



Glossaire utilitaire en Education Pour la Santé



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE LA RÉGION
DE BOURGOGNE

DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES DE BOURGOGNE



est que
Santé

la santé
de la santé

prévention

assurances
remboursement

communication

la santé
pour la santé

évaluation

spécificités

attentes

attentes

communication

compétences

évaluation

évaluation

évaluation

La région Bourgogne s'est dotée dès la fin de l'année 2002 d'un Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS) dont le but est d'assurer le développement d'un véritable service public d'éducation pour la santé. Faire en sorte que chaque bourguignon bénéficie d'actions de prévention adaptées à son âge est le challenge qui s'offre à tous les professionnels de l'éducation pour la santé de la région.

Dans les travaux préparatoires à ce schéma, il est apparu la nécessité de partager un langage commun. Comme le dit le philosophe Alain ETCHEGOYEN : "Souvent, les désaccords des hommes viennent du fait qu'ils ne s'entendent pas sur les mots". Et en éducation pour la santé, les causes de désaccords peuvent être multiples... depuis l'approche éthique préalable à toute action jusqu'au processus d'évaluation nécessaire pour l'amélioration des interventions.

C'est ainsi qu'est née l'idée de ce glossaire. Penser, rédiger, évaluer par des professionnels bourguignons, celui-ci nous invite à partager et à donner du sens à nos expressions.

En user, en abuser : c'est le seul mal que l'on peut souhaiter à ce document... après avoir remercié tous ceux qui ont aidé à sa naissance, je veux remercier tous ceux qui l'aideront à vivre ; c'est-à-dire tous ceux qui l'utiliseront.

Jacqueline IBRAHIM
DRASS de Bourgogne

Introduction

2

Contexte

L'état des lieux SREPS 2001 ainsi que les séminaires départementaux préparatoires à la conception du SREPS ont mis en évidence qu'il n'y a actuellement pas de consensus sur des définitions et des concepts clés utilisés dans le champ de l'EPS. Derrière des termes usités le sens et le contenu du mot varient souvent pour les acteurs en fonction des formations initiales, des pratiques professionnelles... Une mise au point était nécessaire pour aboutir à un langage commun, afin de développer ensemble une démarche d'éducation pour la santé.

Ce glossaire se propose d'être utilitaire et doit servir de référentiel au niveau régional pour faciliter les échanges et la communication entre les différents partenaires et professionnels. Nos réflexions nous ont amenés aussi à élargir sa diffusion vers un public plus large (étudiant, professeur, public intermédiaire...) associant autant de personnes que possible à des actions visant à promouvoir la santé.

Présentation du glossaire

Le groupe de travail a structuré le glossaire en deux parties :

La première partie précise et argumente certains **fondamentaux en EPS** : Éthique, Santé, Santé Publique, Promotion de la santé, Prévention, Santé communautaire, Éducation pour la santé, Comportement et Évaluation. Cette partie est destinée plus spécialement à sensibiliser le grand public à l'éducation pour la santé.

Une 2^{ème} partie reprend différents **mots et expressions couramment utilisés dans le champ de l'EPS** et promotion de la santé. Elle contient des renvois et des mots rattachés.

Ce glossaire est consultable en ligne sur le site du cores de Bourgogne (www.cores-bourgogne.org) et de la Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne (<http://\bourgogne.sante.gouv.fr>), avec deux niveaux de recherche et des possibilités de téléchargement. Une mise à jour est prévue sur le site.

PRÉFACE

1

INTRODUCTION

2

DES FONDAMENTAUX EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

4

DES TERMES COURAMMENT UTILISÉS EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

22

ANNEXES

52

LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

58

INDEX

59

NOTES

62

Éthique

Toute action d'éducation pour la santé doit s'accompagner d'une réflexion éthique. L'éthique est une élaboration personnelle dans laquelle chacun cherche à développer le meilleur de lui-même. C'est un acte de choix garantissant sa propre liberté, conjointement à celle d'autrui, avec lequel on est en interaction.

En éducation pour la santé, quatre critères sont retenus par l'OMS :

Une action est éthique si :

l'on s'assure de la participation active de tous les partenaires, usagers et professionnels,

A elle contribue à lutter contre les inégalités et n'en suscite pas de nouvelles,

A elle est utile et non nocive,

A elle se soumet périodiquement à l'évaluation.

Les sources : (Adapté de)

Conseil scientifique du CFES. Avis du conseil scientifique du CFES. Paris : Éditions CFES, 2001 : 53 p.

Les mots rattachés

[*Dignité humaine*]

Respect des valeurs personnelles de l'individu. Chacun a sa propre importance et est digne de respect. L'engagement pour les besoins fondamentaux d'une personne d'une part et le respect de son individualité d'autre part ont une très grande importance (...). La dignité humaine est protégée éthiquement dans le cadre des droits de l'homme.

(Adapté de)

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Morale*]

La morale nous dicte la conduite à tenir lorsque l'on cherche le bien. C'est un ensemble de jugements relatifs au bien et au mal issus de la culture, de la tradition et de la loi. La morale est du côté des codes, des normes et du droit.

(Adapté de)

Conseil scientifique du CFES. Avis du conseil scientifique du CFES. Paris : Éditions CFES, 2001 : 53 p.

[*Normes et valeurs sociales*]

Normes : Ensemble de principes liant les membres d'un groupe et servant à guider, contrôler ou réguler un comportement juste et acceptable dans la société à laquelle ils appartiennent.

La notion de valeur renvoie au référentiel de « ce qui est habituel » dans une fourchette de possibilités.

(Adapté de)

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Le dictionnaire qui définit la santé comme « l'absence de la maladie » donne une vision négative du terme. L'OMS, dans la constitution de 1946, a alors défini la santé comme étant « **un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie** ». La notion de normal, d'état optimum de bien-être, qui serait le même pour tous les hommes, est une généralisation difficilement acceptable ; les différentes observations permettent de montrer que cette notion varie suivant les personnes, les époques, les civilisations.

De cet aspect statique, absolu, utopique, adapté aux 20 glorieuses (1950/1970), les contextes sociaux et économiques modernes nous amènent à des versions contemporaines ; la plus classique est reprise dans la charte d'Ottawa : « **la santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales). Ce qui exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation** ». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie.

Il y a des liens inextricables entre le contexte social et économique, l'environnement physique, les modes de vie individuels et la santé. Ces liens sont la clé de la compréhension globale de la santé.

Les sources : (Adapté de)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) art. I (1946).

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les soins de santé primaires : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma Ata (URSS). Genève, 1978.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, 1ère conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada, 21 novembre 1986.

Les mots rattachés

[État de santé]

Description ou mesure de la santé d'un individu ou d'une population à un moment donné en fonction de normes définies, généralement par référence à des indicateurs de santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p. (adapté de WHO. Glossary of Terms used in Health for All series n° 9. Geneva, 1984).

[Maladie]

Si l'on réfléchit aux théories classiques de l'origine exogène ou endogène de la maladie, les conceptions que nous avons exposées assignent à la maladie une origine première exogène. Elle provient du mode de vie, de la société. Le processus de genèse est cependant plus complexe : la maladie participe à la fois de l'individu et du mode de vie, chaque facteur jouant un rôle. La santé, en revanche, est plus simple : toute entière de l'individu, jamais extérieure à lui. Alors que la maladie apparaît comme le résultat d'un processus d'interaction, d'un conflit, la santé est une donnée immédiate. A la limite, nous pourrions dire que, s'il y a une genèse de la maladie, il n'y en a pas de la santé.

Herzlich C. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Paris, La Haye : Mouton et Co, 1969 : 69 p.

[*Politique de santé*]

Déclaration formelle ou procédure au sein des institutions (notamment dans un gouvernement), définissant des priorités et des paramètres d'action en fonction des besoins de santé, des ressources disponibles ou encore des pressions politiques.

Une politique de santé est souvent matérialisée sous la forme d'une loi ou d'autres formes de règlements, définissant les directives et recommandations qui permettent de fournir des services et des programmes de santé, et qui favorisent l'accès à ces services et programmes. Une politique de santé diffère d'une politique publique saine (favorable à la santé), en ce que son objet principal porte sur les services et programmes de santé. Il est possible d'évaluer les avancées des politiques de santé en observant dans quelle mesure celles-ci se définissent aussi comme des politiques publiques saines.

Comme pour la plupart des politiques, les politiques de santé proviennent d'un processus systématique de construction de soutiens à l'action en santé publique qui s'appuie sur les évidences quand elles existent et qui intègre les préférences des communautés, les réalités politiques et les ressources disponibles.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Santé globale/Santé pour tous*]

A Santé globale

C'est la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physique, psychique et sociale, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociale, psychologique, économique, juridique et culturelle de ses conditions de vie et de son mode de vie.

Collège Régional d'éducation pour la Santé (CORES) de Basse-Normandie, Véret JL (sous la dir. de). Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun. Hérouville-St-Clair : Les publications du CORES, 2002 : 102 p.

A Santé pour tous

Le fait que toutes les personnes dans le monde atteignent un niveau de santé qui leur permettra de mener une vie socialement et économiquement productive.

La Santé pour tous repose sur le concept d'équité en santé. Le concept a été initié en 1977 et lancé à la conférence d'Alma Ata en 1978. Le processus de renouvellement (réorientation) de la Santé pour tous a été lancé en 1995 pour s'assurer que les individus, les organismes et les pays seront à même de relever les défis à la santé que le 21^{ème} siècle apportera. En 1998 le nouvel agenda de la Santé pour tous « santé au 21^{ème} siècle » a été adopté.

Un des objectifs principaux du programme de l'OMS est de donner aux gens une vision positive de la santé. Il s'agit, non seulement d'une amélioration des modes de vie et d'une réduction des décès prématurés, mais également de la recherche d'un plus grand bien-être et d'une plus grande qualité de la vie, en assurant le plein développement et la pleine utilisation des capacités physiques et mentales, totales ou résiduelles des personnes, afin de retirer tous les avantages d'une vie « saine » et de faire face à la vie d'une manière saine.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Voir schéma en Annexe p 53.

Santé publique

Traditionnellement, la notion de santé publique recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie... On utilise aujourd'hui santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins.

Actuellement, la santé publique est une notion politique, sociale et économique. En effet, son intervention porte 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 se caractérise par une compréhension globale des façons dont les modes de vie et les conditions de vie déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des modes de vie sains et en créant des environnements favorables. De ce fait, elle dépasse le domaine purement technique pour toucher à des questions de choix de société où les politiques de santé font place à la politique tout court.

On peut décomposer la santé publique en une série d'actions visant chacun des déterminants de la santé :

- A hygiène de l'environnement,
- A organisation des soins,
- A surveillance de l'état de santé,
- A organisation de la protection sociale,
- A prophylaxie et prévention des grandes épidémies,
- A dépistage et prise en charge,
- A prise en charge de la santé des collectivités.

L'avenir de la santé publique doit aussi s'inscrire dans le cadre du développement durable.

Les sources : (Adapté de)

Monnier J, Deschamps JP, Fabry J, Manciaux M, Raimbault AM. Santé publique, santé de la communauté. Villeurbanne : SIMER, 1980.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Brucker G, Fassin D. Santé publique. Paris : Éditions Marketing, 1989 : 848 p.

Les mots rattachés

[Développement durable]

Développement qui répond aux besoins de la génération actuelle sans compromettre l'aptitude des générations futures à répondre à leurs propres besoins (Commission mondiale pour l'environnement et le développement 1987). Il comprend de nombreux éléments et l'ensemble des secteurs, y compris le secteur de la santé, qui doit contribuer à réaliser ce type de développement.

