

François MARTIN

Président de la commission médicale d'établissement,
centre hospitalier de Dreux

MOTS-CLÉS

promotion de santé
éducation thérapeutique
empowerment
qualité de vie
stratégies

Le moyen de valoriser le fil à plomb de la santé

Longtemps exclue du soin et des hôpitaux, la promotion de la santé a fait la preuve de son efficacité dans le réseau OMS des hôpitaux promoteurs de santé, en particulier dans le domaine du management hospitalier. Face aux forces multiples et contradictoires, présentes et à venir s'exerçant sur l'hôpital, l'intégration de la promotion de la santé est le moyen de valoriser le fil à plomb de la santé, permettant de garder la mesure et le sens des prestations délivrées à l'utilisateur de l'hôpital.

À l'heure de la tarification à l'activité, du rapport Couanau sur les hôpitaux et du plan Hôpital 2007, les enjeux de l'hôpital promoteur de santé peuvent paraître un peu hors de propos. Et pourtant, dans une perspective soignante, la question peut paraître déplacée et s'apparenter à une lapalissade. C'est tout l'intérêt du premier rapport du Haut Comité de santé publique de 1994¹ et des travaux nord-américains de sociologie de la santé² d'avoir montré qu'en termes de santé publique, hôpital et santé n'étaient pas forcément synonymes. L'efficacité des plateaux techniques hospitaliers n'a en effet qu'une incidence modeste sur la mortalité et la morbidité, encore plus modeste sur la mortalité et la morbidité évitables (avant 65 ans). Un différentiel réduit dans l'échelle des salaires a plus de conséquences sur l'état de santé des populations des pays développés que de volumineux investissements dans le soin curatif...

« Santé ou hôpital, cherchez l'erreur », aurait pu dire Pierre Desproges. En effet, peu de lieux sont aussi éloignés de la santé que l'hôpital moderne, dédié à la maladie, à la souffrance, à la gestion de la mort. Pourtant, la loi hospitalière de 1991 avait esquissé un changement en transformant les hôpitaux d'établissement de soins en établissement de santé. Plus de dix ans après, force est de constater que le changement à l'œuvre est difficile. Les enjeux n'en ont vraisemblablement pas été suffisamment explicités, et même la signification du terme « santé », pour des professionnels qui se consacrent à la maladie, n'a pas été précisée. En effet, passer du soin à la santé ne va pas de soi pour les professionnels, les gestionnaires, les patients... La culture de l'hôpital de la fin du xx^e siècle est essentiellement axée sur la maladie comme objet de soin, donnant lieu à des séquences d'actes diagnostiques ou thérapeutiques, eux-mêmes producteurs de valeur (point ISA par exemple). L'objectif médical de ce



soin est la restitution *ad integrum* de la lésion ou de la fonction lésée. Héritière de la tradition anatomo-clinique française, la médecine hospitalière est organisée en fonction de la nosologie médicale et en particulier en fonction des différentes spécialités³.

Cette culture médicale a fait coïncider santé et guérison, la santé étant comprise comme l'absence de maladie, « *le silence des organes* » telle que la définissait le Pr Leriche. Ainsi a été délimité, avec efficacité, le périmètre de l'hôpital sur le modèle biomédical pendant de nombreuses décennies. Aujourd'hui, le sujet du soin est le patient; l'objectif du soin n'est plus tant la santé comme absence de maladie que la santé comme moyen de faire face à une maladie chronique et de vivre avec toute une vie.

Ce constat, fait tant par les professionnels de santé publique sous le terme « transition épidémiologique et démographique⁴ » que par les cliniciens hospitaliers, accablés par l'importance de la densité des soins nécessaires à la prise en charge de patients chroniques, polypathologiques, témoigne de la profonde modification des besoins de santé de la population confrontée à un hôpital construit sur le modèle biomédical de la pathologie aiguë.

