

# Glossaire

## Education et promotion de la santé

*2005*

# Sommaire

• Advocacy	<i>p. 3</i>
• Besoin	<i>p. 3</i>
• Communauté	<i>p. 3</i>
• Communication	<i>p. 4</i>
• Compétences psychosociales	<i>p. 6</i>
• Comportement	<i>p. 7</i>
• Conduites à risques	<i>p. 7</i>
• Coordination / Coordinateur	<i>p. 7</i>
• Counseling	<i>p. 9</i>
• Déterminants de la santé	<i>p. 10</i>
• Education par les pairs	<i>p. 11</i>
• Education pour la santé	<i>p. 13</i>
• Education thérapeutique	<i>p. 16</i>
• Epidémiologie	<i>p. 17</i>
• Empowerment	<i>p. 17</i>
• Estime de soi	<i>p. 18</i>
• Ethique	<i>p. 20</i>
• Evaluation	<i>p. 20</i>
• Exclusion	<i>p. 22</i>
• Marketing social	<i>p. 23</i>
• Pauvreté	<i>p. 23</i>
• Précarité	<i>p. 25</i>
• Prévention	<i>p. 26</i>
• Promotion de la santé	<i>p. 28</i>
• Réseau	<i>p. 29</i>
• Santé	<i>p. 30</i>
• Santé communautaire	<i>p. 31</i>
• Santé Publique	<i>p. 32</i>

## Advocacy

Une des trois stratégies de la promotion de la santé proposée dans la charte d'Ottawa. Cette stratégie a pour objectif d'influencer les facteurs politiques, sociaux, culturels, aussi bien que les facteurs environnementaux et comportementaux dans une perspective de promotion de la santé, par un parti pris actif et par la prise en compte des intérêts en jeux.

Deux approches peuvent être définies : l'une concerne la représentation des intérêts des groupes qui ne sont pas (encore) capables de s'articuler eux-mêmes de façon similaire, l'autre porte sur le plaidoyer dans le sens d'un lobbying altruiste.

*Glossaire des termes techniques en santé publique, Commission Européenne*

## Besoin

1. ressenti comme nécessaire.
2. ce qui existe et ce qui est désiré.

La théorie des besoins de Maslow identifie cinq besoins fondamentaux à l'être humain : les besoins de sécurité, les besoins d'identité et d'amour, les besoins d'estime de soi et les besoins d'épanouissement personnel.

Les besoins sanitaires apparaissent soit lorsqu'il est nécessaire de remédier à une mauvaise situation sanitaire, soit lorsqu'on souhaite préserver un état de santé donné. Le besoin ressenti correspond à ce qui est perçu par le patient, le besoin exprimé à ce qui est explicité par celui-ci, le besoin diagnostiqué à ce qui est découvert et mis en évidence objectivement par le professionnel de santé.

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

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

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

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

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

## Communauté

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

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

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

Les communautés peuvent être moins formelles encore ou même très éphémères, par exemple, les enseignants

et les élèves d'une classe, une bande d'adolescents, les personnes occupant la salle d'attente d'un centre de santé, la clientèle d'un café... A chacun d'identifier d'autres communautés et d'imaginer comment elles peuvent être à la base d'une action de santé.

*Deschamps J.-P., Analyse des besoins d'une communauté, La Documentation Française (1986)*

## Communication

La communication désigne l'ensemble des activités, des procédures et des structures par lesquelles les hommes s'échangent des mots, des signes, des représentations.

On distingue deux grandes dimensions de la communication : la communication intersubjective, entre deux personnes seulement, et la communication médiatée, qui fait intervenir un nombre indéfini de personnes dans des formes fixées pour tous ceux qui appartiennent à la même société ou à la même communauté.

Tandis que la communication intersubjective s'inscrit dans les formes du langage (langue, gestes, expressions du visage, etc.), la communication médiatée s'inscrit dans les médias, censés diffuser dans l'espace public des informations mises en forme par un médiateur (journaliste, publicitaire, animateur culturel, professionnel du spectacle, etc.) au nom d'un destinataire (journal, institution, parti politique, etc.) qui donne une légitimité, une consistance institutionnelle, à la communication ainsi produite et diffusée.

Le destinataire peut être un acteur existant concrètement (gérant de journal, marque faisant de la publicité, auteur dramatique), ou existant dans des formes sociales non identifiables à un acteur (un parti politique, une opinion ou une idéologie, un système politique, une culture dominante, qui s'expriment par des médias interposés). Il ne faut pas confondre le destinataire, qui donne sa

légitimité au message, et le destinataire, à qui il est destiné.

*Lamizet B. in Benoit D (dir.) Introduction aux sciences de l'information et de la communication, Paris, Les éditions d'Organisation, p. 131 (1995).*

La communication de masse désigne l'ensemble des procédés par lesquels des groupes de spécialistes utilisent des médias pour vulgariser un contenu informatif ou symbolique. Elle se caractérise par le recours aux techniques les plus diverses, presse à grand tirage, cinéma, radio, télévision, affichage publicitaire urbain, etc., par l'ampleur de l'aire de diffusion, régionale, nationale ou même mondiale, par l'hétérogénéité du public atteint.

*Baylon C., Mignot X., La communication, Paris, éditions Nathan, p. 167 (1991)*

Il y a communication quand un message est émis et reçu. En matière d'éducation pour la santé, un message est une chose que l'on considère important que les membres de la communauté sachent ou fassent.

L'origine peut en être un agent de santé local, les pouvoirs publics ou les membres de la communauté eux-mêmes qui reconnaissent la nécessité d'un changement. Il est transmis directement lors d'une conversation privée, d'une réunion de groupe ou d'un exposé ayant trait à la santé, ou indirectement à la radio ou dans un journal. Ce qui est important est ce qui se produit quand le message parvient aux gens auxquels il est destiné. S'ils l'entendent, le comprennent et sont enclins à le croire, il y a eu bonne communication.

Il est rare que la communication à elle seule modifie un comportement. Comme on l'a vu, un comportement est trop complexe pour cela. Mais il est nécessaire de faire entendre, comprendre et croire certains faits ou certaines idées pour ouvrir la voie aux modifications de

comportements souhaitées et à une participation de la communauté en connaissance de cause.

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

## **Les 27 principes de base d'une stratégie de communication**

Dans leur ouvrage *Designing Health Communication Campaigns : What works ?*, Backer, Rogers et Sopory rapportent vingt-neuf entretiens avec des experts et responsables de campagnes de communication pour la santé, afin de dégager les conditions d'efficacité de ces campagnes.

Ils en tirent vingt-sept principes de base et affirment que les campagnes sont plus efficaces :

1. lorsqu'elles utilisent différents médias (télévision, radio, imprimés...)
2. lorsqu'elles associent les médias de masse à des actions nationales, de groupes et individuelles, s'appuyant sur des structures existantes (ce qui conduit à utiliser une "approche systémique" des campagnes)
3. lorsqu'elles ciblent ou segmentent avec soin le public qu'elles sont censées toucher
4. lorsqu'elles s'appuient sur des personnalités célèbres pour attirer l'attention du public sur le thème d'une campagne
5. lorsqu'il y a répétition d'un message unique
6. lorsqu'elles visent à promouvoir des comportements préventifs en mettant l'accent sur le caractère positif du changement de comportement plutôt que sur les conséquences négatives du comportement visé : une stratégie de campagne jouant sur la peur fonctionne rarement
7. lorsqu'elles mettent en avant des bénéfices immédiats plutôt que des conséquences négatives à long terme
8. lorsqu'elles impliquent dans leur conception et mise en œuvre des personnalités et des groupes clés au sein des organisations médiatiques et gouvernementales
9. lorsqu'elles se soucient du rythme (timing) selon lequel se déroule une campagne
10. lorsqu'elles utilisent des techniques d'évaluation formative pour évaluer et améliorer les campagnes pendant leur préparation et leur mise en œuvre
11. lorsqu'elles ont des objectifs modestes et réalistes en termes de changements de comportement
12. lorsqu'elles recourent à des stratégies de marketing commercial et de marketing social
13. lorsqu'elles utilisent des messages éducatifs dans des contextes de divertissement
14. lorsqu'elles font des efforts délibérés pour résoudre les conflits potentiels entre les chercheurs en évaluation et les créateurs de messages
15. lorsqu'elles abordent les facteurs environnementaux et socioculturels influençant les problèmes de santé que la campagne essaye de toucher (par exemple, la toxicomanie est liée à la pauvreté et au manque de perspectives économiques)
16. lorsqu'elles sont coordonnées avec des services d'accès rapide et direct (par exemple, des numéros verts d'information et de conseil), pour qu'un relais immédiat soit offert si le changement de comportement s'amorce
17. lorsqu'elles s'appuient sur une segmentation du public à partir de variables fondées sur les attitudes, les valeurs et les croyances, plutôt que sur des données démographiques
18. lorsqu'elles dirigent leurs messages vers des proches des personnes ciblées, en particulier vers ceux qui ont une influence directe, parents ou personnes du même âge ou du même milieu
19. lorsqu'elles choisissent avec soin les personnes proposées comme modèles

de l'apprentissage social désiré, certaines d'entre elles pouvant se révéler par la suite des modèles négatifs (personnalités ayant participé à des campagnes de lutte contre la toxicomanie et dont on apprend qu'elles ont elles-mêmes des problèmes de toxicomanie)

20. lorsqu'elles introduisent des mécanismes permettant de réduire l'anxiété créée (quand les messages jouent sur la peur)

21. lorsque les annonces du service public, qui ne conduisent généralement pas, à elles seules, à des changements de comportement, sont combinées à d'autres formes d'action

22. lorsqu'elles utilisent le moyen de l'information pour augmenter leur visibilité

23. lorsque le rôle du gouvernement dans les campagnes est essentiellement de fournir le financement des actions et un leadership approprié sur les problèmes controversés

24. lorsqu'elles visent les connaissances et croyances des personnes à qui elles s'adressent et qui font obstacle à l'adoption des comportements souhaités

25. lorsqu'elles suscitent des motivations favorisant l'adoption des comportements voulus ou informent sur les avantages de leur adoption, ces comportements étant construits à partir des motivations, besoins et valeurs des publics ciblés

26. lorsqu'elles attirent l'attention des publics sur les conséquences plus que probables et immédiates d'un comportement positif pour la santé

27. lorsqu'elles ont recours aux pré-tests pour s'assurer des effets des messages sur les publics ciblés.