Brundtland GH, OMS. Notre avenir à tous : Rapport de la Commission mondiale pour l'environnement et le développement. Genève, 1997.

[Politique des pouvoirs publics favorable à la santé]

La Charte d'Ottawa a mis en évidence le fait que l'action de promotion de la santé va au-delà du secteur des soins de santé, en soulignant que la santé doit constituer un sujet de préoccupation dans tous les secteurs et à tous les niveaux des pouvoirs publics. Dans l'optique d'une politique des pouvoirs publics favorable à la santé, la notion de responsabilité en matière de santé est importante. Les gouvernements sont en définitive responsables devant les citoyens des conséquences sanitaires de leurs politiques ou de leur absence de politique. Un gouvernement soucieux de mettre en œuvre des politiques favorables à la santé doit mesurer ses investissements pour la santé, les résultats de ces derniers et les résultats intermédiaires ; il doit également faire un rapport à ce sujet sous une forme que tous les groupes de la société comprennent aisément. La stratégie d'investissement pour la santé est étroitement liée à la notion de politique des pouvoirs publics favorable à la santé, qui relève du domaine de la promotion de la santé. L'investissement pour la santé constitue une stratégie permettant d'optimiser les effets de promotion de la santé des politiques des pouvoirs publics.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

[Politique publique de promotion de la santé]

Les décisions politiques et économiques ont un impact sur la santé de la population. Une politique publique de promotion de la santé a pour objet d'étudier les répercussions des décisions politiques sur la santé publique et privée, afin de les replacer dans leur contexte général. L'un des points centraux de la politique publique de promotion de la santé est la reconnaissance du fait que l'inégalité sociale mène à l'inégalité face à la santé.

Société Suisse de Santé Publique (SSSP). Politique publique de promotion de la santé : glossaire. 2000.

[Politique sanitaire]

La politique sanitaire est souvent adoptée sous la forme d'une législation ou d'autres normes, qui définissent des dispositions réglementaires et des incitations permettant d'assurer des services et de mettre en œuvre des programmes sanitaires, et garantissant l'accès à ces services et programmes.

La politique sanitaire se distingue actuellement de la politique des pouvoirs publics favorable à la santé du fait qu'elle concerne avant tout les services et les programmes sanitaires. Les progrès qu'accompliront à l'avenir les politiques sanitaires seront mis en évidence par la mesure dans laquelle elles peuvent également être définies comme des politiques des pouvoirs publics favorables à la santé.

Comme c'est le cas de la plupart des politiques, les politiques sanitaires résultent d'un processus systématique d'obtention d'un appui pour des actions de santé publique inspirées de données disponibles complétées par les préférences des communautés, les réalités politiques et la disponibilité de ressources.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Promotion de la santé

La Charte d'Ottawa de l'OMS de 1986 définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux individus et aux populations les moyens de gérer ou d'améliorer leur propre santé.

On peut aussi dire que c'est le processus qui permet aux individus de mieux maîtriser les déterminants de leur santé et leur multicausalité. La participation des personnes est essentielle dans toute l'action de promotion de la santé. Celle-ci vise notamment la réduction des inégalités sociales et une plus grande disponibilité aux ressources disponibles.

La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales :

- A sensibiliser à la santé, pour créer les conditions essentielles à la santé (plaidoirie),
- A conférer à tous, les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé (facilitation),
- A servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé (médiation).

Ces stratégies sont soutenues par cinq domaines d'actions prioritaires :

- A élaborer une politique publique saine (législation, fiscalité, organisation des services),
- A créer des milieux favorables à la santé (environnement, conditions de travail ...),
- A renforcer l'action communautaire, c'est-à-dire la démocratie sanitaire par la possibilité, pour les individus et les groupes, de participer aux décisions,
- A acquérir des aptitudes individuelles,
- A 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, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

Les sources : (Adapté de)

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, 1ère conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada, 21 novembre 1986.

Les mots rattachés

[La déclaration de Jakarta]

La déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle de juillet 1997 a confirmé que ces stratégies et domaines d'actions sont valables pour tous les pays. Les approches globales du développement sanitaire sont les plus efficaces. Celles qui combinent les cinq domaines d'actions susmentionnés sont plus efficaces que celles qui reposent sur un seul d'entre eux.

Elle énonce cinq priorités :

- A promouvoir la responsabilité sociale pour la santé,
- A augmenter les investissements pour le développement sanitaire,
- A développer les partenariats pour la promotion de la santé,
- A accroître les capacités des communautés et donner des moyens d'agir aux individus,
- A mettre en place une infrastructure de promotion de la santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle. OMS, quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé. Jakarta, 21-25 juillet 1997.

Prévention

Parallèlement au concept de la santé, celui de la prévention a évolué. Si étymologiquement cela consiste à « **devancer d'une part et avertir d'autre part** », la définition classique est « **tente d'éviter ou de réduire maladies et accidents** » et plus récemment la prévention devrait permettre de promouvoir la santé et responsabiliser l'individu face à celle-ci.

Si classiquement encore la prévention revêt quatre formes : primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, actuellement apparaissent les notions de prévention généralisée ou universelle, sélective et indiquée.

La prévention s'appuie sur quatre types d'interventions interdépendantes :

- A des mesures légales et socio-économiques,
- A des actions pour améliorer ou préserver l'environnement et les conditions de vie,
- A des actes médicaux,
- A l'éducation pour la santé, qui impliquent l'individu à des degrés différents de participation (passive, semi-active, active).

Les sources : (Adapté de)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Paris : Les éditions INSERM, août 2003 : 206 p. Collection l'Expertise collective opérationnelle. De l'expertise à l'action.

Les mots rattachés

[*Prévention de la maladie*]

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent, non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Editions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p. (adapté de WHO .Glossary of Terms used in Health for All. Geneva, 1984. Series N° 9).

[*Prévention primaire*]

Ce sont toutes les actions qui visent à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un accident dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas (ex : vaccinations, législation, éducation pour la santé ...).

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Paris : Les éditions INSERM, août 2003 : 206 p. Collection l'Expertise collective opérationnelle. De l'expertise à l'action.

[*Prévention secondaire*]

Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie ou d'un problème dans une population. Elle englobe donc la détection précoce de la maladie voire même des cas asymptomatiques ou le dépistage et les mesures curatives.

Sournia J.C. Dictionnaire français de santé publique. Paris : Éditions de santé, 1991 : 260 p.

Braveman P.A, Tarimo E, OMS. Dépistage et soins de santé primaire. Genève : OMS, 1996 : 237 p.

[*Prévention tertiaire*]

Elle tente de diminuer la prévalence des handicaps, des séquelles ou des récidives dans une population. Elle prend donc en compte les actions du domaine de la réadaptation, de l'intégration et de l'insertion scolaire, professionnelle et sociale.

Bury J.A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. 2ème tirage. Bruxelles, De Boeck université, 1992 : 105 p.

[*Prévention quaternaire*]

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. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. 2ème tirage. Bruxelles, De Boeck université, 1992 : 105 p.

La distinction classique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire est actuellement remplacée par les notions de **prévention généralisée ou universelle, sélective et indiquée**.

Les interventions dites généralisées sont destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. Les campagnes de vaccination et la prévention en milieu scolaire en sont des exemples. La prévention sélective vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble. La prévention indiquée s'adresse aux sujets qui ont des signes d'appel, en restant en deçà des critères diagnostiques. Si la notion de prévention est claire pour tous malgré des nuances apportées par différents corps professionnels (la « **prévention médicalisée** » du médecin, la « **prévention répressive** » du gendarme), le concept d'éducation pour la santé et plus largement celui de promotion de la santé font souvent l'objet d'interprétations diverses. Le caractère pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de ces domaines fait que chacun y projette sa vision de la santé.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Paris : Les éditions INSERM, août 2003 : 206 p. Collection l'Expertise collective opérationnelle. De l'expertise à l'action.

Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. La santé communautaire ne peut donc pas se faire sans les usagers.

La **communauté**, on le voit bien, est un groupe dont les membres ont des intérêts communs. Ce n'est pas un état, elle est en mouvement et une personne peut faire partie de plusieurs communautés.

C'est ainsi que l'**action communautaire** pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière.

Les sources : (Adapté de)

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Manciaux M, Deschamps JP. La santé de la mère et de l'enfant. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1978 : 31 p.
Secrétariat d'état chargé de la santé. Promotion de la santé : méthodologie. Atelier 7 : analyse des besoins d'une communauté. Paris : La documentation française, 1986 : 60 p.

Les mots rattachés

[Alliance]

Une alliance pour la promotion de la santé est un partenariat entre plusieurs parties, qui s'efforcent d'atteindre un ensemble de buts dans le domaine de la promotion de la santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

[Associations / populations]

La question posée est celle de la participation de la population aux choix qui la concernent, ainsi que le développement de sa capacité à améliorer sa santé.

On est au cœur du débat sur la citoyenneté, sur le renforcement de la démocratie.

En terme de contribution à la qualité, l'efficacité des pratiques et des programmes de promotion de la santé, cette participation est un enjeu à trois niveaux :

A par son apport à une connaissance plus riche de la réalité. La participation permet une expression plus fidèle des besoins, des attentes (...). Ce complément de savoir fonde la légitimité des usagers à contribuer au débat public sur la santé (...),

A par son apport à une action plus pertinente sur la réalité. Nous le savons, la santé est plus sous l'influence des personnes elles-mêmes que sous celle des professionnels. Leur contribution aux programmes de santé est donc essentielle (...),

A par son organisation concrète dans la société, et en premier lieu à travers le milieu associatif.

Le développement de la participation renvoie aux formes concrètes qu'elle doit prendre pour s'adapter aux ressources des personnes qu'elle souhaite impliquer. Le système associatif en est une forme privilégiée, puisqu'il croise organisation, élaboration, expression et défense des enjeux des usagers (...).

Bouchet C. Éclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et réflexions sur leurs conditions de leur efficacité. Lyon : CRAES-CRIPS, 2000 : 36 p.

[*Coopération intersectorielle*]

Relation entre des éléments de différents secteurs de la société qui a été établie en vue d'agir sur une question, de façon à atteindre des résultats en matière de santé ou des résultats intermédiaires d'une façon qui soit plus efficace, plus rationnelle ou plus durable que si le secteur sanitaire avait agi seul.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p. (adapté de : WHO. Intersectoral Action for Health : A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. Geneva, 1997).

[*Démocratie sanitaire*]

L'affirmation des droits des malades (loi n° 2002-203 du 4 mars 2002) entretient des liens étroits avec l'émergence de la démocratie sanitaire. Celle-ci désigne la participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé.

Guillaume-Hofnung M. Droits des malades : vers une démocratie sanitaire ? Paris : La Documentation française, février 2003 : 124 p.

[*Médiation*]

Dans le domaine de la promotion de la santé, la médiation est un processus par lequel les différents intérêts (personnels, sociaux et économiques) des individus, des communautés et des différents secteurs (public et privé) sont conciliés d'une façon qui assure la promotion et la protection de la santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

[*Partenariat*]

Accord volontaire entre deux ou plusieurs partenaires qui s'engagent à coopérer pour atteindre ensemble des objectifs de santé communs. Ce type de partenariat peut être limité et se résumer à la poursuite d'un but clairement défini (comme par exemple le développement et l'introduction réussie d'une législation) ou large et couvrir une grande variété de sujets et d'initiatives. La promotion de la santé explore de plus en plus la possibilité de construire des partenariats entre le secteur public, la société civile et le secteur privé.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Participation*]

La participation est le fait de prendre part, autrement dit de prendre sa part sous forme d'un apport personnel aussi bien à la pensée, qu'à l'action.