Les conséquences de ces constats historiques, épidémiologiques contribuent à interroger le contenu de la prestation médicale hospitalière. Ainsi, la prise en charge des patients porteurs de pathologies dues au tabac est particulièrement caricaturale. Alors qu'elles sont la première cause de morbidité et de mortalité hospitalière, il a fallu attendre

une circulaire de l'année 2000 pour légitimer l'aide à l'arrêt du tabac en milieu hospitalier (et encore, avec quels moyens dérisoires!). Cet exemple en dit long sur les cloisonnements du système de santé, et sur l'incompréhension de ce qu'est l'histoire naturelle d'une maladie, celle de la bronchite chronique posttabagique par exemple. En effet, les patients concernés ne feront l'objet d'une prise en charge significative qu'à partir du moment où ils seront chronicisés dans l'insuffisance respiratoire chronique plus ou moins dépendants de l'oxygénothérapie à domicile. Peu d'interrogations concernent les investissements financiers considérables dans les chimiothérapies de certains de ces cancers bronchiques posttabagiques, dont les luxueuses plaquettes de présentations commerciales expliquent docement

>> Hôpitaux promoteurs de santé Réseau français OMS

Dans votre hôpital, vous participez en équipe à...

- > des projets d'éducation des patients,
- > des démarches d'amélioration des conditions de travail du personnel,
- > des actions de prévention et d'éducation pour la santé,
- > un réseau ville/hôpital,
- > des projets pour améliorer la qualité de l'accueil des patients et des visiteurs...

Vous souhaitez renforcer, développer et valoriser ces actions...

Quelle que soit votre fonction, vous pouvez rejoindre des professionnels déjà impliqués dans ces domaines en participant au réseau français des hôpitaux promoteurs de santé (www.inpes.sante.fr).

l'impérieuse nécessité au motif d'un accroissement de la médiane de survie de 3,5 mois à 4,5 mois...

L'analyse de l'évolution des pathologies, des pratiques de soin, de la place du patient, des modalités d'organisation du soin, de ses objectifs est le plus souvent occultée dans les différents rapports concernant l'avenir de l'hôpital.

La comparaison quelque peu caricaturale (mais pas tant que ça...), proposée au tableau 1, « Modélisation d'un hôpital promoteur de santé », délimite

les contours de l'hôpital de demain par opposition à l'hôpital traditionnel :

- **Concevoir la santé comme ressource de vie.** Concevoir la santé du patient non plus seulement comme une finalité/guérison mais aussi comme permettant de vivre avec une pathologie grave et un traitement contraignant. Il s'agit ainsi de recentrer l'objet du soin sur le patient et non plus seulement sur sa maladie.
- **Impliquer le patient dans un projet d'autonomie.** Dans cette dynamique, l'objectif du soin est aussi la qualité de vie du patient, il ne s'agit pas simplement de limiter la prestation à l'optimisation biométrique... Face au consumérisme médical favorisant la passivité, l'hôpital promoteur de santé essaie d'impliquer le patient dans un projet d'autonomie et de cogestion de sa santé et de sa maladie. Il s'agit du domaine de l'*empowerment*, qui est l'enjeu majeur de l'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques.
- **Prendre en compte les déterminants de santé publique.** Avec la loi d'orientation en santé publique, les indicateurs et les objectifs proposés⁵ vont permettre de légitimer l'implication de l'hôpital promoteur de santé dans la

prise en compte des déterminants de santé concernant les habitants du bassin de vie (tabac, alcool, précarité, environnement, accident de la voie publique, pathologie mentale...). C'est le mérite du modèle des déterminants de santé retenu pour cette prochaine loi que de permettre un réajustement aux besoins de santé de la population d'un territoire.

Spécificités d'un hôpital promoteur de santé

Confrontés aux mêmes constats, à des contraintes économiques équivalentes, différents pays européens ont décidé d'organiser un réseau régional des hôpitaux promoteurs de santé dans le cadre du réseau OMS de la région Europe. Ce réseau des Health Promoting Hospitals, né en 1995, s'est constitué sur la base de l'application de la charte d'Ottawa aux établissements de santé formalisés dans la charte de Budapest⁶ (1992) et la déclaration de Vienne⁷ (1997).