*Thomas E. Backer, Everett M. Rogers, Pradeep Sopory, Designing Health Communication Campaigns : What works ? USA, Sage Publication, 1992, In Du bon usage de la communication en éducation pour la santé, éditions CFES, séminaire de Bierville 1996.*

## Compétences psychosociales

Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé au sens large ; en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé.

*Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école, Paris, ESF, p. 74 (1997)*

Des experts réunis par l'OMS dans le cadre d'aide à la création de programmes scolaires destinés au développement des aptitudes essentielles à la vie des élèves, ont établi une liste de ces aptitudes ou compétences psychosociales, ayant une valeur transculturelle.

Ces compétences sont au nombre de 10 et présentées par couple :

- savoir résoudre les problèmes / savoir prendre les décisions
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique
- savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles

- avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres
- savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

Il s'agit d'un travail exploratoire non ratifié par l'Assemblée Générale de l'OMS.

*Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école, Paris, ESF, p. 74 (1997)*

## Comportement

### Définition :

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

### Argumentaire :

L'éducation pour la santé vise à favoriser une modification des comportements vers plus de rationalité face aux risques pour la santé. Si l'on prend l'exemple de la transmission des maladies, des normes sociales intégrées parfois depuis de nombreuses générations sont à modifier si l'on veut obtenir un changement des comportements pour une réduction des risques.

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

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

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

La modification des comportements en vue de réduire les risques pour la santé appelle une réflexion et une analyse fine

des causalités, des liens multiples entre le facteur de risque qui a été isolé et les différentes pratiques qui l'entourent, des représentations parfois contradictoires qui y sont associées dans différents groupes sociaux.

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

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

## Conduites à risques

Habitudes de vie individuelles qui entraînent une probabilité élevée de survenue de maladies spécifiques et non spécifiques au sein d'une population.

Les comportements à risques classiques sont : le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activités sportives, l'abus de drogue, la gestion inadaptée du stress. Du fait d'une absence de conscience du risque et de la sous-estimation de la probabilité, le comportement à risque détermine des sentiments négatifs dans des situations sociales et augmente le bien-être.

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

## Coordination / Coordinateur

Les relations entre les professionnels se situent à deux niveaux :

- la coordination centrée sur le patient. Elle fait la qualité du traitement global et réduit des coûts globaux

- la coordination centrée sur la structure. Elle permet aux professionnels de dialoguer, de s'informer, de se former. C'est la coordination investissement.

Le pilotage de cette double coordination peut être assuré par une ou plusieurs personnes selon les disponibilités de temps des acteurs, le type de pathologie et la taille du réseau.

La définition du poste de coordinateur est difficile.

Le rôle de coordinateur doit être défini au départ. Les missions, les devoirs, l'étendue et la limite du domaine de compétence du coordinateur doivent être l'objet d'un contrat précis, clairement rédigé et accepté par tous. (...)

Le coordinateur est garant du fonctionnement. Il doit évaluer le système, coordonner les professionnels, les intervenants, la formation et l'information.

Le coordinateur doit avoir un bon sens du relationnel et doit être capable de suivre chaque étape de la prise en charge.

Quelle que soit sa formation initiale, le coordinateur doit se faire assister par des spécialistes pour certains points techniques : assistante sociale, médecin, psychologue, auxiliaire de justice...

Il semble plus que l'on doive s'orienter vers un pôle de coordination que vers un poste de coordinateur.

Le pôle se fixe un certain nombre de principes directeurs qui conditionnent ses modalités de fonctionnement : qualité / accessibilité / excellente connaissance des acteurs / équité et adéquation aux besoins dans la sollicitation des correspondants du réseau.

Ce pôle a pour mission de gérer le système d'information, de gérer les interventions, d'organiser la communication entre les membres du réseau. (...)

Le pôle de coordination n'a pas vocation à supplanter les services et structures existants mais simplement à coordonner leur intervention dans l'intérêt du patient. (...)

Le choix du coordinateur ou du pôle de coordination doit être effectué dès le départ c'est-à-dire dès que l'on souhaite mettre en œuvre le réseau.

*Fédération régionale des réseaux de santé  
PACA, Guide de développement des  
réseaux, juin 1999, p. 19*

La fonction de coordination est essentielle dans un réseau. Elle évolue avec sa croissance et ses objectifs : régulation et médiation pour les patients et leur entourage (orientation vers le bon professionnel ou le bon service), coordination des professionnels dans leurs pratiques et leurs formations, réflexion stratégique vis-à-vis de l'environnement (public et institutions).

La coordination intéresse aussi bien les divers services concernés d'un ou plusieurs établissements hospitaliers que les professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux ou autres qui sont extérieurs à des établissements.

Cette fonction qui prend du temps n'est pas rémunérée par le paiement à l'acte. Pour ces deux raisons, l'Etat a financé avec l'assurance maladie des postes de coordinateurs dans les réseaux tels que ceux prenant en charge les infections virales chroniques (VIH, VHC) et les pratiques addictives. (...)

Le ou les responsables de cette coordination doivent être clairement identifiés.

*URCAM, ARH PACA, Réseaux de santé,  
Guide d'information et de réflexion à  
l'usage des promoteurs d'un projet de  
réseau, juin 2000, p. 11*

# Counseling

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de *counseling* est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter.

Le counseling se définit comme « une relation dans la quelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face ».

Il existe de nombreuses autres définitions du counseling d'autant plus qu'il existe aussi de nombreux courants de pensée dans ce domaine. Mais toutes les définitions insistent sur les aspects suivants :

- le counseling est un processus qui nécessite une certaine durée même si celle-ci est brève. Il se déroule sur plusieurs séquences et ne peut être réduit à une intervention unique
- il a des effets, notamment le changement ou l'amélioration de l'état psychologique du client
- il ne se réduit pas à une relation duelle mais peut être étendu aux groupes.

En France, le terme anglo-saxon *counseling* dérange et constitue un obstacle à sa définition, d'autant que sa traduction en français par « conseil » appelle d'autres connotations et fait disparaître l'importance attribuée à la désignation de l'action marquée dans la langue anglaise par le suffixe "ing". Par ailleurs, la transversalité de la démarche gêne le public français plutôt usager d'un point de vue classificatoire, mono-disciplinaire et mono-référentiel. Alors que chez les anglo-saxons le *counseling* s'apparente à une démarche thérapeutique, pour les Français, notamment pour les freudo-lacaniens, il n'en est rien. La démarche thérapeutique requiert une durée conséquente si ce n'est longue, là où le *counseling*, obéissant à la fonction sociale qui le caractérise

également, s'en tient à une intervention brève. Il n'en demeure pas moins que le *counseling* constitue une approche explicitement clinique notamment par l'écoute qu'elle suppose et mobilise. A ce titre, il subsiste des liens de parenté entre certains aspects présents dans la relation thérapeutique et dans le *counseling*.

Selon nous, le *counseling* est une forme de « psychologie situationniste » : c'est la situation qui est cause du symptôme et non l'inverse. En ce sens, le *counseling*, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent. De notre avis, l'expression "accompagnement psychologique" serait insuffisante dans la mesure où les champs d'application du *counseling* désignent souvent des réalités sociales productrices à elles-seules chez les individus d'un ensemble de troubles ou de difficultés.

Il existe une diversité de courants théoriques dans le *counseling*. Ceux-ci diffèrent en fonction des conceptions que ses représentants se font de l'être humain, de la nature de sa souffrance, des fondements théoriques auxquels ils se réfèrent, des objectifs de la relation d'aide, des techniques employées, de la nature de la relation thérapeutique et des types de clients auxquels ce type d'aide est particulièrement adapté.

Le principe de cohérence du *counseling* réside fondamentalement en ceci : beaucoup de situations de la vie sont causes à elles seules de souffrances psychologiques et sociales et nécessitent la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien auprès des publics concernés.

Le *counseling* répond aux besoins d'un public de plus en plus large qui cherche l'aide d'une personne pour résoudre, dans un temps relativement bref, des problèmes qui ne ressortissent pas forcément de sa propre pathologie mais

tout autant des contraintes ou d'un contexte spécifique avec lequel il doit composer ou dans lequel il doit survivre et pour lesquels, la plupart du temps, la société ne l'a pas préparé ou n'assure pas les fonctions de soutien adéquates en temps réel.

Ce n'est sûrement pas par hasard que le counseling est revenu en force en France par le biais de l'infection à VIH et que de nombreuses personnes désirent le développer dans d'autres champs (l'éducation à la santé, la prise en charge des publics définis comme "difficiles"). La montée des phénomènes d'exclusion, l'accroissement de la pauvreté et la stigmatisation sociale à l'égard de certaines personnes comme les personnes séropositives, les jeunes toxicomanes, ou les migrants ont eu des répercussions concrètes dans le champ de la pratique de la relation d'aide.

Les types de clientèle ont changé ; la situation concrète de clients de plus en plus nombreux a obligé les praticiens à apprendre à gérer des situations de crise d'urgence, de danger, de précarité voire de clandestinité pour lesquelles ils n'avaient jamais été formés.

Surtout la demande s'est modifiée : à l'heure actuelle, des personnes arrivent en urgence dans un groupe, une association ou chez un thérapeute pour demander à ceux-ci de les aider à survivre, à faire face à des situations d'immense détresse consécutive à l'accumulation d'événements comme l'annonce d'une séropositivité, la perte d'un emploi, le décès d'un proche, la suppression de toute ressource, la notification de l'expulsion du territoire. L'urgence concrète des situations l'emporte sur le temps psychique nécessaire à leur élaboration. Par ailleurs, de nombreux praticiens de la relation d'aide ont entamé une réflexion sur les fondements théoriques et cliniques de leur pratique. En effet, qu'y a-t-il de commun entre l'environnement de la souffrance des patients qui faisaient appel à Freud, le désir d'évolution personnelle des participants des groupes de rencontre des années 70 et les malaises existentiels

multiples de personnes qui dérogent à toutes les classifications et catégories psychopathologiques existantes ?