CORES de Basse-Normandie, Véret J.L (sous la dir. de). Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun. Hérouville-St-Clair : Les publications du CORES, 2002 : 102 p.

[*Participation communautaire*]

Processus dans lequel les individus et les familles, d'une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté et, d'autre part, développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation pour résoudre leurs problèmes communs, au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs.

(Adapté de)

Glossaire de quelques termes utilisés en santé publique et en santé communautaire. In : Brix O, Fayard R, Guillaud-Bataille S, Péchevis M. Santé : travailler avec les gens. Paris : Éditions ENSP, mars 2003 : 264-71 p.

Comportement

Le comportement, c'est l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un individu ou d'un groupe qui agit en réponse à une stimulation venue de ses milieux intérieur ou extérieur.

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 socialement en contradiction avec des valeurs personnelles essentielles.

Le comportement en matière de santé :

Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but.

On peut soutenir que presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son état de santé, ceux adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la santé et ceux adoptés indépendamment des conséquences pour la santé. Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risque.

Les sources : (Adapté de)

Health Promotion Glossary, 1986.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Les mots rattachés

[*Risque*]

Probabilité de survenue d'un événement défavorable. La perception individuelle du risque est variable selon les sujets, de même que la réponse d'un individu au risque (le risque pour l'un n'est pas nécessairement un risque pour l'autre). Cela dépend de l'exposition au risque, volontaire ou au contraire involontaire et incontrôlable. Conduire une voiture est indispensable, habituel, sous contrôle personnel et n'est donc pas considéré comme représentant une entreprise risquée comparée à celle de voler en avion. Il peut être difficile d'informer du risque en raison de la réaction individuelle qui est intuitive et émotive et parce qu'il n'existe pas de référence commune permettant de juger de divers risques.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Comportements à risque*]

On définit généralement les comportements à risque sur la base de données épidémiologiques ou sociales. La modification des comportements à risque représente un but important de la prévention de la maladie et traditionnellement on utilise l'éducation pour la santé à cette fin.

Dans le cadre plus large de la promotion de la santé, on peut considérer que le comportement à risque est une réaction à de mauvaises conditions de vie ou à un mécanisme visant à faire face à ces dernières. Les stratégies permettant de contrer cette réaction comprennent la transmission d'aptitudes utiles et la création d'environnements plus favorables à la santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25p. (adapté de WHO .Glossary of Terms used in Health for All series n° 9. Geneva, 1984).

[*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.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Gestion du risque*]

La gestion des risques devient complexe dans la mesure où l'on a pu relever que la dénonciation d'un risque devient elle-même un risque (...). La gestion des risques est une activité permanente, à l'échelle individuelle et collective.

CORES Basse-Normandie, J.L.Véret (sous la dir. de). Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun. Hérouville-St-Clair : Les publications du CORES, 2002 : 102 p.

[*Facteur de risque*]

En épidémiologie, un facteur de risque est toute variable liée statistiquement à la survenue d'un évènement. Il s'agit d'une caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence de la maladie ou à un problème de santé dans une population, et par conséquent à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie ou d'un problème de santé. Facteur ou variable associés (statistiquement ou de manière causale) au développement d'une maladie ou de toute autre situation de santé chez un individu ou un groupe.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Mode de vie*]

Une façon de vivre reposant sur l'interaction entre les conditions de vie au sens large et les modes individuels de comportements déterminés par les facteurs socio-culturels et les caractéristiques personnelles.

L'éventail de modes de comportements accessibles aux individus peut être limité ou étendu du fait de facteurs sociaux et environnementaux. Pour cette raison, le mode de vie est souvent appréhendé dans le contexte à la fois d'expériences individuelles et collectives et de conditions de vie.

Glossaire de quelques termes utilisés en santé publique et en santé communautaire. In : Brixi O, Fayard R, Guillaud-Bataille S, Péchevis M. Santé : travailler avec les gens. Paris : Éditions ENSP, mars 2003 : 264-71 p.

[*Modification des comportements*]

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 les différents groupes sociaux. La modification des comportements s'inscrit donc dans la durée qui doit être considérée dès la phase d'évaluation de ses résultats.

CORES de Basse-Normandie, Véret J.L (sous la dir. de). Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun. Hérouville-St-Clair : Les publications du CORES, 2002 : 102 p.

Éducation pour la santé

Éducation : en latin deux verbes définissent l'acte éducatif :

Educare : signifie élever, nourrir des plantes, des animaux, des humains. Cela évoque un processus exogène où l'éducation repose sur des apports extérieurs à l'individu.

Educere (Ex-ducere) : signifie conduire hors, faire sortir. Cela évoque un processus endogène où l'éducation consiste à faire éclore les potentialités inhérentes à la personne.

Si hier, l'éducation sanitaire se limitait à une simple instruction au cours de laquelle étaient enseignées des règles d'hygiène, aujourd'hui, comme dans educere, il s'agit d'une véritable éducation faisant appel à la participation active des individus au sens de la responsabilité et de l'autonomie.

L'éducation pour la santé, en s'inscrivant dans la politique de promotion de la santé, est l'ensemble des actions qui offrent la possibilité à chaque individu tout au long de sa vie d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.

Quatre axes éducatifs sont nécessaires pour répondre à cette finalité :

- A l'apport de savoirs sous forme d'acquisitions, de modifications ou de renforcement de connaissances utiles,
- A l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être (attitudes, représentations),
- A la capacité de pouvoir faire.

Les portes d'entrées peuvent être variées :

- A thèmes particuliers,
- A catégories de population,
- A lieux de vie (villes, pays, territoires, quartiers ...).

Les programmes d'éducation pour la santé comportent des actions de trois natures différentes :

- A des campagnes de communication qui contribuent à modifier progressivement les représentations et les normes sociales,
- A la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, les moyens de prévention, les maladies, les services de santé,
- A des actions éducatives de proximité qui permettent aux personnes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes.

Enfin, l'éducation pour la santé, pour permettre à l'individu de faire des choix responsables et autonomes, doit aider au développement de ses compétences individuelles et sociales.

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

- A Modifier le comportement sanitaire de l'individu et de la collectivité et renforcer les comportements favorables préexistants,
- A 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,
- A 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 un débat éthique sur la santé :

- A donner les moyens effectifs et cognitifs de s'informer, de connaître, de comprendre la santé et ses enjeux,
- A clarifier les valeurs, les croyances personnelles et culturelles,
- A développer l'estime de soi et des autres,
- A entraîner à la responsabilité, à la décision,
- A faire prendre conscience des déterminants sociaux, économiques,
- A 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.

Les sources : (Adapté de)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Paris : Les éditions INSERM, août 2003 : 206 p. Collection l'Expertise collective opérationnelle. De l'expertise à l'action.

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

Les mots rattachés

[*Savoirs profanes*]

Ce sont ceux partagés par tout ou partie du monde social.

Du seul fait de vivre dans une société, toute personne a acquis du savoir sur cette société aussi bien que sur elle-même. Ce savoir peut prendre différentes formes : il peut apparaître spontané, quasiment inconscient de lui-même, « insu » en quelque sorte, ou au contraire, il peut avoir fait l'objet d'élaborations. Il peut être plus ou moins explicite, plus ou moins cohérent, plus ou moins pertinent. C'est à partir de ce savoir que l'être humain se repère dans la société, dans la vie et se confronte perpétuellement à des problèmes de valeurs et de sens.

Il existe d'autre part, dans notre société, des « savoirs savants », ceux élaborés par des professionnels pour produire des connaissances sur l'homme et la société. Ces savoirs puisent leur légitimation dans l'organisation de « cités scientifiques » où un contrôle collectif s'exerce sur la production de ces connaissances. En raison de la force d'autorité détenue par ces savoirs savants, nous nommerons les premiers, ceux du citoyen ordinaire, des « savoirs profanes ».

Fieldman J (Dir), Filloux JC, Lécuyer BP, Slez M, Vicente M. Éthique, épistémologie et sciences de l'homme. Paris : Édition l'Harmattan, 1996 : 202 p. Collection Logiques Sociales.

Évaluation

Pour l'office fédéral de la santé publique de Berne, l'évaluation est l'interprétation critique et analytique des informations recueillies, les conclusions afférentes, ainsi que le jugement et/ou l'évaluation d'un projet ou d'une situation dans le but d'apporter à cette dernière une amélioration.

Deux concepts coexistent en matière d'évaluation des interventions en EPS. Chacun se justifie par le type d'approche utilisé dans les programmes :

A les tenants d'une première école, se référant à l'approche « **épidémiologiste** », mesurant l'atteinte d'objectifs préalablement fixés pour une population (ex : augmenter le taux de non fumeurs dans un établissement scolaire),

A ceux de la seconde école, se référant aux « **approches communautaires** », souhaitent que les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre, voire les méthodes d'évaluation, soient déterminés par la population elle-même, empêchant ipso-facto tout protocole d'intervention ou d'évaluation préalablement défini.

Elle propose de mettre l'accent sur l'évaluation de processus, c'est-à-dire du pilotage final des actions réalisées, en particulier par des évaluations qualitatives permettant non pas de mesurer un changement mais de comprendre comment le programme a été appliqué, compris, vécu, accepté.

La première école défend donc une efficacité scientifiquement déterminée à partir d'indicateurs quantitatifs, et la seconde une efficacité démocratiquement déterminée, c'est-à-dire par un jury comprenant financeurs, populations, intervenants et experts.

On peut, par ailleurs, définir différents niveaux d'évaluation :

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

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

A Les autres notions tournent autour de la question des résultats avec **efficacité, efficience et impact**.

Toute évaluation nécessite l'élaboration et la diffusion d'un rapport qui relie le problème posé, le programme, l'impact de l'intervention et les résultats du programme.

Les sources : (Adapté de)

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Lignes directrices pour la planification de l'évaluation de projets et de programmes. Berne, 1997.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Évaluation d'une action de santé publique : recommandations. Paris : ANDEM, 1995 : 48 p.

Institut National de la santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Paris : Les éditions INSERM, août 2003 : 206 p. Collection l'Expertise collective opérationnelle. De l'expertise à l'action.

Les mots rattachés

[Efficacité]

Degré d'accomplissement d'un objectif dans les conditions d'utilisation réelles. L'efficacité est mesurée typiquement en termes de santé. L'efficacité doit être distinguée de l'efficacité théorique ou potentielle et de l'efficience.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[Efficience]

Dimension économique de l'efficacité pratique où les conséquences ou les résultats d'une intervention sont reliés à l'utilisation qui est faite des ressources. La réalisation de produits particuliers est techniquement efficiente si elle emploie la quantité et l'assortiment d'éléments les moins coûteux possibles pour obtenir les résultats désirés. L'efficience d'une allocation de ressources se rapporte à l'assortiment des biens et des services produits : une économie est considérée comme efficiente en termes d'allocation, si on ne peut pas redistribuer des ressources d'un type de production vers un autre pour améliorer les conditions ou l'état de santé de quelqu'un sans détériorer celle d'une autre personne.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[Évaluation des besoins]

Processus définissant la gamme des services nécessaires à un individu pour lui assurer un niveau de vie, de santé et de bien-être définis. Au niveau de la population, c'est un processus qui vise à identifier les personnes qui devraient bénéficier d'un traitement ou d'une prévention particulière. Ce processus constitue alors une base pour la prise de décisions au sujet de l'offre en services de santé ou de l'orientation d'un programme d'intervention. Des concepts voisins sont : évaluation communautaire, analyse de communauté et études formatives.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Évaluation des moyens*]

Comme le médiateur, tout moyen qui se présente comme support de message, doit être évalué lors de sa préparation, avant son utilisation de même que pendant et après cette utilisation. L'évaluation porte sur l'adéquation du véhicule qu'il constitue et sur la façon dont il exprime le message. Le document écrit, enregistré ou audio-visuel est-il adéquat, rencontre-t-il l'approbation du public, a-t-il pour lui un attrait suffisant d'une part, non exagéré d'autre part ? Est-il capable de maintenir l'intérêt et l'attention ? Une évaluation logistique s'y ajoute : est-ce coûteux, pondéreux, fragile ? Que doit prendre l'éducateur avec soi pour la séance, que doit-il trouver sur place ? Y a-t-il risque de mauvais fonctionnement ? A-t-on pris toutes les précautions prescrites ?