Au-delà de la grande diversité des actions proposées dans ce réseau et présentées dans des conférences annuelles⁸, les spécificités de ce mouvement des hôpitaux promoteurs de santé sont :

- une dynamique de **processus** de promotion de santé ;
- des stratégies de **communication** pour faire de l'hôpital une **organisation apprenante** (*learning organisation*), agent de changement ;
- une mobilisation des acteurs cibles (patients, soignants, administratifs, habitants par leur implication dans le processus [*empowerment*]).

Impliquer les acteurs

Les acteurs de l'hôpital sont multiples, et les identifier contribue à préciser leur rôle, leur potentialité dans la mise en œuvre et l'évaluation des actions de promotion de santé (cf. tableau 2, « Une approche intégrée de la prévention du tabagisme au CH de Dreux »).

La place **des patients** a notablement changé à l'hôpital durant ces dix dernières années. Cette évolution en est un facteur de qualité. Outre la relation de soin, la demande d'information, voire d'éduca-

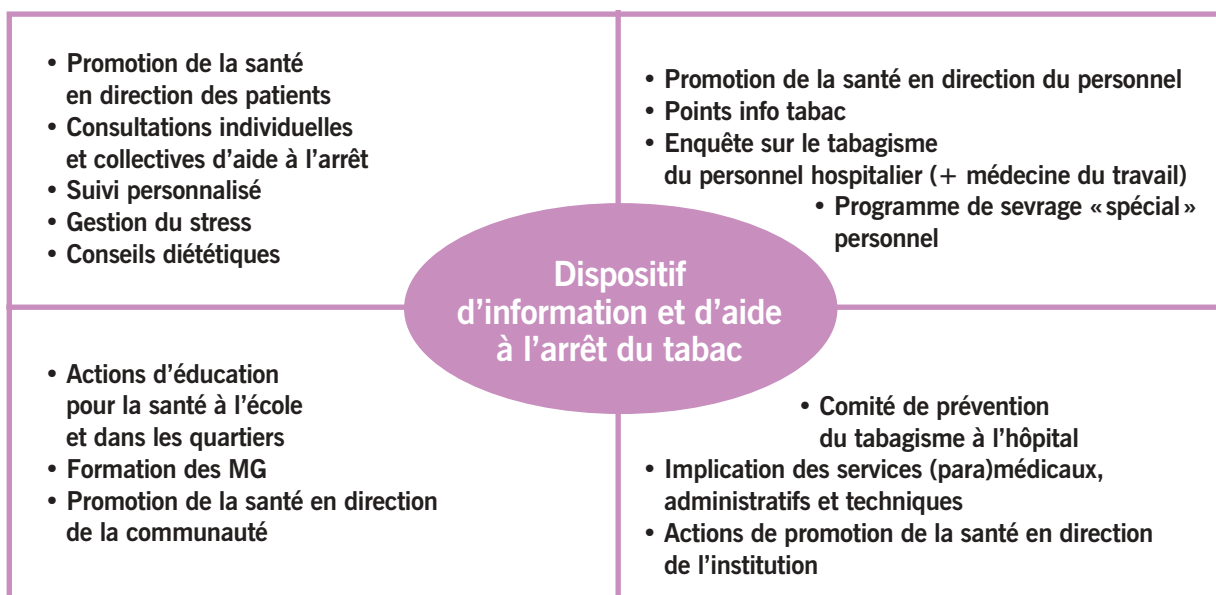
>> Modélisation d'un hôpital promoteur de santé (tableau 1)

	Hôpital/maladie	Hôpital/santé
Conception de la santé	Finalité (Restitution <i>ad integrum</i>)	Moyen (Ressource face à la maladie)
Objet du soin	MALADIE	PATIENT
Objectif du soin	Guérison	« Faire de la santé un projet au lieu de la maladie un cauchemar » Qualité de vie
Place du patient	PASSIF	ACTEUR
Temps	SÉQUENCES	PROCESSUS
Durée de la maladie	Aiguë	Chronique
Modèles	Biomédical	Global
Organisation	CLOISONNÉE Intra/extra-service (curatif/préventif, médical/social)	TRANSVERSALE Continuité santé/maladie
Environnement		Prise en compte des déterminants de santé du bassin de vie
Déterminants de santé	« Pas la fonction de l'hôpital »	
Pratique soignante	• Prestataire de service • Individuelle	• Empowerment* • Individuelle et groupe