Ainsi confrontés à un nouvel objet de la demande, les praticiens de la relation d'aide ne peuvent tenter que d'élaborer de nouvelles formes de traitement et de soutien. En ce sens, le counseling peut constituer une réponse centrée sur la mobilisation des ressources et des capacités de la personne à faire face et à résoudre les problèmes qui la concernent grâce à l'établissement d'une relation de type thérapeutique particulière n'ayant rien à voir avec les dispositifs d'aide et d'assistance traditionnels.

*Tourette-Turgis Catherine, Comment dire,  
Paris,  
Auteur du Que sais-je ? "Le counseling"*

## **Déterminants de la santé**

On peut répartir les déterminants de santé d'un individu en quatre grands groupes :

- la biologie humaine : les facteurs génétiques, les facteurs physiologiques, les facteurs liés à la maturation et au vieillissement
- l'environnement physique, psychologique, social
- les comportements, le style de vie : les facteurs professionnels, les facteurs liés aux loisirs, les modes de consommation (alimentation, produits toxiques)
- l'organisation des services de santé : la prévention, les soins curatifs, la réadaptation, la réhabilitation.

Tous ces facteurs sont, bien sûr, interdépendants. Des conditions de travail difficiles peuvent, par exemple, accélérer le vieillissement. L'environnement social conditionne souvent les modes de consommation, qu'il s'agisse de nourriture, de tabac ou d'alcool. La

pollution de l'air et de l'eau a des conséquences sur les facteurs physiologiques. L'organisation des services de santé dépend des décisions politiques et de conditions économiques.

*Du bon usage de la communication en éducation pour la santé, Editions du CFES, d'après Jean Martin, Pour la santé publique, Lausanne, Réalités sociales (1987).*

La médecine et ses techniques jouent, bien entendu, un rôle dans le processus de réduction et d'éradication des maladies et de gestion de la santé. Toutefois, d'autres facteurs interviennent et jouent un rôle déterminant sur l'état de santé d'une population.

Le rapport Lalonde, paru en 1974 au Canada, a mis en évidence que les soins de santé n'étaient qu'un des quatre déterminants de la santé, à côté de la biologie, de l'environnement et des habitudes de vie.

Les actions visant à améliorer le bien-être des individus se sont alors focalisées sur les mauvaises habitudes de vie : alimentation, tabac, alcool, sédentarité... Elles étaient considérées comme les causes principales de maladies. Implicitement, cette optique induisait l'idée que les gens étaient largement responsables de ce qui leur arrivait.

Toutefois, les limites de cette conception sont vite apparues. Des études ont démontré que si on admet que toute la population adopte un genre de vie raisonné, l'espérance de vie sera probablement allongée mais un gradient d'état de santé entre les classes sociales persistera.

La position dans la hiérarchie socio-économique semble en effet être un déterminant important de l'état de santé. De nombreuses études soulignent que "plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue est l'espérance de vie en bonne

santé. Ce gradient a été observé dans tous les pays du monde, mais avec une amplitude qui varie.

On commence aujourd'hui à soupçonner que c'est dans l'environnement social, économique et culturel que se trouvent les secrets de la longévité et de la bonne santé. Cet environnement a un impact notamment sur les moyens utilisés pour faire face au stress. Ceux-ci varient selon le sentiment qu'a l'individu de pouvoir contrôler sa vie (événement, travail...) qui est lui-même dépendant non seulement de la position hiérarchique et du support social, mais aussi du modèle de société dominant.

Cette approche nous montre qu'une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population simplement en lui fournissant des soins de santé, fussent-ils de la meilleure qualité technique possible. Elle nous dit également qu'une société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils sont responsables de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée.

*Des concepts et une éthique I, Collection santé communautaire et promotion de la santé, Belgique (1998).*

## **Education par les pairs**

Approche éducationnelle, qui fait appel à des pairs (personnes de même âge, de mêmes contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. Notamment dans la prévention vis-à-vis de la drogue et du sida, l'éducation par des pairs est une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation

pour la santé traditionnelles. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, l'impact des pairs est plus grand que d'autres influences.

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

### **L'approche par les pairs en éducation pour la santé**

De nombreux auteurs ont souligné que les jeunes considèrent leurs amis comme leur principale source d'aide pour faire face à leurs problèmes quotidiens, qu'ils soient d'ordre sentimental, de dépression, de drogue ou de contraception.

Le principe de l'éducation par les pairs repose donc sur la constatation que les jeunes sont souvent de meilleurs interlocuteurs pour les autres jeunes que les adultes. Ainsi, il peut être intéressant de les associer à des actions de promotion de la santé afin qu'ils soient des relais vers d'autres jeunes.

L'approche par les pairs repose sur les postulats suivants :

- les jeunes sont souvent des sources d'informations pour leurs pairs
- les adolescents se tournent spontanément vers leurs pairs lorsqu'ils ont des difficultés
- il existe une entraide " naturelle " entre les jeunes
- les jeunes sont mieux à même que les adultes de reconnaître et de comprendre les problèmes de leurs pairs
- les phénomènes d'identification et d'exemplarité qui font partie du processus de recherche d'identité des jeunes peuvent être orientés vers l'adoption de comportements favorables à la santé.

(...) L'approche par les pairs a beaucoup été développée dans les pays anglo-saxons depuis les années 70. Les programmes mis en place aux Etats-Unis et au Canada sont essentiellement des

actions thématiques : prévention du tabagisme, de la drogue, de l'alcool et des dépendances en général, prévention des maladies cardio-vasculaires, contraception, prévention des MST et du sida, utilisation des services de santé.

Ces méthodologies peuvent être classifiées de la façon suivante :

- Les leaders positifs ou multiplicateurs : des jeunes leaders sont sélectionnés parmi les volontaires. Ils peuvent être ou non des leaders naturels. Ils seront amenés à transmettre des informations sanitaires et à animer des groupes au sein des établissements scolaires dans lesquels ils sont scolarisés. Les séances qu'ils organisent visent à aider leurs pairs à développer des compétences sociales leur permettant de résister aux pressions incitatrices de conduites à risques.
- Les pairs entraidents : des jeunes volontaires sont formés à l'écoute et à l'entraide par des adultes.

La plupart des programmes américains qui ont fait l'objet de publication ont été évalués. Les résultats montrent que ce type d'action a plus d'impact que les programmes menés par les adultes, qu'il s'agisse des enseignants ou de professionnels extérieurs.

Des comparaisons avec des groupes témoins n'ayant reçu aucun programme d'éducation pour la santé démontrent aussi leur efficacité en terme d'acceptabilité par les jeunes et de prévention.

Cette efficacité peut être attribuée aux faits suivants :

- les objectifs assignés à ces actions sont plutôt définis en terme de changement de mode de vie et de développement d'aptitudes plutôt qu'en terme d'acquisition de connaissances, l'information étant un facteur nécessaire mais non suffisant pour motiver un changement comportemental
- l'approche par les pairs est une méthode active et participative

- les programmes sont plus centrés sur les jeunes eux-mêmes que sur les thèmes de santé
- Cette méthode met en jeu l'exemplarité et l'identification.

*Approche par les pairs et santé d'adolescents,  
Séminaire international francophone,  
Besançon,  
5-7 décembre 1994, Edition CFES, Codes du  
Doubs, Fondation de France (1994).*

## Education pour la santé

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, dans la charte d'Ottawa. Elle est une condition de réussite des autres mesures de santé publique : campagnes de dépistage, protection de l'environnement, amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins etc.

Mission de service public intégrée au système de santé et au système éducatif, 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. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle 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, les personnes en situation de précarité...
- des lieux de vie : la famille, l'école, le quartier, l'entreprise, l'hôpital, la prison...

Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- des campagnes de communication, d'intérêt général, dont l'objectif est de sensibiliser la population à de grandes causes de santé et de contribuer à modifier progressivement les représentations et les normes sociales ;
- la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, les moyens de prévention, les maladies, les services de santé, en utilisant des supports et des formulations variées, adaptés à chaque groupe de population ;
- des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

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

Processus d'apprentissage de savoirs (connaissances) et de savoir-faire (aptitudes, compétences) permettant de donner les moyens à un individu ou à un groupe d'exercer un choix par rapport à des comportements de santé.

*Michaud C., Citation de l'auteur.*

Les objectifs de l'éducation à la santé visent des connaissances, des attitudes et des comportements ; ils prétendent développer un savoir, un savoir-faire et un savoir être permettant à chacun et à chaque communauté d'atteindre le plus haut degré de santé possible.

*Castillo (1984)*

On met souvent en parallèle éducation pour la santé, prévention et promotion.

L'éducation pour la santé est utilisée dans de nombreux secteurs. C'est une stratégie axée principalement sur les apprentissages qui agit sur les connaissances, attitudes, comportements, valeurs, modes de prise de décision, reliés à des objectifs de prévention, de protection ou de promotion de la santé, et aussi de réadaptation et de fidélité au traitement médical et pharmaceutique. Elle s'intéresse aussi aux contextes dans lesquels les apprentissages sont les plus favorables (relation d'aide interpersonnelle, clinique, petit groupe, auditoire de masse...).

Dans le secteur médical, l'éducation des patients est un moyen de les soutenir dans leur réadaptation et de favoriser l'adoption de comportements thérapeutiques ou préventifs (médication, régime alimentaire, activité physique...).

Dans le domaine de la santé publique, l'éducation pour la santé se concentrera sur les changements des comportements considérés comme des facteurs de risque par des programmes qui viseront à informer, persuader, former des individus (éducation sexuelle, consommation abusive de médicaments...).