Cotton E. L'éducation pour la santé : méthodes. Université Libre de Bruxelles, École de Santé publique, Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles, 1982 : 183 p.

[*Évaluation des résultats*]

A Évaluation des effets potentiels de différentes actions sur la santé d'une population, et de la distribution de ces effets parmi la population. Par exemple, on peut mesurer l'impact qu'ont sur la santé de nouvelles mesures gouvernementales sur le logement, de nouvelles mesures concernant la circulation, ou encore la localisation d'un nouvel aéroport.

A Méthodologie qui permet d'identifier, de prédire et d'évaluer les changements attendus, en termes de risques de santé, induits par un programme ou une action de planification ou de développement. Ces changements peuvent être positifs ou négatifs, individuels ou collectifs, directs ou indirects, immédiats ou différés. L'évaluation se définit donc comme une couverture adéquate des aspects de santé dans le contexte d'une étude d'impact sur l'environnement.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Évaluation des soins de santé primaire*]

Une évaluation des soins de santé primaires implique une étude des politiques d'un pays à l'égard des SSP, une analyse des stratégies adoptées pour l'exécution de ces politiques, et des visites sur place pour juger dans quelle mesure la stratégie d'exécution de ces politiques a été appliquée dans tout le pays. L'étude est menée à travers quatre activités principales : mobilisation et examen de l'information existante, collecte de nouvelles données, analyse de toutes les données recueillies et préparation d'un rapport, réunion avec les décideurs de haut niveau pour étudier les résultats de l'évaluation et élaborer un plan d'action.

El Bindari-Hammad A., Smith DL. Évaluation des soins de santé primaires : guide de l'enquêteur. OMS, Genève, 1992.

[*Évaluation du processus*]

Il s'agit d'évaluer surtout la pratique professionnelle elle-même : la qualité technique de l'action, l'organisation des services, les relations établies entre les professionnels et le public. Mesurer le succès d'un programme d'éducation pour la santé selon le nombre et la qualité de brochures ou de dépliants distribués est un aspect d'une évaluation de processus... Elle porte pour lui sur les services produits et utilisés dans le cadre du programme : aspect technique, aspect interpersonnel et aspect organisationnel.

Bury J.A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. 2ème tirage. Bruxelles, De Boeck université, 1992 : 105 p.

[*Impact*]

Effet créé par :

- A la maladie sur un individu, une famille ou une population (par exemple une grippe pendant une épidémie),
- A le traitement d'une maladie et ses conséquences (par exemple : l'introduction de la pénicilline pour le traitement de nombreuses maladies bactériennes),
- A la technologie sur une maladie et ses associations (par exemple : le remplacement d'articulations arthritiques par des prothèses),
- A les développements de la société sur la santé de la population (par exemple : les politiques agricoles et la santé de la population) (évaluation de l'impact sur la santé).

L'impact est habituellement progressif, mais parfois rapide et dramatique.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Indicateur*]

Les indicateurs de santé sont des variables qui peuvent être mesurées directement et qui permettent de décrire l'état des santé des individus dans une communauté. Ils sont utilisés pour la mise au point d'indices plus complexes établis selon des formules spécifiques.

Les indicateurs de santé sont généralement subdivisés en deux groupes principaux : les indicateurs de l'état de santé et les indicateurs des déterminants de la santé. Les premiers comportent les maladies, les handicaps... Ils permettent de décrire le versant négatif de la santé. Ils incluent aussi les caractéristiques physiologiques ou psychologiques des personnes étudiées. Les seconds correspondent aux facteurs, aux événements et à toutes les caractéristiques qui entraînent une modification dans l'état de santé.

Rumeau-Rouquette C., Blondel B., Kaminski M., Bréart G. Épidémiologie : méthodes et pratique. Paris : Flammarion et Cie, janvier 1994 : 312 p. Collection statistique en biologie et en médecine.

Des termes couramment utilisés en EPS

22

Accidents

Événements imprévisibles qui provoquent ou peuvent provoquer une blessure. Les principaux types de blessures causés par les accidents comprennent les fractures, les brûlures et les traumatismes.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Accident de la vie courante*]

Les accidents de la vie courante se définissent comme étant les accidents survenant au domicile ou dans les abords immédiats, sur les aires de sports et de loisirs, à l'école et tous ceux survenant à un autre moment de la vie privée, à l'exception des accidents de la circulation et des accidents du travail.

Comité Français d'éducation pour la Santé (CFES). Prévention des accidents de la vie courante. Vanves : Éditions CFES, 2001 : 97 p.

[*Accident du travail*]

Domage ou blessure qui se produit au travail. Le dommage peut être dû à un événement ponctuel, tel une chute, ou à une exposition répétée, par exemple un bruit provoquant une perte auditive.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

[*Accident de la circulation*]

Tout accident survenant sur la route, impliquant au moins un véhicule « routier » en mouvement. Il provoque des dommages matériels et éventuellement corporels.

Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité (INRETS), LEAT, Laumon B. Recherche épidémiologique et accidentologie routière en Europe. In : Revue épidémiologique et santé publique : 1998, n°46 : p 509-521.

[*Acteurs politiques*]

Longtemps en retrait, du fait :

A du primat des professionnels de santé dans une santé dominée par les soins,
A du rôle des partenaires sociaux pour réguler le système,
A des missions confiées aux associations pour toute la zone entre le sanitaire et le social, accusées parfois de s'intéresser surtout aux dimensions économiques, d'emplois liés aux équipements de soins,
les acteurs politiques reviennent de plus en plus sur le devant de la scène de la santé. Il leur est demandé, contre les limites, les gaspillages et la relative inefficacité du système, de jouer un rôle nouveau dans l'organisation du système et la coordination de ses acteurs.

Ils ne peuvent ignorer que l'on attend d'eux :

A de construire un cadre stable et cohérent, avec des orientations structurantes, des formes d'organisation, des dispositifs de concertation, de formation, de professionnalisation, qui conditionneront la qualité de la mise en œuvre des politiques de santé, sur des territoires donnés, autour de thématiques prioritaires, auprès de populations et de lieux de vie particuliers. Le niveau régional est reconnu comme un niveau efficace de pilotage de cette politique.

A de légitimer et financer les trois axes : prévention, éducation, promotion de la santé au-delà du seul domaine curatif qui mobilise souvent toute la reconnaissance et toutes les attentions. La dynamique de production de la santé et non de la seule réparation a plus que jamais besoin d'une reconnaissance politique qui, seule, peut permettre, par l'attribution de moyens humains et financiers, par des allocations budgétaires pérennes, de l'inscrire comme un véritable service public, comme un maillon nécessaire de la politique de santé.

A d'approfondir la démocratie participative. Dans ce domaine, comme dans d'autres, c'est un impératif d'efficacité, d'ancrage des décisions dans la réalité sociale et un facteur fort de progrès citoyen (...) Le courant de représentation des usagers, fortement présent aujourd'hui, dans les textes, devra se concrétiser dans les temps à venir, dans des formes garantes d'une contribution efficace aux décisions. Compte tenu de la place encore trop réduite de la promotion de la santé dans les politiques publiques et de l'éclatement des responsabilités entre différents acteurs (État, collectivités territoriales, régimes de protection sociale...), les espaces de concertation, communaux, intercommunaux, départementaux, régionaux sont des facteurs de qualité importants par l'analyse partagée des problèmes qu'ils permettent, par la coordination des moyens qu'ils rendent possible.

[*Décideurs institutionnels, « acteurs stratégiques »*]

Ils ont en charge l'application des orientations politiques, leur mise en acte, à travers une programmation des actions, un soutien des professionnels, une organisation pertinente des financements.

Ils seront promoteurs de qualité et d'efficacité en assumant leurs responsabilités :

Dans le pilotage des programmes :

A en proposant un cadre de travail pertinent, construit à partir des besoins remontant des intervenants de terrains, privilégiant le fonctionnement en réseau et la coopération inter-institutionnelle, limitant la concurrence entre les acteurs.

Dans le soutien aux acteurs de terrain :

A en les écoutant, en leur donnant des mandats clairs et réalistes, en prenant en compte les temps nécessaires d'analyse des problèmes, de diagnostic des situations, d'approfondissement des objectifs et des stratégies,

A en les soutenant par des formations adaptées, par des temps d'échange et de retour sur leurs pratiques, en promouvant une culture de l'évaluation positive, loin de l'évaluation sanction,

A en favorisant une politique de communication qui rend visible le travail réalisé, en soutenant des dispositifs d'appuis, des temps de conseil méthodologique ouverts vers des demandes à venir, non encore formulées, hors des programmes structurés.

En organisant des financements :

A en s'engageant sur une démarche de contractualisation pluriannuelle pour permettre une projection dans l'échelle de temps de la santé publique,

A en s'associant entre institutions pour coordonner les financements,

A en assurant aux acteurs un fonctionnement de base qui ne les précarise pas et qui leur donne des perspectives d'évolution.

Ces missions seront d'autant mieux remplies que ces décideurs feront prévaloir un partenariat inter institutionnel sur une logique de tutelle.

Par leur position d'interface entre les politiques et les acteurs de terrain, ils peuvent jouer un rôle important de conscientisation, faire progresser une culture de santé publique, une culture de promotion de la santé, en être, avec d'autres, les avocats.

Bouchet C. Éclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et réflexions sur leurs conditions de leur efficacité. Lyon : CRAES-CRIPS, 2000 : 36 p.

[*Organisations*]

Sous ce terme, nous regroupons les organisations économiques et sociales où vivent, travaillent et se rendent les populations : écoles, administrations, entreprises, prisons...

Elles seront promotrices de santé :

A en prenant en compte pour les améliorer les conditions réelles de vie et de travail, d'accueil,

A en reconnaissant l'importance stratégique du « facteur humain », donc en ayant le souci de sa santé mentale, physique, sociale,

A en intégrant la promotion de la santé dans le projet de l'organisme, le projet de l'établissement et ce, en impliquant dans ce projet de santé les différents niveaux hiérarchiques, les différentes composantes professionnelles, au delà des seuls professionnels de santé, avec un rôle moteur de la direction,

A en concevant que la prévention des crises, des problèmes est toujours moins coûteuse que l'intervention de crise,

A en ce qui concerne les organisations et services pour la population : les conditions d'accessibilité, la qualité de l'écoute, de l'analyse des demandes, de l'orientation sont des facteurs de qualité essentiels.