* Autonomisation face à la maladie

Source : F. Martin

>> Une approche intégrée de la prévention du tabagisme au centre hospitalier de Dreux (tableau 2)



tion thérapeutique, les attentes des patients se sont profondément modifiées, et cette implication est vraisemblablement une garantie à l'égard du consumérisme médical passif favorisé par la distribution de prestations hospitalières comme autant d'actes de réparation médico-technique. La participation des patients usagers/citoyens à la commission de relation avec les usagers, voire au conseil d'administration, est aussi une contribution à la transparence et à la qualité de l'institution.

L'importance quantitative du personnel dans un hôpital en fait un acteur essentiel d'un projet de santé. La constatation d'un absentéisme important témoigne souvent d'un phénomène de *burn out*, lié souvent à une baisse de qualité des soins. Une des caractéristiques de la charte de Budapest des hôpitaux promoteurs de santé est d'insister sur la pertinence des actions d'éducation pour la santé en direction des personnels permettant valorisation et motivation.

L'implication des personnels d'administration, plus que de coûteuses campagnes de communication externe, assoit légitimité et crédibilité d'un projet de promotion de santé.

Quant à la prise en compte de la communauté, c'est-à-dire de la popu-

lation des habitants d'un bassin de vie, à l'heure de l'élaboration des SROS de troisième génération et de la mise en œuvre de la loi d'orientation en santé publique, sa légitimité ne peut être contestée. En effet, identifier des besoins de santé pour mieux y répondre est aussi une spécificité des hôpitaux promoteurs de santé.

Les interrogations sont nombreuses,

tant concernant les notions de besoin de santé (besoin non réduit à des soins médico-techniques), que de population (les données d'épidémiologie descriptives analytiques locales sont souvent peu contributives), que du territoire considéré (bassin de vie, bassin de population...). Si l'accès au plateau technique ou à l'expertise médicale est gradué en fonction du besoin dans le

>> Au-delà des soins, quelles missions pour l'hôpital ?

Comment promouvoir la santé à l'hôpital ?

- Favoriser la promotion de la santé à l'hôpital.
- Faire connaître le réseau OMS des hôpitaux promoteurs de santé, ses concepts, ses actions, sa documentation.
- Développer une santé publique de proximité ajustée au bassin de vie de l'hôpital.
- Identifier les déterminants de santé et mettre en œuvre des actions de prévention primaire répondant aux besoins de santé de la population locale.

Éducation thérapeutique à l'hôpital ?

- Valoriser l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies chroniques.
- Favoriser la formation initiale et continue des professionnels de santé en éducation thérapeutique et en promotion de la santé.
- Favoriser la mise en œuvre d'une organisation transversale, multidisciplinaire, multiprofessionnelle et en assurer la communication avec la médecine ambulatoire.
- Favoriser la collaboration avec les associations de patients.

cadre d'une planification sanitaire régionale par exemple, il n'en demeure pas moins que la capacité d'un hôpital à s'ajuster aux besoins spécifiques locaux est une dimension déterminante de sa qualité. S'impliquer dans la prise en compte des déterminants de santé (tabac, alcool, précarité) permet d'anticiper l'évolutivité des pathologies, de manière à ne pas attendre que les patients soient chronicisés dans des pathologies irréversibles. Identifier l'hôpital comme un acteur de la prise en charge de la mortalité et de la morbidité évitable (avant 65 ans), le plus fréquemment consécutives à des pathologies liées aux comportements alcoolotabagiques, est un élément de qualité pour répondre correctement aux besoins de santé futurs de la population.

À la santé considérée comme la finalité du soin s'est donc substituée pour une grande partie des patients porteurs d'une maladie chronique, les *healthy ill people*, la notion de qualité de vie sans guérison, cette qualité de vie devenant la finalité du soin hospitalier.