Dans le domaine socio-environnemental, l'éducation pour la santé sera utile pour sensibiliser diverses cibles (groupes, organisations, communautés) à des causes environnementales, économiques et sociales reliées à la santé (recours à l'éducation populaire pour rejoindre les femmes enceintes défavorisées; sensibilisation d'un conseil d'administration sur les besoins d'une clientèle spécifique; campagne auprès d'élus municipaux sur les problèmes d'environnement...).

*La promotion de la santé comme perspective,  
in Santé Société collection promotion de la  
santé, 1,  
Gouvernement du Québec,  
Ministère de la santé et des services sociaux,  
p.9. Québec, Canada.*

L'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. Le comportement peut être la cause principale d'un problème de santé mais il peut être aussi la solution principale... En modifiant leur comportement, ces gens peuvent résoudre et éviter bon nombre de leurs problèmes. Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer.

L'éducation pour la santé ne remplace pas d'autres prestations sanitaires mais elle est nécessaire à leur bonne utilisation... L'éducation pour la santé encourage des comportements qui favorisent la santé, permettant d'éviter les maladies, de les guérir si l'on est malade et de faciliter la réadaptation. Les besoins et centres d'intérêts de l'individu, de la famille, des groupes, des associations et des communautés sont au cœur des programmes d'éducation pour la santé... L'éducation pour la santé n'est pas synonyme d'information pour la santé. Une bonne information est certes un aspect fondamental de l'éducation pour la santé mais celle-ci doit donc s'attaquer aux autres facteurs qui infléchissent le comportement vis-à-vis de la santé comme les ressources disponibles, l'efficacité du leadership communautaire, le soutien social apporté par la famille et le degré d'aptitude à agir par soi-même.

C'est pourquoi l'éducation pour la santé se sert de diverses méthodes pour aider les gens à appréhender la situation dans laquelle ils se trouvent et à choisir les mesures propres à améliorer leur santé. L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter "un comportement favorable à la santé"...

De même, en éducation pour la santé, il ne s'agit pas de reprocher aux gens de ne pas se comporter d'une manière qui favorise leur santé. Bien souvent, ce n'est pas leur faute s'ils ont un comportement pathogène. L'éducation pour la santé consiste à travailler avec les familles, les communautés, voire les autorités régionales et nationales, pour veiller à ce que les ressources et les soutiens nécessaires soient disponibles pour aider chacun à mener une vie saine.

*L'éducation pour la santé : manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires, OMS, Genève, p. 22-24, Suisse (1990).*

### **Les objectifs de l'éducation pour la santé (OMS, 1969)**

- Modifier le comportement sanitaire de l'individu et de la collectivité et renforcer les comportements favorables préexistants
  - développer chez les individus le sens des responsabilités pour ce qui est de leur propre santé et celle de la collectivité, et leur aptitude à participer de manière constructive à la vie de la collectivité
  - promouvoir le sens de la dignité et de la responsabilité de l'individu en même temps que celui de la solidarité et de la responsabilité collective.
- Notre projet est un projet éducatif vers les individus et la population pour permettre le débat éthique sur la santé :
- donner les moyens effectifs et cognitifs de s'informer, de connaître, de comprendre la santé et ses enjeux
  - clarifier les valeurs, les croyances personnelles et culturelles
  - développer l'estime de soi et des autres
  - entraîner à la responsabilité, à la décision
  - faire prendre conscience des déterminants sociaux, économiques
  - favoriser la participation, l'engagement individuel et collectif.

Pour conclure, il faut affirmer que l'éducateur pour la santé ne pourra

développer un tel projet seul. Il doit lui-même participer aux débats sociaux où s'élabore et se négocie l'évolution de notre société.

*Demarteau M., Projet éthique de l'éducation pour la santé, in L'observatoire : revue d'action sociale et médico-sociale, n°3-4, p. 66-67, Belgique (1993)*

L'éducation pour la santé a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé et les compétences de la population : de cette rencontre naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative.

La connaissance scientifique de l'être humain ne trouve son sens qu'en étant confrontée à la connaissance que les gens ont d'eux-mêmes et de leur réalité de vie. L'éducation pour la santé vise donc l'amélioration des relations humaines plutôt que la modification des comportements.

*Sandrin-Berthon B., Intervention au Conseil scientifique du CFES, réunion du 19 janvier 1999.*

### **Les objectifs de l'éducation pour la santé : De l'éducation sanitaire à l'éducation à la santé**

Les premières actions d'éducation sanitaire se sont centrées sur la modification de comportement dans le but de prévenir un facteur de risque bien déterminé. Médecins et infirmières, acteurs le plus souvent impliqués dans ce type d'actions, ont basé leur travail sur le modèle connaissances-attitudes-pratiques. Les caractères hygiéniste et médicalisé de ces actions sont très prégnants.

En 1981, dans une de ses définitions, l'OMS donne à l'éducation sanitaire de nouvelles orientations qui se veulent créatrices. L'OMS propose que les modalités d'information et d'éducation

sanitaire se développent dans trois directions

- Accroître la compétence et les connaissances des individus sur la santé et la maladie, sur le corps et ses fonctions, sur la prévention de la mauvaise santé et les moyens de faire face à une situation donnée,
- Accroître les compétences et les connaissances concernant l'utilisation du système de santé et la compréhension de ses mécanismes,
- Accroître la prise de conscience des facteurs sociaux, politiques et environnementaux qui exercent une influence sur la santé.

L'éducation pour la santé va combiner diverses approches dans le but de renforcer son efficacité.

L'éducation pour la santé fait appel :

- aux approches persuasives, volontaristes visant la modification systématique et planifiée des comportements de l'individu et du groupe
- aux approches centrées sur l'optimalisation des conditions de décision de l'individu, l'information pour favoriser une décision responsable et les conditions d'adoption de comportements via la prise de conscience de ce qui est bon pour soi
- aux approches descriptives neutres, expérientielles, centrées sur l'individu
- aux approches éducatives visant la motivation et la participation pour entraîner un changement de comportement.

On le voit, au fil de son évolution, l'éducation pour la santé va offrir une réflexion théorique et éthique, des outils méthodologiques, une expérience, des ressources qu'il faut exploiter.

*Des concepts et une éthique 1, Collection santé communautaire et promotion de la santé, Belgique.*

## Education thérapeutique

L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales.

*Deccache A., Lavendhomme E.,  
Information et éducation du patient : des  
fondements aux méthodes,  
De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1989, Savoirs  
et Santé, p. 44-45 (1989)*

L'éducation thérapeutique, ou éducation du patient, fait partie de l'éducation pour la santé.

Elle s'adresse aux personnes engagées dans une relation de soins et à leur entourage.

Elle est intégrée aux soins et mise en œuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital.

Elle aide notamment les personnes atteintes d'une pathologie telle que le diabète, l'épilepsie, l'asthme ou le cancer à assumer au quotidien leur maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale, à gérer leur traitement, à prévenir les complications et les rechutes.

Elle concerne également les personnes qui présentent certains facteurs de risque comme l'hypertension artérielle.

Elle est aussi mise en œuvre dans des situations telles que la maternité ou la préparation à l'accouchement.

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

1 - Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie.

2 - L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.

3 - L'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.

4 - La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

*Assal J.-P., Traduction française du document OMS (janvier 1999)*

## Epidémiologie

Science qui étudie la distribution des maladies dans la population humaine et leurs déterminants. Si, initialement, l'épidémiologie fut la science des épidémies des maladies contagieuses, elle s'est considérablement développée, englobant tous les domaines ayant une influence sur la morbidité et la mortalité. L'épidémiologie tente de décrire de façon rationnelle l'ensemble des problèmes de santé et est orientée vers la recherche des causes et/ou des moyens d'intervention efficaces. Les études épidémiologiques peuvent être descriptives, analytiques, étiologiques ou évaluatives.

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

L'épidémiologie étudie la fréquence et la répartition dans le temps et dans l'espace des problèmes de santé dans des populations humaines, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent.

Il est devenu traditionnel de distinguer trois branches principales de l'épidémiologie. Ces branches se caractérisent par la nature des questions

auxquelles il s'agit d'apporter des réponses ainsi que par les méthodes utilisées à cet effet.

**Epidémiologie descriptive :** l'épidémiologie descriptive a comme objectif d'étudier la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans les populations. Il s'agit, pour l'essentiel, d'établir les taux en rapportant le nombre de personnes présentant telle ou telle condition à l'effectif de la population concernée. Ces taux sont utilisés pour étudier la fréquence des problèmes en fonction des caractéristiques, des personnes (âge, sexe, profession, etc.), de leur répartition géographique à des niveaux territoriaux variables (nations, régions, communes, etc.), de leur évolution dans le temps.

**Epidémiologie explicative :** l'épidémiologie explicative (ou analytique ou étiologique) se donne pour but de chercher les causes des problèmes de santé. Elle étudie le rôle de l'exposition à des facteurs susceptibles d'intervenir dans l'apparition d'affections. Elle procède par des comparaisons : comparaison de la fréquence de l'affection dans des groupes de sujets diversement exposés à ces facteurs ; comparaison de la fréquence et de l'intensité de l'exposition entre des sujets malades et d'autres qui ne le sont pas.

**Epidémiologie évaluative :** l'épidémiologie évaluative concentre son attention sur les résultats des actions de santé dans la collectivité

*Goldberg M., L'épidémiologie sans peine, Editions Frison-Roche, Paris (1990)*

## Empowerment

Promotion des capacités des individus à former et maîtriser leurs conditions sociales et les règles de leur propre vie. Leur estime de soi est renforcée, leur

capacité est mise en exergue. Ils sont plus à même de travailler avec d'autres personnes pour réaliser leurs objectifs. Dans cette approche, même les personnes avec de faibles capacités ou dans des situations critiques sont perçues comme possédant des points forts et des ressources. La procédure *d'empowerment* ne peut pas être produite, mais uniquement promue.

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

Nous ne pouvons pas parler de promotion et de prévention sans aborder la notion d'empowerment. Cette notion est souvent traduite par les expressions *gain de pouvoir, appropriation du pouvoir, pouvoir d'action*, pour n'en nommer que quelques-unes. Cette notion est centrale en promotion-prévention. Elle aide à comprendre les objectifs de la promotion-prévention et à identifier les stratégies propres à ce champ.