Cette démarche institutionnelle de promotion de la santé suppose souvent un changement culturel :

A ne pas penser a priori à la mise à jour de problèmes, de besoins de santé dans l'institution, comme une atteinte à son image, comme une mise en cause indirecte de ceux qui n'ont pas vu, qui n'ont pas fait (éloigner le thermomètre ne diminue pas la fièvre),

A accepter de réfléchir sur le moyen ou le long terme à la rentabilité des investissements en promotion de la santé. Les coûts, la charge de travail supplémentaire doivent être appréciés dans leur contribution à une plus grande qualité de vie, garante d'une plus grande contribution aux objectifs de l'institution.

Bouchet C. Éclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et réflexions sur leurs conditions de leur efficacité. Lyon : CRAES-CRIPS, 2000 : 36 p.

[*Professionnels*]

La multiplicité des acteurs rend difficile l'utilisation d'un seul vocable pour les désigner. On peut les regarder selon plusieurs axes :

A selon leurs domaines d'intervention, en relation avec leurs formations et champs d'activité,

A selon leur proximité avec la population : en première ligne ou en retrait,

A selon leur statut vis-à-vis des institutions, fonctionnaires, experts extérieurs, opérateurs de terrains aux statuts très divers...

Sur le premier axe, la diversité des compétences professionnelles :

L'accent est fortement mis aujourd'hui sur le travail en réseau, le décroisement des professionnels et le constat des difficultés pour le réaliser concrètement.

Tout montre l'importance que chacun soit reconnu (dans ses compétences et son champ d'intervention) pour qu'il accepte de prendre le risque du partage, de s'exposer à d'autres savoirs, d'autres pratiques.

L'analyse des difficultés du travail en réseau fait bien apparaître l'importance de développer de nouvelles compétences : le « management » de « l'interprofessionnalité ». Ce management comporte des compétences d'animation, d'organisation, de réactivité face aux prises de pouvoir, d'empathie vis à vis des personnes, de soutien aux « maillons faibles » du réseau, et bien sûr de connaissance précise des enjeux professionnels et institutionnels...

Sur le deuxième axe, la proximité de la population :

Les professionnels de première ligne ne sont, en général, pas suffisamment pris en compte dans leurs difficultés ni dans leurs capacités spécifiques (valorisation de l'accueil, du premier contact...). La logique verticale les positionne souvent comme relais, opérateurs de programmes, de dispositifs décidés d'en haut, par les experts. Ces experts, ces programmes sous-estiment fréquemment les difficultés du travail de terrain. Comme les politiques publiques restent très cloisonnées, les professionnels de première ligne sont souvent les relais de plusieurs politiques parfois contradictoires, qui, de toute façon, se cumulent et qui se surajoutent à leurs missions de base. La qualité des programmes, des dispositifs sera donc très liée à l'adhésion de ces professionnels de première ligne, ce qui suppose écoute, prise en compte, accompagnement, formations, soutiens, financements, statuts, ce qui suppose que leurs représentants soient associés à la définition des programmes, des dispositifs.

Enfin, quant à leur statut vis-à-vis des institutions :

Entre le fonctionnaire soumis à l'obligation de réserve, au souci d'appliquer des circulaires, et l'expert extérieur, le positionnement et le niveau d'engagement peuvent être très différents, en particulier quant à la participation, à la contribution au pilotage ou à l'animation de ces nouveaux dispositifs inter institutionnels.

De nouvelles formations sont nécessaires pour élever la qualité de ces pratiques de « management inter institutionnel », il s'agit parfois d'apprendre de nouveaux métiers très différents des formations initiales.

Bouchet C. Éclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et réflexions sur leurs conditions de leur efficacité. Lyon : CRAES-CRIPS, 2000 : 36 p.

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 jeu.

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.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

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 :

- A les jeunes sont souvent des sources d'informations pour leurs pairs
- A les adolescents se tournent spontanément vers leurs pairs lorsqu'ils ont des difficultés
- A il existe une entraide " naturelle " entre les jeunes
- A les jeunes sont mieux à même que les adultes de reconnaître et de comprendre les problèmes de leurs pairs
- A 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 États-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 :

A 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.

A 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 :

- A 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,
- A 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.

Aptitudes (aptitudes de vie)

voir aussi *Compétences psychosociales*

[*Aptitude*]

Qualité nécessaire pour exercer une activité.

Disposition naturelle, innée.

Petit Larousse illustré.

[*Aptitudes de vie*]

Capacités à avoir des comportements adaptatifs et positifs qui permettent à des individus de répondre efficacement aux demandes et aux défis de la vie quotidienne. Ce concept inclut les capacités personnelles, sociales, cognitives et physiques avec lesquelles les gens sont capables de contrôler, de diriger leur vie, de développer leur capacité à vivre dans leur environnement et de produire des changements dans celui-ci. À côté de ces capacités, le sentiment de base que des problèmes peuvent être maîtrisés activement et de manière constructive, est intégré à ce concept. Les aptitudes personnelles pour la promotion de santé sont l'un des principes d'action essentiels dans la Charte d'Ottawa.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Attentes

voir aussi *désir*

Tout individu exprime de manière plus ou moins explicite des attentes par rapport à un service, vis-à-vis de professionnels, par exemple. Dans une démarche participative, il nous paraît important d'apprendre à entendre et de prendre en compte les attentes des personnes.

Glossaire de quelques termes utilisés en santé publique et en santé communautaire. In : Brixio O, Fayard R, Guillaud-Bataille S, Péchevis M. Santé : travailler avec les gens. Paris : Éditions ENSP, mars 2003 : 264-71 p.

[*Attentes en santé*]

Ce qu'une personne croit possible au sujet des changements de son état de santé, de ses capacités à faire face à un problème de santé particulier et des effets possibles de l'évolution de la maladie ou d'un traitement sur son état de santé et de bien-être.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Attitudes

Manières habituelles et plutôt stables par lesquelles les individus perçoivent, éprouvent et jugent pour eux-mêmes, ou pour d'autres, des actions, des idées et de leur environnement social et physique.

Les attitudes régissent la perception et l'action. Elles ont des composantes affectives, cognitives et comportementales. Les attitudes sont en grande partie socialement déterminées. Changer les attitudes, qui sont des barrières à des modes de vie plus sains ou à une politique plus saine, est un des objectifs majeurs des interventions en éducation pour la santé et en promotion de la santé.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Besoins

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 :

- A sur des indicateurs existants,
- A sur des enquêtes épidémiologiques ou psychosociologiques,
- A 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 : Éditions Frison-Roche, 1996.

Voir Annexe p 53.

Cadre de vie

Un cadre de vie est un lieu où des personnes utilisent activement ou façonnent l'environnement et ainsi créent ou résolvent des problèmes relatifs à la santé. Normalement, les cadres de vie se caractérisent par des frontières physiques, diverses personnes ayant des rôles définis et une structure organisationnelle.

Les actions menées pour promouvoir la santé dans différents cadres de vie peuvent revêtir des formes très variées, souvent via un mode de développement organisationnel particulier, y compris la modification d'environnements physiques, de la structure organisationnelle, de l'administration et de la gestion. On peut également utiliser les cadres de vie pour mener une action de promotion de la santé en atteignant les gens qui y travaillent, ou en les utilisant pour obtenir un accès à des services et via l'interaction de différents cadres de vie avec la communauté dans son ensemble.

Les cadres de vie sont par exemple l'école, le lieu de travail, l'hôpital, le village et la ville.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Capital social

Le capital social représente le degré de cohésion sociale qui existe au sein d'une communauté. Ce terme désigne les procédures en place entre des personnes, qui sont à l'origine de réseaux, de normes et de confiance sociaux, et qui facilitent la coordination et la coopération en vue de bénéfices mutuels.

Le capital social se construit à partir de l'ensemble d'interactions quotidiennes entre les personnes, et s'incarne dans des structures telles que des groupes civiques ou religieux, l'appartenance familiale, des réseaux communautaires informels, et dans les normes du bénévolat, de l'altruisme et de la confiance.

De ce point de vue, le capital social est producteur de santé et peut augmenter les bénéfices que rapportent les investissements pour la santé.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

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 :

- A la communication intersubjective, entre deux personnes seulement,
- A 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.

En matière d'éducation pour la santé, un message est une chose que l'on considère important pour les membres de la communauté. 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 rare que la communication à elle seule modifie un comportement : il est trop complexe pour cela. Les échanges entre tous les membres de la communauté peuvent permettre d'entendre, de comprendre et de croire certains faits ou certaines idées, pour ouvrir la voie aux modifications de comportements.

(Adapté de)

Lamizet B. In Benoit D (dir.) Introduction aux sciences de l'information et de la communication.

Paris : Les éditions d'Organisation, 1995 : 131 p.

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

Voir schéma en Annexe p 55.

Compétences en matière de santé

voir aussi compétences psychosociales

Pour posséder des compétences en matière de santé, il faut atteindre le niveau de connaissances, d'aptitudes personnelles et de confiance nécessaires pour prendre les mesures requises pour améliorer sa santé et celle de la communauté en modifiant ses modes de vie et les conditions de vie. En conséquence, les compétences en matière de santé vont au-delà de l'aptitude à lire des brochures et à prendre des rendez-vous. Étant donné que les compétences en matière de santé améliorent l'accès des individus à des informations sur la santé et leur capacité à les utiliser efficacement, elles sont essentielles pour l'obtention de moyens d'agir. Les compétences en matière de santé dépendent d'un niveau d'instruction plus général. Un niveau d'instruction médiocre peut nuire directement à la santé, en limitant l'épanouissement personnel, social et culturel des individus, et entraver l'acquisition de compétences en matière de santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25p.

Compétences psychosociales

*voir aussi
aptitudes, compétences en matière de santé,
estime de soi, évaluation du savoir être,
facteurs protecteurs, résilience*

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 terme de bien-être physique, mental et social et plus particulièrement, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement. 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.

Un travail exploratoire de l'OMS présente par couple les 10 compétences psychosociales :

- A savoir résoudre les problèmes / savoir prendre les décisions,
- A avoir une pensée créative / avoir une pensée critique,
- A savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles,
- A avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres,
- A savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

(Adapté de)
Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF, 1997 : 127 p.

Conditions de vie

Les conditions de vie sont constituées par l'environnement quotidien des individus, là où ils vivent, se distraient et travaillent.

Elles sont un produit de circonstances sociales et économiques et de l'environnement physique (qui peuvent tous avoir des effets sur la santé) et dans une large mesure ne peuvent être influencées de façon immédiate par l'individu.

L'action de création de milieux favorables à la santé prévue par la Charte d'Ottawa porte en grande partie sur la nécessité d'améliorer et de changer les conditions de vie pour favoriser la santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Elle a été initiée dans les années 1960 par le Brésilien Paulo Freire.

Elle est définie de la manière suivante : la conscientisation est un processus dans lequel les hommes, en tant que « sujets connaissant », et non en tant que bénéficiaires, approfondissent la conscience qu'ils ont à la fois de la réalité socioculturelle qui modèle leur vie et de leur capacité à transformer cette réalité.

La « conscientisation » a fourni un cadre pour la réflexion et la conception de nombreux outils pédagogiques en éducation populaire. Elle est moins tributaire de la parole que les méthodes classiques d'éducation du public. Elle permet d'analyser des problèmes sociaux complexes quel que soit le niveau de scolarité des groupes concernés.

Les éléments de base de cette méthode peuvent se résumer comme suit :

- A se familiariser avec le langage des gens au moyen de l'observation participante,
- A dégager des thèmes fédérateurs reflétant les préoccupations et les espoirs des gens,
- A synthétiser les idées des gens et les codifier en images visuelles (photo-langage, dessins...), mimes, jeux de rôle, théâtre-forum...,
- A permettre aux personnes visées de déchiffrer et d'effectuer elles-mêmes une analyse critique des thèmes clés illustrés,
- A déboucher sur un projet concret lié aux préoccupations des gens.

