessite des moyens importants ; en effet, d'une part, le nombre de personnes ou de collectifs concernés par l'action devra être suffisamment élevé pour permettre des comparaisons valables, d'autre part, les modalités d'intervention de la promotion de la santé nécessiteront l'utilisation de techniques empruntées aux sciences sociales, du type entretiens qualitatifs semi-directifs, dont le coût est très élevé compte tenu des effectifs nécessaires. Or les Comités d'éducation pour la santé sont attentifs à assurer un équilibre entre les moyens alloués à l'action elle-même, et ceux qui sont consacrés à son évaluation.

Cependant, l'importance croissante accordée à cette notion nécessite de la prendre en compte dans les actions d'éducation et promotion de la santé. Cette prise en compte suppose quelques adaptations en vue d'une adéquation avec les spécificités de ce champ.

2.2. Une grande variété de données probantes en éducation et promotion de la santé

En promotion de la santé, il est d'usage de reconnaître une valeur de données probantes à de multiples sources d'expertise² :

- Recherche
 - Méta-analyse / RCT / autre recherche / opinion publiée dans revue à comité de lecture
 - Recherche publiée dans autre revue
 - Résultats non publiés
- Documents de référence
 - Publications internationales, gouvernementales
 - Textes de loi
 - Rapports de consensus
 - Recommandations / guides de bonnes pratiques
 - Rapports de recherche
 - Actes de conférences
 - Productions éditoriales / presse professionnelle
- Pratique
 - Guides d'action
 - Connaissances pratiques (carnets de bord)
 - Usages (sens commun, expérience)
- Individus/groupes
 - Recommandations professionnelles
 - Forums Internet
 - Opinion d'experts
 - Pairs

Ces ressources existantes sont privilégiées parce qu'elles sont adaptées aux pratiques de la promotion de la santé, qui doivent prendre en compte de nombreux déterminants de natures diverses et développer des approches appropriées à une multiplicité de contextes, de publics, de lieux de vie et d'intervention, afin de

² International Union for Health Promotion and Education. Getting Evidence into Practice. *Revue Promotion & Education*, hors série, 1 (2005).

contribuer à développer la capacité des individus et des groupes à mieux prendre en charge leur propre santé et celle des autres.

Les actions de promotion de la santé seront donc élaborées et conduites en s'étayant sur les données probantes que nous venons de lister.

Exemple illustrant la variété des données probantes en éducation et promotion de la santé = réalisation du référentiel de bonnes pratiques sur la « prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile »³

Ce document a été élaboré en trois phases :

- Dans un 1er temps, les membres du groupe de travail ont mis en commun des référentiels et recommandations existants sur le thème de la prévention des chutes.
- Dans un 2ème temps, des synthèses ont été élaborées pour les facteurs de risque, les outils de dépistage et les interventions, à partir des éléments suivants :
 - des ouvrages de référence,
 - des guides ou référentiels nationaux,
 - des données produites par des institutions nationales ou internationales,
 - un corpus d'articles scientifiques.

Des grilles de lecture, destinées à apprécier la qualité méthodologique et le niveau de preuve de ces documents, ont été établies en se fondant sur les classifications proposées par plusieurs sociétés savantes.

- Dans un 3ème temps, ce classement a permis de proposer des recommandations. Celles-ci ont été fondées autant que possible sur un niveau de preuve scientifique. En l'absence de niveau de preuve ou de données suffisantes, les recommandations ont été discutées et adoptées de façon consensuelle au sein du groupe de travail.

En conséquence, les interventions recommandées dans le référentiel sont classées en quatre niveaux :

- les interventions « fortement recommandées »,
- les interventions « recommandées »,
- les interventions « prometteuses »,
- les interventions « non recommandées ».

Les deux premiers niveaux signifient que l'efficacité de l'intervention est constatée souvent, voire de façon constante, dans des études de bonne qualité évaluant l'intervention.

L'intervention est dite « prometteuse » lorsqu'il existe un consensus d'experts concernant son efficacité. Une intervention est « non recommandée » lorsque son efficacité n'a jamais été démontrée.

2.3. Les possibilités d'utilisation des principes de l'EBM en éducation et promotion de la santé

L'application de ces principes est possible dans le cadre de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une action de promotion de la santé, moyennant quelques ajustements. Cette évaluation devrait conduire à la production de données probantes, réutilisables à certaines conditions dans le cadre d'autres actions du même type.

³ Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. H. Bourdessol (dir.) et S. Pin (dir.). Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile – Référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis : Editions INPES, mai 2005.

Exemple d'une action d'éducation pour la santé conduite dans le cadre général de la promotion de la santé

En 2000, les établissements pénitentiaires d'Ille et Vilaine se sont engagés dans la mise en œuvre de projets santé. Pour élaborer les objectifs et définir les actions, ces établissements se sont appuyés sur :

- les résultats d'un recueil de données,
- les évaluations des actions déjà menées en milieu pénitentiaire⁴,
- les actes et recommandations édités sur ce thème⁵.

Dès la mise en place de ce dispositif, un protocole d'évaluation a été défini à partir des enseignements tirés des résultats d'autres évaluations⁶. Cette évaluation a été supervisée par une sociologue.

L'objectif de ce protocole d'évaluation était de mettre à jour les facteurs de réussite du projet et d'identifier les points nécessitant d'être réorientés dans le cadre d'une poursuite éventuelle du dispositif. Cette évaluation portait donc autant sur le processus de la démarche engagée que sur les résultats obtenus.

Les indicateurs d'évaluation définis couvraient un champ large pour répondre à cette attente :

- respect du rythme des rencontres,
- satisfaction des partenaires,
- prise de parole ou d'initiative des détenus dans les ateliers santé,
- mise en application des conseils,
- améliorations concrètes de l'environnement,
- etc.

Ces éléments ont été recueillis, tout au long du projet, grâce à différents outils :

- fiches d'ateliers,
- comptes-rendus,
- questionnaires,
- entretiens.

Les données probantes produites par cette évaluation ont été utilisées pour améliorer les projets conduits ultérieurement.

- D'une part, les résultats ont été réinvestis dans l'élaboration de nouveaux projets, perfectionnés par rapport aux précédents : accroissement de la communication en direction des surveillants, implication plus forte de la direction, etc.
- D'autre part, les résultats obtenus ont favorisé le réengagement des financeurs et des partenaires en mettant en valeur le travail réalisé.

⁴ P. Lecorps, V. Lemonnier. *Maison d'arrêt d'Angers : rapport d'étape*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 2000. n. p. / F. Guibourgé, A.-M. Palicot. *Appui méthodologique pour des programmes d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : rapport d'activités au 31 décembre 1999*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 2000. 52 p. et annexe / A. Chantraine, A.-M. Palicot. *Etat des lieux des actions ayant eu lieu en milieu pénitentiaire sur le thème du sida autres que les formations 1996-1997*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 1998. 10 p.

⁵ F. Guibourgé. *Prévention et éducation pour la santé en milieu carcéral, Séminaire national, Rennes, 14-15-16 décembre 1994 : synthèse des ateliers*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 1994. 21 p. / CODESS d'Ille-et-Vilaine. *Prévention et éducation pour la santé en milieu carcéral, Séminaire national, Rennes, 14-15-16 décembre 1994 : document préalable*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 1994. 90 p. / F. Guibourgé, A.-M. Palicot, O. Brixi, O. Choukroun. *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*. Vanves : Comité français d'éducation pour la santé, 1997. 171 p. / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ministère des solidarités de la santé et de la famille, Ministère de la justice, Administration Pénitentiaire. *Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? Colloque «Santé en prison», mardi 7 décembre 2004, Paris*. Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 2004. 108 p.

⁶ CODESS d'Ille et Vilaine. *Education pour la santé au Centre pénitentiaire des femmes à Rennes : La recherche action SIDA 1990-1991*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 1992. / F. Guibourgé. *Education pour la santé au Centre pénitentiaire des femmes à Rennes : le projet Santé-Dépendances, 1992-1993*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 1994 / CODESS d'Ille-et-Vilaine. *Evaluation intermédiaire du programme inter-institutionnel d'éducation et de promotion de la santé (PIEPS)*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 1999. 36 p. / A. Chantraine, V. Lemonnier. *Le PIEPS : 30 projets d'éducation et de promotion de la santé, 1997-1998-1er semestre 1999*. Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, 1999. 86 p.

Coordination du groupe de réflexion :
Collège Régional d'Education pour la Santé (CRES) de Bretagne

Avec le soutien du Groupement Régional de Santé Publique de Bretagne