La notion d'empowerment véhicule l'idée d'une augmentation de la maîtrise des individus sur leur propre vie. Elle se rapporte autant au développement d'un état psychologique (sentiment de maîtrise, estime de soi, sentiment de compétence) qu'à la modification des conditions de l'environnement permettant de redistribuer ce pouvoir.

L'empowerment vise à amener les individus et /ou les groupes :

- à croire en leur potentiel
- à développer leur estime de soi
- à valoriser leurs connaissances et leurs expériences
- à prendre des moyens pour maîtriser leur vie personnelle, sociale et économique.

Comme le mentionne Blanchet et al. (1993)\*, l'amélioration de la santé mentale d'une population et la prévention des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux incombent à plusieurs instances de la société. Les initiatives de gain de pouvoir (empowerment) en

provenance de la communauté et les approches intersectorielles, impliquant des actions à divers paliers de pouvoirs publics (de quartiers, municipaux, provinciaux, fédéraux) caractérisent la promotion et la prévention.

\* Blanchet et al. (1993), *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Comité de la santé mentale du Québec, Gaétan Morin éd. Boucherville.

*Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac Saint Jean, Direction de la Santé Publique, Québec, La promotion et la prévention en santé mentale volume 1: Les jeunes et leurs familles, 21 juin 1999*

## Estime de soi

Si l'on entend beaucoup parler d'estime de soi de nos jours, il arrive fréquemment qu'on confonde estime de soi avec confiance en soi, assurance ou détermination. Chaque individu se fait une idée de lui-même et se forge, au fil de ses expériences, une image de soi qui varie considérablement à travers le temps. Des recherches récentes démontrent que cet autoportrait change tout au long de la vie et qu'il continue à se modifier même après 80 ans.

Les dictionnaires définissent généralement l'estime de soi comme étant un sentiment favorable né de la bonne opinion qu'on a de son mérite et de sa valeur. C'est la valeur qu'un individu s'accorde globalement. L'estime de soi fait appel à la confiance fondamentale de l'être humain en son efficacité et en sa valeur.

Quant à nous, nous estimons que l'estime de soi est la conscience de la valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. Il s'agit, en quelque sorte, d'un ensemble d'attitudes et de croyances qui nous permettent de faire face à la réalité, au monde.

L'estime de soi n'est pas du tout synonyme de narcissisme, au contraire, elle suppose une conscience de ses difficultés et de ses limites personnelles, une perception réaliste de son être, qui se modifie et s'enrichit au gré des expériences au et fil du développement de sa personnalité

Mais il ne faut pas oublier que les jugements des autres se forment en fonction de l'estime que la personne a d'elle-même. En effet, un enfant ou un adulte qui a une bonne estime de lui-même est plus sûr de ses capacités et se montre plus déterminé dans la poursuite de ses objectifs ; ces attitudes entraînent des jugements positifs de la part des autres à son égard. C'est ce qu'on appelle le cycle dynamique des régulations réciproques entre " l'être " et le " paraître ", qui se nourrissent mutuellement.

*Germain Duclos, L'estime de soi, un passeport pour la vie, Collection Parents, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, Québec (2000)*

Le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation, fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts, est le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de connaissance de soi ; l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations.

(...) une haute estime de soi est associée à des stratégies de développement personnel et d'acceptation des risques, tandis qu'une basse estime de soi engendre plutôt des stratégies de protection et d'évitement des risques.

(...) Une trop grande estime de soi peut dangereusement abaisser la vigilance d'individus placés dans une situation compétitive (...) une estime de soi élevée peut rendre hermétique à des informations importantes.

(...) Une estime de soi haute et stable est solide, résistante. Le sujet ne remet pas sa

valeur en question à chaque moment. Il peut donc accepter de ne pas contrôler totalement une situation sans se sentir pour autant inférieur ou diminué. A l'inverse, une personne à l'estime de soi instable, quoique haute, fonctionne comme si tous les défis rencontrés, du plus petit au plus grand, représentaient des rendez-vous majeurs avec son image publique. Ce qui la rend beaucoup plus vulnérable.

(...) Quant aux sujets dont l'estime de soi est haute et stable, on observe fréquemment :

- des modèles parentaux qui présentent eux-mêmes les caractéristiques d'une estime de soi haute et stable, offrant donc à l'enfant des occasions régulières de voir comment répondre calmement à une critique ou comment être estimé par les autres sans avoir à se faire valoir en permanence

- des parents soucieux d'une valorisation réaliste de l'enfant, ajustée à ses compétences ou à ses possibilités réelles

- des parents proches et disponibles, qui ne contraignent pas l'enfant à toujours trop en faire pour obtenir leur attention.

- (...) La réussite scolaire des enfants préoccupe légitimement beaucoup les parents. Ils savent qu'ils peuvent jouer un rôle actif dans ce domaine. Cependant, la plupart des études montrent que ce rôle ne réside pas tellement dans l'aide scolaire directe (" il va encore falloir que je vérifie son travail et que je lui fasse réciter ses leçons "), mais plutôt dans des attitudes éducatives globales qui tendent à responsabiliser l'enfant au-delà de la sphère scolaire : l'écouter, l'encourager à exprimer ses opinions, lui demander son avis (et en tenir compte !) pour des décisions familiales le concernant (comme le lieu de vacances ou la décoration de sa chambre), lui confier de petites sommes d'argent à gérer.

(...) C'est plutôt une qualité d'éducation globale, améliorant l'estime de soi, qui est le meilleur prédicteur de réussite scolaire. Normal : pour réussir ses études sur le

long terme, il n'y a pas que les compétences intellectuelles et la quantité de travail qui comptent, mais aussi la stabilité émotionnelle, la résistance aux échecs, etc. toutes choses liées à l'estime de soi.

*André C. et Lelord F., L'estime de soi, Editions Odile Jacob (1999)*

## Ethique

*(bas latin ethica, morale ; du grec éthiko)*

1. Partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale.
2. Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un.

*Grand Larousse universel. Paris : Larousse, 1993, p. 3987*

Pour préciser ce terme d'éthique j'introduirai trois composantes : le souci de soi, le souci de l'autre, le souci de l'institution. C'est à l'interaction de ces trois pôles que je réserve le titre de l'intention éthique.

*Ricoeur P.*

Qu'est-ce que l'éthique ? L'éthique est un appel, une tension en chacun d'entre nous pour réaliser quelque chose qui a de la valeur. L'éthique se distingue de la morale en ce qu'elle ne fait pas appel à la soumission à des normes, mais exige l'engagement de la personne devant les choix offerts. Face aux questions que nous pose la vie, chacun est invité à affirmer dans l'agir sa réponse singulière. La démarche éthique mobilise le désir et l'affectivité, la réflexion et la rationalité, pour orienter la réponse du sujet dans le choix de l'action.

L'éthique n'est pas une soumission à une solution toute faite qui serait une nécessité, la seule position possible. L'éthique, pour reprendre la terminologie

de Paul Ricoeur, se présente comme une visée vers une "vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes". Robert Misrahi décrit l'éthique comme une exigence extrême et difficile, celle de choisir de réaliser ce qu'il appelle le "Préférable". L'action qui en découlera ne sera que la réponse provisoire et jamais totalement satisfaisante de cette tension. Paul Ricoeur décrit ainsi trois moments forts de la visée éthique : celui de la relation à soi-même qui se nourrit de l'estime de soi, celui de la relation à l'autre proche, qui s'exprime dans la sollicitude, celui de la relation au tiers anonyme, qui se réalise dans l'institution.

*Lecorps, P. Une démarche éthique d'éducation pour la santé.*

*In : Promotion de la santé et milieu pénitentiaire.*

*Vanves : CFES, 1997, p. 54-55*

## Evaluation

L'évaluation est le processus par lequel on délimite, on obtient et fournit des informations utiles permettant de produire un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions.

*Demarteau M., Communication au colloque "L'évaluation en éducation pour la santé", Bordeaux, 15-17 septembre 1998.*

Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision.

Ce jugement peut résulter de l'application de critères et normes (évaluation administrative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative).

Par intervention, nous entendons l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné pour produire des biens

ou des services dans le but de modifier une situation problématique.

*Contandriopoulos A.-P., Champagne F., Denis J.-L., Pineault R., Concepts et méthodes, in L'évaluation en matière de santé : des concepts à la pratique, CRESGE, Lille (1992).*

Procédure scientifique systématique qui détermine le degré de succès d'une action ou d'un ensemble d'actions au regard d'objectifs prédéterminés.

*Monnier J., Deschamps J.-P., Fabry J., Manciaux M., Raimbault A.-M., Santé publique, santé de la communauté, SIMEP, Villeurbanne (1980).*

### **Définition : Les différents niveaux d'évaluation selon Plante et l'ANDEM**

1 La pertinence : les objectifs du programme correspondent-ils bien à des besoins identifiés comme prioritaires lors de l'état des lieux préalables ?

2 La cohérence : les moyens, ressources, interventions mis en place vont-ils permettre de remplir les objectifs ?

3 Les autres notions tournent autour de la question des résultats :

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

- L'efficience : met en relation les résultats et le coût du programme.

- L'impact : vise plus largement à noter les changements provoqués par le programme sur son environnement.

*Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.*

*Evaluation d'une action de santé publique : recommandations. Paris : ANDEM, 1995.*

*L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a succédé à l'ANDEM.*

*(NOCK, F. Petit guide de l'évaluation en Promotion de la santé.*

*Paris : Mutualité française, 2000, p.14)*

L'évaluation ne se limite pas à une mesure (elle peut même ne pas inclure de mesure du tout) ; elle est une estimation de la valeur d'un jugement de valeur, porté sur un fait, un constat, éventuellement une mesure, et le jugement dépend de critères explicites ou non.

*Baumann M., Evaluation, in La santé communautaire : concepts, actions, formation, CIE, Paris, p.139 (1990)*

### **Le rapport d'évaluation**

Un rapport d'évaluation est un moyen de communication.