Paulo F. Pédagogie des opprimés suivi de conscientisation et révolution. Paris : La Découverte, 2001 : 197 p.

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 :

A 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.

A il a des effets, notamment le changement ou l'amélioration de l'état psychologique du client.

A il ne se réduit pas à une relation duelle mais peut être étendu aux groupes.

[...]

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. [...]

Le principe de cohérence du counseling réside fondamentalement en ceci : beaucoup de situations de la vie sont causées 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. [...]

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.

Une demande est une expression du ressenti qui correspond à une aspiration, à un désir, ou à un besoin.

CORES de Basse-Normandie, Véret J.L (sous la dir. de).

Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun. Hérouville-St-Clair : Les publications du CORES, 2002 : 102 p.

Dépendance

La langue française définit par un terme unique deux orientations :

A Les définitions en compréhension de la dépendance se réfèrent assez systématiquement à l'incapacité à accomplir seul les actes nécessaires à la vie quotidienne ; elles incluent parfois l'idée de « transfert vers un tiers » ou de « besoin d'aides ».

Comme l'ont déjà signalé Dubos et Hugonot (1980), il existe un consensus fort sur le contenu des actes nécessaires à la vie quotidienne, tels qu'en témoignent les items des grilles de dépendance qui constituent une définition en extension du concept. Ce « noyau dur » se compose de cinq activités : alimentation, habillement, toilette, continence, déplacements.

A État d'être dépendant : une habitude qui est devenue très difficile à arrêter. La consommation régulière d'alcool, de tabac, de drogues telles l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, ou les médicaments prescrits comme les tranquillisants, provoque une dépendance chez l'individu, avec l'apparition de symptômes de manque si les produits ne sont pas disponibles ou accessibles. La dépendance à plusieurs substances peut provoquer des effets néfastes physiques ou psychologiques. Dans certains pays, le terme de dépendance ou addiction ne s'applique pas uniquement aux produits mais aussi à des conduites, comme la manie du jeu.

(Adapté de)

Beaufils B. La mesure de la dépendance et ses risques. In : Revue française des affaires sociales, oct.-déc. 1993, n° 4 : p.55. Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée. **Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :**

A Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive,

A Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance

A Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance, pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

A Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré

A Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets

A Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Pr Parquet PJ. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. Vanves : Éditions CFES, octobre 1998 : 46 p.

Nous percevons tous à quel point cette dimension est fondamentale. Il est classique d'évoquer son ambivalence :

A sa face claire avec l'amour, le plaisir et notre attitude préventive est souvent réductrice, frustrante (même si c'est au service de bénéfices espérés) pour les comportements qui sont liés au désir (sexualité, expériences sensorielles, alimentation ...)

A sa face plus sombre avec la recherche du risque, voire de la mort. Certains mettent la demande d'une « prévention choc », « d'images choc » en relation avec ce besoin de se confronter avec le visage de la mort largement effacé de lors réel dans nos sociétés, même si elle est virtuellement omniprésente (films, télévision).

Penser à la dimension toujours prééminente du désir, c'est lui laisser une place dans la relation éducative, c'est se rappeler que les comportements « à problèmes » comportent des « bénéfiques » pour les personnes, c'est abandonner une volonté de maîtrise « rationalisatrice » des comportements, c'est se rappeler que tout ne pourra pas s'expliquer, que laisser place à l'inattendu.

Bouchet C. Éclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et réflexions sur leurs conditions de leur efficacité. Lyon : CRAES-CRIPS, 2000 : 36 p.

Déterminants de la santé

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

A la biologie humaine : les facteurs génétiques, les facteurs physiologiques, les facteurs liés à la maturation et au vieillissement,

A l'environnement physique, psychologique, social,

A les comportements, le style de vie : les facteurs professionnels, les facteurs liés aux loisirs, les modes de consommation (alimentation, produits toxiques),

A l'organisation des services de santé : la prévention, les soins curatifs, la réadaptation, la réhabilitation.

Tous ces facteurs sont, bien sûr, interdépendants.

Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres. La promotion de la santé porte fondamentalement sur l'action et la sensibilisation nécessaires pour prendre des mesures à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables. Ainsi, elles portent sur les comportements des individus en matière de santé et leurs modes de vie, mais également sur des facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé. La réalisation d'un changement de ces modes de vie et conditions de vie, qui déterminent l'état de santé, est considérée comme un résultat intermédiaire en matière de santé.

(Adapté de)

Chauvin F, Brixio O, Rousille B. Du bon usage de communication en éducation pour la santé. Actes du séminaire international de Bierville. Paris : Éditions CFES, 1998 : 289 p.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Voir schéma en Annexe p 57.

Pour atteindre le but énoncé dans cette définition, une école-santé incite les fonctionnaires responsables de la santé et de l'enseignement, les enseignants, les élèves, les parents et les notables locaux à déployer des efforts pour promouvoir la santé. Elle favorise la santé et l'apprentissage par tous les moyens qui sont à sa disposition et s'efforce d'offrir un cadre favorable à la santé et un ensemble de programmes et de services scolaires essentiels d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. Une école-santé met en œuvre des politiques, des pratiques et d'autres mesures propices à l'estime de soi des individus, offre de multiples possibilités de succès et tient dûment compte des efforts et des bonnes intentions, ainsi que des réalisations personnelles. Elle s'emploie à améliorer non seulement la santé des élèves mais aussi celle du personnel scolaire, des familles et des membres de la communauté, et coopère avec les politiques et institutions locales pour les aider à comprendre comment la communauté contribue à la santé et à l'instruction.

(Adapté de)

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Éducation du patient

Voir aussi éducation thérapeutique.

Elle se situe en amont de la maladie et elle s'intéresse aux comportements de santé et au mode de vie du patient actuel ou potentiel.

Cette « culture de santé » repose autant sur les soignants que les éducateurs pour la santé. Elle concerne, par exemple, les recommandations sur les principes d'une alimentation « saine », sur la prévention des caries dentaires, les informations pour prévenir ou lutter contre le tabagisme ou l'alcoolisme.

Direction Générale de la Santé(DGS),Vacarie M. L'éducation thérapeutique du patient. Paris, mars 2000.

Éducation par les pairs

Approche éducative, qui permet à des pairs de se réunir et d'échanger.

Les pairs sont des personnes présentant des caractéristiques communes en terme d'âge, de situation sociale et/ou culturelle, de préférences et de perspectives. Elle implique un échange d'informations et d'opinions avec d'autres personnes afin de mettre en cause des comportements, de corriger des informations fausses et de stimuler des attitudes et des aptitudes positives vis-à-vis de la santé. Cette approche repose sur le fait qu'à certains moments de la vie, particulièrement dans la jeunesse, l'influence des pairs est plus grande que d'autres voies d'influence.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Éducation thérapeutique

Voir aussi éducation du patient.

Elle concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou préventif.

Elle repose pleinement sur les « soignants », dont l'activité « d'éducation thérapeutique » fait partie intégrante de la définition de leur fonction soignante.

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées.

Ce processus éducatif vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie ; L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer au mieux sa vie avec la maladie. Par exemple, il peut s'agir d'enseigner « les gestes » à réaliser chez un patient asthmatique : mesure du souffle, recours à des médicaments, appel du médecin etc., ou chez un sujet diabétique : contrôle de la glycémie, adaptation des doses d'insuline etc.

Direction Générale de la Santé (DGS), Vacarie M. L'éducation thérapeutique du patient. Paris, mars 2000.

Empowerment

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Équité en matière de santé

Équité sous entend justice. Seuls les besoins des personnes, et aucun autre facteur, guident la distribution des services, des bénéfices, etc.

Implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé pour la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité. " Les politiques d'équité sont donc soucieuses de créer des opportunités égales pour la santé et de réduire les écarts de santé au niveau le plus bas possible."

L'équité a une signification plus générale dans la sphère de la justice et a pu donner naissance à une théorie de l'équité.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

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 et au fil du développement de sa personnalité.

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.

Dans la démarche de promotion de la santé, l'accent est mis de plus en plus sur l'importance de l'estime de soi depuis le plus jeune âge comme condition du développement...

(Adapté de)

Duclos G. L'estime de soi, un passeport pour la vie. Québec : Les éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2000 : 120 p. Collection Parents. Bouchet C. Éclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et réflexions sur leurs conditions de leur efficacité. Lyon : CRAES-CRIPS, 2000 : 36 p.

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.

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.

(Adapté de)

Direction Générale de la Santé (DGS). 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'État. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997.

Barreyre J.Y. Dictionnaire critique d'action sociale. Paris : Bayard éditions, 1995 : 436 p. Collection Travail social.

Facteurs protecteurs

Voir aussi compétences psychosociales.

Ressources internes et externes, protégeant la santé des êtres humains.

Ils ont une importance spéciale dans une approche de type « santé créative » qui se positionne à partir de la question « qu'est-ce qui crée de la santé ? » plutôt que sur la question « qu'est-ce qui fait qu'une personne est malade ? ».

Les facteurs protecteurs comportent :

▸ des caractéristiques individuelles telles que le lieu de contrôle interne, les capacités à faire face, l'optimisme et le sentiment d'appartenance et de cohérence,

▸ des comportements personnels comme le fait de dormir assez, d'avoir une alimentation saine, de réaliser des exercices (sport) et d'éviter des comportements à risque, d'avoir une bonne hygiène, d'être vacciné,

▸ des conditions socio-économiques bonnes et sûres comme le travail, un environnement pacifique, une eau et un air non pollués, des soins, un appui social.

Hôpital promoteur de santé

Voir aussi école-santé, territoire, ville-santé.

Ce réseau international (Health Promoting Hospitals-HPH), initié en 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé, vise à encourager le développement de la promotion de la santé à l'hôpital, notamment en proposant un cadre de développement, en favorisant les échanges entre les hôpitaux et en mettant à disposition de tous une base de données d'expériences. Un hôpital promoteur de santé inclut les concepts, les valeurs et les normes de Promotion de la Santé dans sa structure organisationnelle et dans sa culture. Il développe des démarches visant à permettre aux individus qui le fréquentent (patients, membres du personnel, public) d'améliorer la prise en charge de leur santé. Il adhère aux principes édictés par la charte de Budapest (1992) et la déclaration de Vienne (1997).

En France, le réseau regroupe actuellement sept hôpitaux investis dans différents projets de promotion de la santé. Les membres fondateurs du réseau français souhaitent aujourd'hui fédérer un plus grand nombre d'hôpitaux autour de la promotion de la santé.

Communauté française de Belgique. Hôpitaux promoteurs de santé.

Information

Voir aussi communication.

Dans l'information, bien sûr il y a forme. C'est que l'information commence par être une mise en forme du réel qui le rend diffusable.

L'information est la médiation par laquelle un fait réel, qui, à ce titre, a fait ou pourrait faire l'objet de la perception individuelle de n'importe quel acteur, fait l'objet d'une diffusion auprès des autres acteurs de l'espace public, sous la forme d'un discours ou d'une image destiné à en rendre compte ou à le décrire. L'information devient, ainsi, un bien culturel, relevant, à ce titre, de la collectivité et non plus de la singularité. [...]