Cette capacité de réajustement dans les objectifs de la prise en charge hospitalière nécessite aussi de redéfinir le patient comme sujet partenaire thérapeutique. Cet ajustement organisationnel ne va pas toujours de soi dans des hôpitaux tout entiers organisés autour du plateau technique. L'intégration par exemple de l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier témoigne de sa capacité à « métaboliser » des concepts, des pratiques, des outils pédagogiques ou de communication, ainsi qu'à imaginer des structures organisationnelles transversales aux traditionnelles spécialités (pneumologie, cardiologie, diabétologie, etc.). Ainsi, promouvoir la santé à l'hôpital est non seulement un facteur de qualité dans les attentes et besoins du patient, mais aussi un facteur de réorganisation transversale de l'hôpital.

L'hôpital promoteur de santé, « facilitateur » de changement

Recentrer les fonctions de l'hôpital sur les besoins du patient contribue à redé-

finir le périmètre des unités de soin, non seulement sur le plan territorial (service, pôle, département, fédération d'activités...) mais aussi professionnel (délégation d'activité paramédicale), voire disciplinaire. La réorganisation de la cancérologie, par exemple promue dans le plan Cancer, participe de cette réorientation transdisciplinaire, multiprofessionnelle, pour laquelle il ne s'agit pas simplement d'optimiser une filière de soin, mais d'inclure différentes prestations dans le parcours du patient et de sa famille, accompagnement par une infirmière de coordination en cancérologie, projets de soin dans une feuille de route, recours à la psycho-oncologie sont des prestations aussi importantes dans une perspective « d'empowerment » d'un patient porteur d'un cancer évolué de mauvais pronostic, que la réalisation de l'énième ligne de chimiothérapie...

Promouvoir la santé à l'hôpital participe aussi de l'effort de décloisonnement de notre système de santé, dans une perspective de rétablissement d'une continuité d'intervention pouvant inférer sur le processus morbide (par exemple, recours à l'aide à l'arrêt du tabac pour les patients tabagiques hospitalisés, consultations d'observance thérapeutique pour éviter les récurrences d'hospitalisation, éducation thérapeutique, etc.). Ainsi, afin de respecter les grands équilibres de l'hôpital : qualité/productivité, programmé/urgence, soins médico-techniques/qualité de vie du patient, plateau technique/besoins de santé d'une population, il est utile d'intégrer les outils de la promotion de la santé dans la chaîne du soin (prévention primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire).

Pour ce faire, la régionalisation (ARS) est l'outil opérationnel permettant cette intégration dans le soin.

En effet, traditionnellement, la promotion de la santé saupoudrée entre ambulatoire, médico-social, et de manière anecdotique l'hôpital, ne pourra démontrer son efficacité que si un minimum de continuité est rétablie entre ces trois domaines du système de santé. ■

Références bibliographiques

1. Haut Comité de la santé publique, *La Santé en France*, La Documentation française, 1994.
2. Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R., *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sur la maladie*, Paris, John Libbey Eurotext, Paris, Les Presses de l'université de Montréal, 1996.
3. Imbault-Huart M.-J., *Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions*, in *Assistance publique-Hôpitaux de Paris. « Depuis cent ans, la société, l'hôpital et les pauvres »*, Vélizy, Doin, Paris : musée de l'AP-HP de Paris, p. 24.
4. Grémy F. (sous la dir. de), Aurengo A., Bérard A. et al., *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*, Nantes, Société française de santé publique, février 2002, p. 24.
5. DGS, Inserm, *Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs*, mars 2003.
6. Disponible sur Internet : www.ulb.ac.be/assoc/hps/hps-vienne.htm
7. Disponible sur Internet : www.ulb.ac.be/assoc/hps/hps-budapest.htm
8. Berger Hartmut H.B., Krajic K., Rainer P., *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*.
9. Aujoulat I., Le Faou A.-L., Sandrin Berthon B., Martin F., Deccache A., « Implementing health promotion in health care settings : conceptual coherence and policy support », *Patent Education and Counseling*, 2001.

Pour en savoir plus : *La Santé de l'homme*, n° 360, « La promotion de la santé à l'hôpital », INPES, 2, rue Auguste-Comte, BP 51, 92174 Vanves Cedex.