En le préparant, il faut avoir la préoccupation de s'adresser explicitement aux destinataires du document. Si ces destinataires sont différents, ce qui est souvent le cas, il peut être préférable d'envisager différentes présentations ou conclusions, mettant l'accent sur les points qui sont les plus susceptibles d'intéresser ces différents destinataires. Il faut néanmoins se méfier d'une manifestation, consciente ou non, prêtée ou réelle.

Le rapport d'évaluation n'est pas non plus un mémoire universitaire, ni un document faire-valoir pour les responsables du programme. Le rapport présente des résultats et doit servir de guide à ceux qui ont à décider du choix du lancement de programmes ultérieurs.

Il doit permettre de revoir les objectifs, de développer le programme dans d'autres lieux, d'augmenter, réduire, ou réaffecter des ressources financières et en personnels. Il faut savoir que les décideurs ne recherchent dans ces rapports qu'un nombre limité d'informations, d'autres critères entrant dans leur processus de prise de décision.

C'est un document qui relie le problème posé, le programme, l'impact de l'intervention et les résultats du programme.

La synthèse est réalisée par une présentation de données illustrant des relations de cause à effet.

Le plan du rapport d'évaluation devrait comprendre les chapitres suivants :

- la description du programme d'éducation pour la santé et les objectifs de l'évaluation : dans cette partie, on rappellera l'objet et les objectifs, la description des moyens, le domaine de l'évaluation ;
- la méthodologie de l'évaluation : dans cette deuxième partie, on décrira le processus d'évaluation, les instruments utilisés, les données recueillies ;
- l'analyse des données : les données recueillies seront analysées par des techniques analytiques et descriptives et présentées de façon quantitative et qualitative ;
- les résultats et conclusions : c'est dans cette dernière partie que seront présentés en regard du coût global du programme, les résultats obtenus et les recommandations que l'on peut en déduire.

*Bury J.-A., Education pour la santé : concepts enjeux planifications, Eds. De Boeck-Université, Col. Savoirs & santé, Bruxelles, Belgique (1988).*

## Exclusion

Terme paradoxal. Le préfixe "ex" (hors de) devrait le limiter aux individus qui, faisant partie d'un groupe, en sont rejetés, alors que "cludere" signifie fermer et permet d'étendre la signification du mot également à l'interdiction et au rejet de ceux qui n'en font pas partie.

On considère ainsi comme exclus non seulement les membres soumis à une procédure prévue et directe de rejet (les exclus du PCF) mais également ceux qui sont exclus indirectement, parce qu'ils ne possèdent pas les mêmes droits ou ne peuvent participer aux mêmes activités que les autres (immigrés, handicapés).

*Direction Générale de la Santé,  
Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain;*

*repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat.  
Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997, p. 16*

La notion d'exclusion émerge dans la deuxième moitié des années 1970 dans le prolongement de l'analyse socio-économique classique de la pauvreté des deux premiers âges industriels. Elle adapte celle-ci à un contexte spatio-temporel spécifique.

Elle vise à caractériser les situations de pauvreté, et ce exclusivement dans les pays " riches ", dont les fruits ont été inégalement répartis entre les nationaux.

(...) le concept d'exclusion né de l'analyse des inégalités dans les sociétés d'abondance en phase de croissance, va servir à rendre compte de celles-ci, quand la conjecture économique se renverse (...) (...) la notion d'exclusion conduit à repérer les facteurs de risques et ainsi à spécifier les caractéristiques tant sociales qu'économiques des fractions de la population qui se trouvent en danger de manque et donc de pauvreté. Elle élargit le champ d'étude des pauvres avérés aux exclus potentiels, envisagés comme précaires, fragiles, en situation d'insécurité, voire de dépendance et de désaffiliation.

*THOMAS, H. La production des exclus : politiques sociales et processus de désocialisation socio-politique.*

*Paris : Presses universitaires de France, 1997, p. 26-27*

L'exclusion est à la fois un processus et un état. Dans une acception sociologique, le concept se situe d'emblée à un niveau macrosocial : l'exclusion est le produit ou le résultat d'un défaut de la cohésion sociale globale ; dans une acception plus individualisée, l'exclusion est le produit ou le résultat d'un défaut d'insertion ou d'intégration. Il est alors possible de définir l'exclusion comme un ensemble de mécanismes de rupture tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs

négatifs) que sur le plan des relations sociales (rupture des différents liens sociaux qui agrègent les hommes entre eux).

L'exclusion apparaît lorsque se manifestent différentes formes d'affaiblissement, de relâchement ou de rupture du lien social : défauts d'insertion ou d'intégration, se traduisant par la perte ou la difficulté d'accession de sujets à une place dans la société et aboutissant, au terme de processus différenciés, à une mise à l'écart durable. Qu'une dynamique sociale conduise à l'établissement d'une ligne de partage entre ceux qui sont « dedans » et ceux qui se retrouvent « dehors » voilà un résultat traduisant un affaiblissement de la cohésion sociale et mettant en évidence un dysfonctionnement des mécanismes de la solidarité sociale, locale ou globale.

*Dictionnaire critique d'action sociale. Bayard éditions, 1995*

Si l'exclusion est d'abord un processus social qui commence par une privation précise « exclu de l'accès à l'emploi », « exclu du droit au logement », cette rupture ne devient dangereuse que parce qu'elle active et révèle d'autres fragilités présentes dans l'histoire de l'individu et des populations. L'exclusion est en fait une réalité dynamique caractérisée par l'absence - pendant une période plus ou moins longue - de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. Au sens strictement légal du terme, seuls les « sans papiers » seraient de véritables « exclus ». C'est ce que rappelle R. Castel dans un article qui souligne que l'exclusion suppose l'instauration d'une condition spécifique, un statut voire un droit séparé .

*CASTEL, R. Les pièges de l'exclusion, Y a-t-il des exclus ?,*

*Lien social et politique, L'exclusion en débat, n°34, Montréal, Canada, 1995.*

*HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.*

*Rennes : éditions ENSP, 1998, p. 26-27*

## Marketing social

Le marketing social repose sur quatre concepts, communément appelés les "4 p" : le **produit**, le **prix**, la **place** et la **promotion**.

Le produit est ce que la personne va "acheter ou adopter" : c'est le comportement (boire modérément, boucler sa ceinture de sécurité) ou l'objet (le préservatif, la nourriture sans cholestérol...).

Le prix réfère au coût tant pécuniaire que psychologique, social ou économique, exigé par l'achat ou l'adoption d'un produit (...).

La place fait référence à l'accessibilité du produit ou à l'occasion d'essayer le produit. Les menus santé dans les restaurants ou la mise en place de la machine distribuant des préservatifs dans les bars tendent à faire actualiser l'adoption du produit dans la communauté.

La promotion signifie une manière d'emballer le produit (comportement ou objet) pour qu'il soit accepté par le groupe cible.

Le marketing social vise la clientèle cible selon les besoins qu'elle lui suppose. Le marketing social utilise la recherche formative (...) pour s'assurer que les messages sont arrimés au contexte culturel de l'auditoire cible et qu'ils tiennent compte des motivations personnelles.

*Lise Renaud, Les médias améliorent-ils la santé ?,*

*Education santé n°66, mars 1992, Canada*

## Pauvreté

On ne peut approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs de type monétaire (salaires, revenus). Pris isolément, ils sont vivement contestés, mais, croisés avec d'autres indicateurs

(logement, emploi, santé...), ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté.

Etat d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources.

1. La notion de pauvreté est relative, et le seuil de pauvreté est apprécié de façon variable selon l'histoire, les cultures, le niveau de vie moyen du groupe observé, et selon l'observateur. Les pays disposant d'une protection sociale définissent leur seuil de pauvreté.

2. Pour une collectivité ou une personne, la pauvreté a en général des conséquences sanitaires, par insuffisance de l'absence d'hygiène, etc.

*Direction Générale de la Santé.  
Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain; repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat.  
Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997, p. 15*

La définition de la pauvreté dite **absolue** repose sur la détermination d'un seuil de ressources, en deçà duquel les personnes ne peuvent assurer leur entretien. (...) Elles sont alors conventionnellement reconnues comme pauvres (...)

Le minimum vital (...) est aussi un minimum social en ce qu'il prend en compte, non seulement les besoins de celui qui intervient dans le processus de production, mais aussi, et sans pouvoir les distinguer, ceux des membres de son foyer (...)

Le seuil de pauvreté varie non seulement d'un pays à l'autre et, dans le temps, en fonction du degré de développement économique et social national, mais aussi en fonction de la structure de répartition des revenus entre les différents groupes socioprofessionnels. C'est dans la volonté de tenir compte de ce dernier paramètre qu'économistes et experts de l'analyse des revenus définissent des seuils de "**pauvreté relative**" dans les années 1970 puis cherchent à les perfectionner

notamment pour effectuer des comparaisons internationales à grande échelle (CEE, OCDE). L'approche relative réintègre l'approche absolue. Les deux indicateurs - seuil de ressources absolu et relatif - constituent deux degrés du phénomène et servent de subdivisions à une catégorie plus large encore : celle des situations défavorisées\*. (...)

La pauvreté est ainsi implicitement définie comme l'effet d'une position défaillante dans le système productif qui obère celle dans les réseaux de consommation. De fait, position dans la production et position dans la consommation sont étroitement imbriquées dans la notion de ressources qui s'impose au cours des années 1970 dans une acception de plus en plus large.\*\* (...)

Ces indicateurs objectifs des conditions de vie sont complétés par des indicateurs subjectifs (...) de niveau et de mode de vie qui mettent en rapport d'une autre manière les revenus disponibles et les pratiques de consommation des plus défavorisés. Les aspirations à l'égalisation des niveaux de vie pousseraient, dans cette logique, les détenteurs de bas revenus à consommer, par imitation, des biens déjà devenus accessibles grâce à la prospérité économique aux classes moyennes et populaires salariées, les conduisant ainsi au surendettement et donc à la pauvreté relative ou absolue. Le défaut de ressources cumulé devient ainsi le signe indicatif d'une situation de pauvreté, qui désormais s'appréhende également en aval par ses effets induits sur les populations concernées synthétisés par la notion d'exclusion (...)