L'information assure, ainsi, trois grandes fonctions dans la communication au sein de l'espace social : d'une part, une fonction didactique : elle accroît le champ de savoir des acteurs qui appartiennent à l'espace social ; d'autre part, une fonction culturelle : en produisant du sens, elle rend homogène la perception du réel que peuvent avoir les acteurs du champ social, en rendant, ainsi, homogènes les formes et les codes constitutifs de la culture ; enfin, une fonction politique : en contribuant à unifier la culture dont tous sont porteurs, elle contribue à la structuration du lien social.

Benoit D (Dir.). Introduction aux sciences de l'information et de la communication. Paris : Les éditions d'Organisation, 1995 : 414 p.

Marketing social

Développement et utilisation de concepts de marketing et de stratégies à des fins non commerciales.

Les éléments centraux sont les besoins des consommateurs, les attentes, les souhaits, les produits, le prix, la distribution et la communication. Il a pour but d'influencer le " marché des idées " dans un sens particulier (par exemple, les campagnes pour inciter à ne pas fumer), pour des services spécifiques, ou pour les besoins spéciaux d'organisation sans but lucratif (par exemple, des services de conseils ou des collectes de bienfaisance).

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

La société est fortement médiatique ; les médias sont à la fois son miroir et son éducateur.

Ils s'imposent aux politiques et aux acteurs de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé, en contribuant à former les normes sociales, qui vont servir de toile de fond aux actions collectives et aux comportements individuels, en les validant (ou en les invalidant). Les médias, reflets et producteurs de l'opinion publique, jouent un grand rôle dans l'évolution des représentations sociales, collectives, vis-à-vis de problèmes (le tabagisme, les drogues, l'insécurité routière, la violence...), de populations (les séropositifs, les drogués, les « précaires »...), d'espaces de vie (le milieu scolaire, le monde du travail, le quartier...).

Ils produisent un effet contradictoire, en amplifiant, par un effet de caisse de résonance, aussi bien la fascination pour l'exploit médical et technologique que les besoins de la population d'être plus écoutée et de participer aux choix dans le domaine de la santé, que les limites du système de soin dans l'amélioration de la santé, que l'espoir d'un recul permanent de la maladie, du handicap, de la mort, que le constat de la persistance des inégalités de santé...

Ils sont une source irremplaçable d'informations, d'auto formation, mais ils peuvent produire, par l'accumulation de données souvent contradictoires, par l'effet d'obsolescence très rapide, par la recherche de l'émotionnel, du sensationnel, un effet de brouillage problématique.

Trouver de nouvelles formes de relations entre le monde des médias et celui de la promotion de la santé, éviter une instrumentalisation réciproque est un enjeu important.

Cette instrumentalisation peut prendre des formes diverses :

- A recherche d'une politique d'image par les institutions,
 - A politique de « messages » simplifiant à l'extrême la réalité,
 - A utilisation de la puissance des chiffres sans les remettre dans leur contexte,
 - A mise en scène de témoignages individuels, au détriment d'une analyse de fond.
- La réflexion éthique sera chaque fois nécessaire.

Une des clés est certainement la création de relations de confiance sur la durée entre journalistes, professionnels de la communication et professionnels de la prévention, de l'éducation de la promotion de la santé. Il s'agit de compléter la dimension événementielle par une collaboration au long cours. Chacun pouvant beaucoup apprendre de l'autre, en comprenant mieux ses compétences et ses enjeux.

Compte tenu du constat généralement fait du déficit de visibilité de la promotion de la santé, cette alliance avec les médias paraît très importante, elle suppose d'inclure dans les programmes de santé une véritable politique de communication, en s'adjoignant les compétences nécessaires.

Bouchet C. Éclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et réflexions sur leurs conditions de leur efficacité. Lyon : CRAES-CRIPS, 2000 : 36 p.

La méthode est ce qui permet de passer de l'intention à l'action.

Le choix d'une méthode adaptée permet de mettre en œuvre ses intentions avec quelques chances d'obtenir le résultat escompté.

CORES de Basse-Normandie, Véret J.L (sous la dir. de). Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun. Hérouville-St-Clair : Les publications du CORES, 2002 : 102 p.

Voir schéma en Annexe p 58.

Milieus favorables à la santé

Les milieux favorables à la santé offrent aux individus une protection contre les menaces pesant sur la santé ; ils leur permettent de développer leurs capacités et leur autonomie en matière de santé.

L'action visant à créer des milieux favorables à la santé comporte de nombreuses dimensions, à la fois politique, économique et sociale.

(Adapté de)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La Déclaration de Sundsvall. Des environnements favorables à la santé. OMS, Genève, 1991.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Objectifs de la santé

Voir aussi méthode.

Les objectifs de santé désignent, pour une population donnée, le niveau de changement (mesuré à l'aide d'un indicateur de santé), qui peut raisonnablement être attendu dans un laps de temps défini.

Les objectifs s'expriment généralement en changements spécifiques et mesurables de résultats de santé ou sur des étapes intermédiaires.

Fixer des objectifs constitue également l'une des approches pour évaluer les politiques ou programmes de santé, dans la mesure où les objectifs définissent des jalons auxquels il est possible de se référer pour mesurer les progrès réalisés.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Pays

La loi n° 95-115 du 4/02/95 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire (loi Pasqua) et la loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (loi Voynet) préconisent la mise en place des Pays comme organisations nécessaires au développement et à la réorganisation du territoire français dans le cadre de la construction européenne. Le pays est un espace de projet (...), ce n'est pas un territoire défini par la géographie, ses zones d'emploi, les mouvements de sa population : c'est d'abord un périmètre pertinent dessiné par des communes qui ont passé un contrat autour d'un objectif de développement économique.

Loi Pasqua. Loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Loi Voynet. Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire.

Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) Bourgogne. Territorialisation des politiques sociales mettant en œuvre des actions de santé. Mai 2002 : 100 p.

Précarité

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 (HCSP). La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : éditions ENSP, Avis et rapports, 1998 : 349 p.

Programme

Voir aussi méthode.

Un programme est un ensemble de mesures coordonnées pour atteindre des objectifs communs (objectifs du programme). Un programme est limité dans le temps, dans son contenu et dans ses moyens financiers.

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Lignes directrices pour la planification de l'évaluation de projets et de programmes. Berne, 1997.

Un projet est une mesure circonscrite dont les objectifs sont bien définis et la durée délimitée.

Un projet a souvent pour but de tester une démarche novatrice, qui s'inscrit dans le cadre d'un programme complet ou d'une stratégie globale.

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Lignes directrices pour la planification de l'évaluation de projets et de programmes. Berne, 1997.

Qualité de vie

Cette définition met en évidence l'idée que la qualité de la vie relève d'une évaluation subjective, qui a des dimensions à la fois positives et négatives et est enracinée dans un contexte culturel, social et environnemental.

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini six grands domaines qui décrivent les aspects essentiels de la qualité de la vie dans une perspective transculturelle :

- A un domaine physique (énergie et fatigue, par exemple),
- A un domaine psychologique (sentiments positifs, par exemple),
- A un degré d'indépendance (mobilité, par exemple),
- A des relations sociales (soutien social concret, par exemple),
- A l'environnement (la possibilité d'obtenir des soins de santé, par exemple),
- A les convictions et la spiritualité personnelles (sens de l'existence, par exemple).

Le domaine de la santé et celui de la qualité de la vie sont complémentaires et se recouvrent partiellement.

Il y a qualité de la vie lorsque les individus estiment que leurs besoins sont satisfaits et qu'ils ne sont pas privés de possibilités d'être heureux et comblés, quel que soit leur état de santé physique ou la situation sociale et économique. Le but d'amélioration de la qualité de la vie, à côté de celui relatif à la prévention des problèmes de santé évitables, a pris une importance accrue dans le domaine de la promotion de la santé. Cela revêt une importance particulière lorsqu'on s'efforce de répondre aux besoins des personnes âgées, des malades chroniques, des patients en phase terminale et des handicapés.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Relation éducative

L'aspect extérieur des relations entre deux êtres humains ne dépend pas seulement « d'indicateurs de surface » mais relèvent plus certainement « d'indicateurs de structures », que l'éducateur se doit de connaître s'il veut modifier cette relation pour aboutir à une amélioration de son action éducative.

Pour caractériser cette relation éducative, on peut faire référence à un modèle comprenant huit composantes principales : l'élève, sa personnalité, son milieu familial, son milieu social ; l'éducateur, sa personnalité, son milieu social de référence ; la société dans son ensemble. (M. Postic : La relation éducative, 1982).

Danvers F. 700 mots-clés pour l'éducation : 500 ouvrages recensés 1981-1991. Lille : Presses Universitaires de Lille, 1992 : 321 p.

Représentations de la santé

Étudier la représentation sociale de la santé et de la maladie, c'est observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et modèles culturels est pensé et vécu par des individus de notre société, étudier comment s'élabore, se structure logiquement et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie.

Il existe dans la représentation, non pas une, mais des sântés. Leur contenu s'ordonne, en effet, selon trois directions. Chacune d'elles peut se concevoir comme une forme spécifique et nous les avons dénommées respectivement « santé-vider », « fond de santé », « équilibre » (...). Ce que nous avons dénommé santé-vider n'est que l'absence de maladie (...), on peut dire que, plus généralement, la santé c'est « quand il ne se passe rien », c'est le fond neutre sur lequel la maladie, l'évènement apparaît ou peut apparaître. En tant que telle, elle est donc « absence d'évènements ». Une seconde forme de santé se dessine que nous avons dénommée le fond de santé. Sa caractéristique spécifique est d'être non un état mais un capital. Le capital comporte deux aspects principaux : la robustesse corporelle, la force d'une part, une certaine potentialité de résistance aux attaques, à la fatigue, à la maladie, d'autre part. « L'équilibre » représente au contraire dans sa présence et tout autant, peut-on dire par son absence, une expérience autonome : on se sent en équilibre, ou on sent qu'on l'a perdu. Il n'est pas besoin d'aucune comparaison à autrui pour le constater, d'aucune référence à un monde extérieur. L'équilibre est une présence, une expérience personnelle et immédiate.

Herzlich C. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Paris : Mouton et Co, 1969.

Réseaux de la santé

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ces réseaux « sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales et médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

Code de la Santé Publique article L6321-I. Les réseaux de santé. Loi du 4 mars 2002.

Réseaux sociaux

Une société stable a généralement mis en place des réseaux sociaux qui permettent de bénéficier d'un soutien social.

Des influences déstabilisatrices, telles qu'un taux de chômage élevé, des programmes de relogement et une urbanisation rapide, peuvent entraîner des perturbations considérables des réseaux sociaux. Dans ce cas, l'action de promotion de la santé peut être axée sur des mesures contribuant au rétablissement des réseaux sociaux.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

Résilience

Voir aussi compétences psychosociales.

La résilience est le plus souvent définie comme la possibilité d'une personne ou d'un groupe (famille par exemple) à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir malgré la présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.

La résilience, qui peut être à l'œuvre même chez des enfants très jeunes, résulte d'un équilibre dynamique entre facteurs de risques et facteurs de protection : compétences, estime de soi, aptitudes relationnelles, capacité d'anticiper, de donner du sens, humour...

Glossaire de quelques termes utilisés en santé publique et en santé communautaire. In : Brixio O, Fayard R, Guillaud-Bataille S, Péchevis M. Santé : travailler avec les gens. Paris : Éditions ENSP, mars 2003 : 264-71 p.

Soins de santé primaires, secondaires, tertiaires

A Soins de santé primaires :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déclaration d'Alma Ata. Pour la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable. OMS, conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma Ata, URSS, 6-12 septembre 1978.