\* *Le seuil de pauvreté absolu correspond alors à 40 % du SMIC et le seuil relatif à 60 %, les situations défavorisées se trouvant au-dessus de ce seuil.*

\*\* *L'emploi et les conditions de travail voisinent avec des indicateurs d'éducation, de loisirs, de logement, d'habillement et de consommation alimentaire. (...)*

*THOMAS, H. La production des exclus : politiques sociales*

*et processus de désocialisation socio-politique.*  
Paris : Presses universitaires de France,  
1997, p. 17-25

## Précarité

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.

Il est assez fréquent de voir appréhendées les situations de précarité à travers certaines catégories de populations censées y être plus que d'autres exposées, les populations dites " à risques " ou les populations effectivement " prises en charge ".

Les populations " à risques " sont le plus souvent des catégories répertoriées dans une perspective de prévention, à partir de divers critères qui peuvent être relatifs à :

- un événement (naissance prématurée, séparation de couple...)
- un état de santé (handicap, éthylisme...)
- une situation familiale (enfant, orphelin, femme seule, chef de famille, famille nombreuse...)
- des conditions de vie (habitat insalubre, chômage, indemnité...)
- une appartenance ethnique (immigrés, gens du voyage...).

Les populations " prises en charge " sont le plus souvent des catégories définies par le fait qu'elles sont effectivement l'objet d'une assistance de la société sous des formes variées.

*Direction Générale de la Santé.*  
*Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain; repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat.*  
Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997, p. 15-16

La précarité est avant tout un état de « fragilité » et « d'instabilité sociale » dont l'avenir, la durée, ne sont pas assurés et qui risque s'il se prolonge de faire glisser ceux qu'il affecte vers l'exclusion.

Telle qu'on peut la définir ici, la précarité relève donc plus d'une vision, d'un état transitoire que d'une catégorie sociale aux limites précises. C'est sur la base d'une telle approche qu'elle doit être regardée en tant que déterminant de l'état de santé. (...)

La notion de précarité est indissolublement liée à celle d'insécurité. Chacune des insécurités qui peuvent affecter les individus correspond à différents processus de fragilisation ou de précarisation : précarisation de l'emploi et du travail, érosion des solidarités familiales, conséquences des carences de qualification et de formation initiale, fragilisations dues à la maladie ou à la faible santé.

La particularité de chaque processus de précarisation est qu'il concerne une population particulière, hétérogène, et qu'il s'alimente directement des dysfonctionnements de l'ensemble de la société.

*Haut Comité de la Santé Publique,*  
*La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.*  
Rennes : éditions ENSP, 1998, p. 26 ; p. 33

(...) Aux rubriques classiques des typologies de la pauvreté, elle adjoint une autre composante, fondement de la construction de la catégorie de

l'exclusion. A côté de ce volant incompressible de pauvres de l'âge industriel, survivant malgré la croissance économique - pauvreté absolue -, à côté de ce lot de victimes de l'inégale répartition de revenus pendant cette période exceptionnelle des Trente Glorieuses - pauvreté relative -, elle permet d'instituer une nouvelle sous-catégorie dont l'apparition coïncide avec la crise économique : la précarité.

La notion de ressources dans son sens élargi est à la base de cette nouvelle approche cumulative, dite multidimensionnelle\*, qui s'impose à la fin des années 1970 pour devenir dominante dans les années 1980-1990.

Elle s'attache à la caractérisation de « ces dimensions multiples de la vie sociale, qui sont aussi les dimensions possibles de la pauvreté »\*\*

Cette précarité est définie comme « pauvreté potentielle » ou « nouvelle pauvreté » et concerne des ménages en situation précaire (...), c'est à dire vulnérables à toute diminution de leur pouvoir d'achat.\*\*\*

Elle est alors caractérisée par quatre dimensions centrales\*\*\*\* (...)

\* Comme y insiste le rapport Oheix - ainsi que le rapport FORS - , " il est des individus et des familles qui sont pauvres, non seulement car l'argent leur manque, mais aussi par leur éducation, leur rapport à l'emploi, leur logement, leur santé. (...) A ces domaines on ajoutera celui de la consommation et de l'accès à la justice. " (Contre la précarité et la pauvreté, 60 propositions, rapport présenté par M. Maurice Oheix, Ministère de la santé et de la sécurité sociale, 1981, p. 57.

\*\*Ibid.

\*\*\*Contre la précarité et la pauvreté..., op. cit., p. 15.

\*\*\*\* Agnès Pitrou la première distingue dans ses travaux quatre facteurs de précarisation : l'instabilité des ressources, la pauvreté culturelle, l'instabilité du statut professionnel, l'isolement. Cf à ce sujet *La vie précaire. Des familles face à leurs difficultés*, Paris : Caisse Nationale des allocations familiales, 1978, 278 p.

THOMAS, H. *La production des exclus* :

*politiques sociales et processus de désocialisation socio-politique.*  
Paris : Presses universitaires de France,  
1997, p. 27-29

## Prévention

La prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective c'est-à-dire à assurer l'intégrité physique, mentale et développer les capacités vitales de chaque personne (créativité, désir, plaisir, rapport actif avec l'environnement) ; réduire les menaces que font peser sur la personne ses environnements physique, psychologique et social, et maintenir les contradictions à un niveau tel qu'elle puisse les gérer sans diminuer ses capacités vitales, ce qui implique une dynamique sociale qui renforce les possibilités de chaque personne.

Grémy F., Pissaro B., *Propositions pour une politique de prévention, rapport au ministre de la santé, La Documentation Française, Paris, p.18 (1982)*

On parle généralement de prévention de la maladie pour désigner les stratégies mises en oeuvre pour réduire les facteurs de risques dans le cas d'une maladie précise, ou pour accroître une série de facteurs qui diminuent la prédisposition à la maladie.

La prévention de la maladie peut également inclure des activités et des stratégies destinées à en minimiser les conséquences une fois qu'elle est contractée. Dans ce cas, on établit une distinction entre la prévention primaire et secondaire. La prévention de la maladie est essentiellement une activité qui relève du domaine médical et qui traite des individus ou des groupes qui sont jugés particulièrement à risque. Son but est de protéger la santé. Elle ne représente pas une vision positive de la santé qui va toujours en s'améliorant, mais elle s'attache à maintenir le statu quo.

La promotion de la santé, d'autre part, a comme point de départ la population entière dans sa vie quotidienne et non des individus ou des groupes choisis. Son but est d'améliorer la santé. Dans ce contexte, la promotion de la santé et la prévention de la maladie peuvent être considérées comme deux activités distinctes mais complémentaires, qui se recouvrent dans des situations et des circonstances variées.

*Glossaire de la promotion de la santé, in Santé Société collection promotion de la santé, 1, Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, Canada.*

Dans le domaine de la santé et de l'hygiène publique, ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessible de ce fait à la thérapeutique.

L'OMS distingue trois types de prévention :

- **la prévention primaire** qui vise à diminuer l'incidence des maladies dans une population donnée (ex : vaccination)
- **la prévention secondaire** qui vise à diminuer la prévalence de la maladie dans une population donnée par des mesures curatives, elle correspond à la thérapeutique
- **la prévention tertiaire** qui vise à diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles dans une population donnée, par exemple grâce à la rééducation fonctionnelle, elle vise à la diminution des séquelles.

*Sournia J.-C., Dictionnaire français de santé publique, Paris, Editions de santé, p. 260 (1991).*

Chacun des trois niveaux de prévention s'exerce au travers de quatre catégories d'interventions interdépendantes :

- les mesures légales et socio-économiques : loi Evin, obligation et gratuité de certains dépistages, législation sur l'intégration professionnelle des handicapés...

- les actions pour améliorer ou préserver l'environnement et les conditions de vie : sécurité dans les entreprises, isolation contre le bruit, aménagement des lieux publics pour faciliter l'accès des handicapés...

- les actes médicaux : vaccinations, dépistages...

- l'éducation pour la santé : éducation nutritionnelle dans les écoles, aide au sevrage tabagique des personnes hypertendues, éducation des patients diabétiques...

*(Source : CFES)*

On considère généralement que la prévention peut être menée à plusieurs niveaux :

La prévention **primaire** vise à limiter les cas de maladie, généralement en empêchant l'exposition aux facteurs de risque connus. On peut en donner comme exemples la prévention de la schistosomiase par la limitation des contacts avec l'eau infestée par des gastéropodes hôtes intermédiaires, la réduction de l'ampleur de la malnutrition grâce à des réformes sociales et économiques destinées à améliorer l'accès à une alimentation convenable ou la prévention du cancer du poumon par des mesures législatives et éducatives visant à dissuader les jeunes de se mettre à fumer.

La prévention **secondaire** consiste dans des actions visant à limiter les conséquences néfastes de la maladie grâce à une intervention avant l'apparition des symptômes ou rapidement après. La prévention secondaire englobe donc la détection précoce de la maladie (et éventuellement le dépistage de cas asymptotiques) et des mesures curatives. Les exemples suivants illustrent ce mode de prévention : prévention du cancer invasif du col utérin grâce à la détection et au traitement des lésions précancéreuses et pré-invasives ; réduction du risque d'infarctus du myocarde par un traitement antihypertenseur ou le contrôle du diabète

sucré, atténuation des effets néfastes de la diarrhée chez les enfants grâce à la formation des parents et des agents de santé communautaire à l'utilisation de solutions de réhydratation orale.

*BRAVEMAN P.A., TARIMO E., OMS  
Dépistage des priorités dans l'hypothèse de  
ressources limitées.  
Genève : OMS, 1996*

La prévention **tertiaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Cette conception étend donc la prévention au domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle et sociale.

*Monnier 1980*

*BURY, J.A. Education pour la santé :  
concepts, enjeux, planifications.  
Bruxelles : De Boeck université, 1988. p. 96*

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

*BURY, J.A. Education pour la santé :  
concepts, enjeux, planifications.  
Bruxelles : De Boeck université, 1988. p. 96*

## Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non

comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques.

Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie pour viser le bien-être.

*Charte d'Ottawa, OMS (1986)*

La promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé. C'est à ce concept global qu'en sont venus ceux qui reconnaissent la nécessité fondamentale d'un changement à la fois dans les façons de vivre et dans les conditions de vie pour la santé. La promotion de la santé représente une stratégie de médiation entre les gens et leur environnement alliant choix personnel et responsabilité sociale afin de créer un futur plus sain.

La promotion de la santé, en tant que principe, engage la population entière dans le contexte de sa vie quotidienne. L'essentiel est la participation effective du public à la définition des problèmes, à la prise de décision et aux activités mises en œuvre pour modifier et améliorer les facteurs déterminants de la santé. Pour cette raison, la promotion de la santé nécessite la collaboration étroite de tous les secteurs de la société pour faire en sorte que "l'environnement global" contribue à la santé.

De manière plus spécifique, la promotion de la santé représente une stratégie nouvelle dans les domaines de la santé et des services sociaux qui peut être qualifiée de politique d'une part, puisqu'elle vise la ligne d'action du gouvernement et qui, d'autre part, peut être envisagée comme une approche favorisant la santé puisqu'elle vise les modes de vie. La promotion de la santé ne fait pas que contribuer à la création d'un savoir-vivre et au développement de la capacité de l'individu d'agir sur les

facteurs déterminants de la santé, elle porte aussi sur les modifications apportées à l'environnement pour renforcer les facteurs favorisant un style de vie sain et éliminer ceux qui sont nuisibles. On peut résumer cette stratégie en ces mots : "faciliter les choix sains".

La promotion de la santé se résume par les principes généraux suivants :

- la promotion de la santé travaille avec les gens, non contre eux
- il s'agit d'un processus qui se déroule du commencement à la fin au sein de la communauté locale
- elle s'attaque aussi bien aux causes sous-jacentes de la santé qu'à ses causes immédiates
- elle s'intéresse autant à l'individu qu'au milieu
- elle souligne les dimensions positives de la santé
- elle touche tous les secteurs de la société ainsi que l'environnement et devrait faire appel à la participation de tous.

*Nutbeam D., Glossaire de la promotion de la santé,  
Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Santé Société, n°1.*

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 :

- 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.

## Réseau

Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins.

Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans le réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs.

L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

La pluralité des configurations possibles des réseaux de santé rend nécessaire de préciser en préalable certains éléments qui les caractérisent. La connaissance de ces éléments est essentielle pour construire l'évaluation des réseaux.

Les réseaux se caractérisent par leurs finalités (domaines d'intervention, pathologies, populations spécifiques ou générales, types d'activité), leurs objectifs opérationnels, leurs intervenants (membres ou partenaires du réseau), leurs modalités d'organisation (modalités d'intégration des professionnels, modalités d'adhésion des usagers, modalités de coordination, compétences et partage des tâches avec les acteurs), leurs modalités de circulation de l'information, leurs modalités de financement des activités du réseau, leurs cadres d'analyse de leur performance.

*ANAES, Mission évaluation réseaux de soins, octobre 2001, p. 7*

D'une part, le réseau est une **structure d'organisation** des activités du système de soins, qui produit des services à des usagers/patients. Le réseau est alors un support technique de production ; en ce sens, le regard qu'on peut porter sur lui n'est pas fondamentalement différent de celui qu'on peut porter sur toute organisation - si ce n'est, bien sur, que le propre de cette organisation est d'être un levier de changements potentiels.

Mais le réseau est aussi une **dynamique d'acteurs**, un espace de créativité institutionnelle où peuvent se renégocier les rôles de chacun et s'inventer des solutions nouvelles (références de pratiques, travail collectif, valeurs professionnelles), en d'autres termes un lieu d'expérimentation sociale au sens plein du terme.

Il nous semble donc important, de ne pas limiter l'analyse du réseau aux seuls enjeux sanitaires et économiques. Il est tout aussi fondamental de s'intéresser aux enjeux dont il est porteur en termes de changements de culture, de représentation professionnelle et surtout, en termes de changements organisationnels.

*CREDES, Questions d'économie de la santé, n°37, juin 2001*

## Santé

### Evolution des définitions :

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

*OMS art.1 (1946)*

### Un rapport dynamique à l'environnement

La vie peut être considérée comme un rythme continu d'interactions, un état d'équilibre instable et le bien-être qui en est l'interprétation n'est jamais qu'un état passager à reconquérir sans cesse.

Le potentiel d'énergie qui maintient et qui est capable de rétablir à tout moment l'équilibre de bien-être sans cesse menacé d'un organisme soumis à chaque instant aux agressions de son environnement et à ses besoins d'adaptation interne ou externe est un phénomène essentiellement dynamique : la santé.

*Cotton (1982)*

### Une qualité de vie

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

*OMS, Charte d'Ottawa (1986)*

La santé ne se résume pas à l'absence de maladie, surtout quand celle-ci est perçue comme un phénomène individuel, imputable exclusivement à un

dérèglement physiologique, dont les causes sont, sinon univoques, du moins un peu nombreuses.

La compréhension de la santé ne peut être assurée par la médecine seule, même aidée de l'épidémiologie; les sciences humaines et sociales jouent un rôle important dans cette compréhension.

La santé est un phénomène social autant qu'individuel. En effet, toute société donne forme et contenu à la maladie, que ce soit à travers les représentations des individus ou les conceptions développées par certains groupes ou par la société entière, à travers les institutions de soins ou de prise en charge, enfin, à travers l'état et le développement du savoir et des connaissances médicales, scientifiques et techniques, eux-mêmes sous l'emprise du social.

Ces considérations impliquent de prendre en compte la santé et la maladie non seulement comme l'état d'un corps individuel mais comme un phénomène inscrit dans les pratiques et les discours de la société tout entière. La maladie est aussi ce qui menace ou modifie la vie personnelle, l'insertion sociale et l'équilibre collectif.

*Haut Comité de la Santé Publique,  
Stratégie pour une politique de santé,  
Editions ENSP, Rennes, p.17 (1992)*

### **Les 21 buts de la Santé pour tous fixés par l'OMS :**

- 1- Solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne
- 2- Equité en matière de santé
- 3- Démarrer dans la vie en bonne santé
- 4- Santé des jeunes
- 5- Vieillir en bonne santé
- 6- Améliorer la santé mentale
- 7- Faire reculer les maladies transmissibles
- 8- Faire reculer les maladies non transmissibles
- 9- Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents
- 10- Un environnement physique sain et sûr
- 11- Adopter des modes de vie plus sains

12- Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme

13- Cadres favorables à la santé

14- Responsabilité intersectorielle pour la santé

15- Secteur de santé intégré

16- Gestion axée sur la qualité des soins

17- Financement des services de santé et affectation des ressources

18- Amélioration des ressources humaines pour la santé

19- Recherche et utilisation des connaissances pour la santé

20- Recruter des partenaires pour la santé

21- Politiques et stratégies de la santé pour tous

*OMS, Bureau régional de l'Europe,  
Copenhague, 1998*

## **Santé communautaire**

Les stratégies de santé communautaire contribuent à ce que la communauté prenne conscience de son existence, intensifie les réseaux de relations entre les membres pour qu'une certaine vie humaine puisse se dérouler, une relative organisation démocratique, avec des représentants, permettant de poursuivre un "tout vital commun".

*Lecorps P., Concepts et mots-clefs en santé communautaire*

*in La santé communautaire : concepts, actions, formation, CIE, Paris p. 95 (1990)*

La santé communautaire est une approche des soins de santé ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population par des mesures préventives, curatives et de réadaptation, doublées d'autres mesures à caractère social, économique et politique, dispensées par une équipe multidisciplinaire et faisant largement appel à la participation populaire.

Les services sont dispensés à des populations géographiquement définies à qui l'on fournit des soins de santé primaire, premier niveau d'un système régionalisé établi idéalement selon les principes de la planification participante et débouchant, à la limite, sur un service national de santé.

*Conill E., O'Neill M.,  
La notion de santé communautaire : éléments  
de comparaison internationale,  
in Revue canadienne de santé publique, 75, 2,  
p. 166 (1984).*

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

La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexions sur les besoins, les priorités; mise en place, gestion et évaluation des activités.

Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

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

## Santé publique

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

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

La santé publique est une discipline dont les contours se sont constamment déplacés au cours des dernières années : succédant à l'hygiène et à la médecine préventive, elle comprend aujourd'hui l'ensemble des interventions concernant la santé des personnes et des collectivités, et déborde ainsi le champ de la médecine pour s'intéresser notamment à l'économique et au social.

S'il fallait se hasarder à lui donner une définition actuelle, nous dirions qu'elle est une démarche pratique ayant les politiques de santé pour objet.

Privilégiant nécessairement une approche communautaire, elle doit cependant également s'interroger sur le particulier, notamment dans les processus de marginalisation ou d'exclusion, souvent révélateurs du fonctionnement de la société dans son ensemble.

Son intervention porte en effet, non seulement sur la santé, mais aussi sur les facteurs qui concourent à la modifier : éléments de l'environnement physique et social, conditions de logement et de travail, processus de formation scolaire ou professionnelle.

Elle dépasse alors le domaine purement technique de la santé pour toucher à des questions de choix de société où les politiques de santé font place à la politique tout court.

*Brucker G., Fassin D., Santé publique,  
Editions Marketing,  
Paris, p.4 (1989)*

Partout où coexistent un secteur public et un secteur privé, l'expression santé publique désigne en général exclusivement les efforts organisés de la collectivité dans le domaine de la santé et de la maladie : la thérapeutique individuelle en est plus ou moins exclue.

Dans d'autres pays, où tous les services de santé sont publics, l'expression santé publique prend une signification générale et s'étend pratiquement à tous les domaines.

*OMS, Conférence sur la formation en santé  
publique  
des praticiens de médecine générale (1957)*