A Soins de santé secondaires :

Conseil, diagnostic, traitement ou soins spécialisés dans une structure de soins de santé (hôpital, clinique ou cabinet privé). La spécialisation dans l'Union Européenne est strictement définie, chaque pays tenant un registre de ceux qui ont complété une formation de spécialiste dans une ou plusieurs spécialités médicales.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

A Soins de santé tertiaires :

Services fortement spécialisés habituellement prodigués dans des hôpitaux spécifiques. L'accès est souvent rendu possible par la référence de spécialistes en soins secondaires, par exemple les neurochirurgiens.

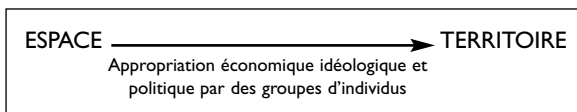
Dans certains pays, les soins tertiaires renvoient à des services de réhabilitation (prévention tertiaire) et dans d'autres pays, il n'y a aucune division entre soins secondaires et tertiaires, les deux étant classés comme soins spécialisés.

Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique.

Territoire

Le territoire est multidimensionnel, conjuguant des dimensions politiques, sociales et économiques, liant des enjeux identitaires de reconnaissance et d'existence.

C'est un espace que les individus s'approprient de manière individuelle et collective et que les institutions quadrillent et modifient.



Usage

L'usage est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage.

Cela veut dire que l'on pose comme fondement théorique l'existence d'un comportement régulier ou non de consommation de substances psychoactives qui n'entraînerait pas de dommages. Cette opinion se répand dans certaines catégories de la population et dans certains pays.

Un grand nombre de données cliniques validant cette hypothèse ont été publiées dans la littérature nationale et internationale. Une telle définition implique que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, alors que l'usage nocif et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale. Comme pour l'alcool en France, cette définition conduit à penser qu'il peut y avoir un usage réglé n'entraînant pas obligatoirement de dommages ; ceci ne tient naturellement pas compte des dommages liés spécifiquement aux conséquences du caractère illicite de la consommation de telles substances.

Pr Parquet PJ. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. Vanves : Éditions CFES, octobre 1998 : 46 p.

Usage comme comportement à risque

On peut affirmer que la consommation de n'importe quelle substance psychoactive expose la personne à des risques.

C'est pourquoi, il convient de placer les pratiques consommatoires de substances psychoactives dans le cadre des comportements et conduites à risque.

Pr Parquet PJ. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. Vanves : Éditions CFES, octobre 1998 : 46 p.

Usage nocif

L'usage nocif, tel qu'il est défini par l'OMS dans le CIM 10 et par l'Association américaine de psychiatrie dans le DSM IV (alors appelé abus), est caractérisé par une consommation de substances psychoactives susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même soit pour son environnement proche ou lointain, les autres, la société, mais ne fait pas référence au caractère licite ou illicite du produit.

Pr Parquet PJ. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. Vanves : Éditions CFES, octobre 1998 : 46 p.

Usager

Les associations de malades ont très largement prouvé leurs compétences et leur savoir-faire, chacune dans sa spécialité. Certaines ont contribué à la qualité de la prise en charge des malades, que ce soit en aidant la recherche ou en participant activement à une prise de conscience collective des enjeux.

Alors que depuis toujours, associations de santé ou de malades étaient considérées comme la même chose, la notion d'usagers du système de santé s'est en quelque sorte institutionnalisée, dépassant la sphère de la maladie. On a vu ainsi de nombreux hôpitaux inviter à leur conseil d'administration des représentants issus d'associations familiales voire de consommateurs ; ces personnes représentant ainsi, non pas une catégorie de malades, mais les citoyens usagers de l'hôpital sans distinction de maladie ou de handicap. Ainsi, pour la première fois en 1996, l'État lui-même reconnaît qu'il existe au citoyen usager une légitimité à participer au système de santé au-delà de la défense des intérêts propres de telle ou telle catégorie de malades, dans un esprit plus transversal ; certains diront plus politique au sens grec du terme : participer à la vie de la cité.

Direction Régionale des affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Bourgogne. Journée de réflexion – Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé. Mars 2003 : 22 p.

Usager partenaire

Dans la loi du 4 mars 2002, le législateur a prévu un principe général de représentation des usagers dans une série d'organismes et de conseils.

En Bourgogne le terme d'usager-partenaire a été retenu dans le SREPS et sa place s'articule autour de plusieurs revendications :

A Une implication de l'usager plus importante :

« Le plan national d'Éducation pour la Santé prévoit de renforcer la démocratie sanitaire c'est-à-dire la possibilité pour les groupes et les individus de participer aux décisions qui concernent la santé publique et donc leur propre santé ».

A Une responsabilisation des usagers en initiant l'apprentissage sur les modalités de financement et les coûts afin de favoriser une utilisation citoyenne, donc responsable du système de santé.

A Une promotion des projets ou initiatives des usagers :

Nous faisons l'observation que les personnes ont, en général, des problèmes globaux, des demandes complexes qui aboutissent sans doute à des réponses spécifiques, mais qu'aucun lieu de référence ne leur est offert pour débrouiller tout cela.

Une idée serait de proposer la mise en place de consultations locales d'orientation médico-sociale. Elles pourraient être un lieu d'exploration des demandes des personnes suscitant, soit une réponse immédiate, soit un renvoi sur les potentialités locales existantes.

A Une formation de tous les acteurs en Éducation pour la Santé.

Direction Régionale des affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Bourgogne. Journée de réflexion - Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé. Mars 2003 : 22 p.

Ville-santé

Le programme Villes-santé de l'OMS est un programme de développement à long terme, qui vise à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations des villes du monde entier et à constituer un mouvement en faveur de la santé publique au niveau local. L'idée de ville-santé s'élargit à d'autres formes d'habitat, en particulier les villages-santé et les municipalités-santé.

Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

La promotion de la santé

La santé n'est pas considérée comme un état abstrait mais comme la possibilité pour chacun de s'accomplir et de relever les défis que présente son milieu. La santé est avec le revenu, le logement, la nourriture et l'éducation une ressource pour la vie quotidienne.

La promotion de la santé se situe dans une perspective d'évolution des concepts promu par l'OMS. De la conférence d'Alma-Ata (1978) qui a défini « les soins de santé primaire » à la conférence d'Ottawa (1986) qui a donné la première Charte de la promotion de la santé, il y a une cohérence de pensée et d'action. Cet engagement donne une solide base théorique aux éducateurs, aux personnels de santé, aux travailleurs sociaux... pour développer des actions adaptées au monde contemporain.

D'après la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé s'inscrit dans un contexte précis :

A Conditions préalables à la santé

La paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

A Promouvoir l'idée

La bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie.

A Conférer les moyens

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé.

A Servir de médiateur

De nombreux intervenants sont concernés par la promotion de la santé. Les personnels de santé et les éducateurs sont particulièrement responsables de la médiation entre des intérêts parfois divergents en faveur de la santé.

L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :

A Élaborer une politique publique saine

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels.

A Créer des milieux favorables

Pour favoriser une meilleure santé, il est indispensable de promouvoir un milieu de vie sain. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention particulière. Les conditions de vie, de loisirs, de travail sont aussi essentielles.

A Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé favorise la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration de stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

▸ **Acquérir des aptitudes individuelles**

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie.

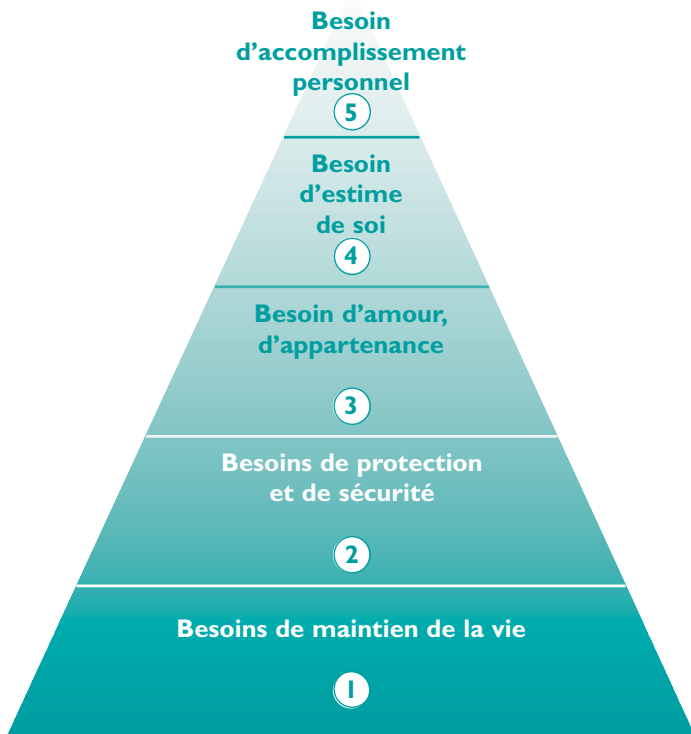
▸ **Réorienter les services de santé**

Le rôle du secteur sanitaire ne doit plus se limiter à la prestation de soins médicaux. Il doit s'ouvrir à des pratiques multisectorielles et favoriser l'adoption de modes de vies sains.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Organisation mondiale de la Santé. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada, 21 novembre 1986

Besoins

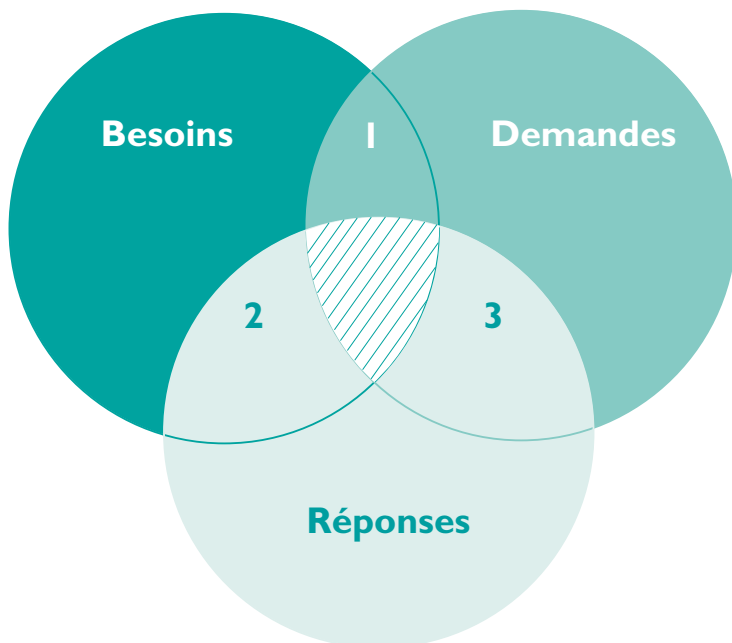
Échelle de la hiérarchie des besoins selon Maslow, dite « Pyramide » de Maslow



La pyramide de Maslow permet de comprendre la hiérarchie des besoins de l'homme. Selon Abraham Maslow en effet, la satisfaction d'un besoin ne peut être réalisée que si les besoins de niveau inférieur sont eux-mêmes satisfaits.

**Meilleure connaissance
de la communauté et de ses
Conditions de vie et de santé**

**Éducation pour la santé.
Participation de la communauté
aux décisions**



**Développement des services de santé de base
et des soins de santé primaires.**

Recherche de solutions hors des services de santé.

Légende :

- 1. Mécontentement
- 2. Non-utilisation
- 3. Gaspillage
- //// Situation idéale

Deschamps J.P. Analyse des besoins d'une communauté. In : Direction Générale de la Santé (DGS).
Promotion de la santé. Méthodologie. Symposium, Paris 1985, La Documentation Française, 1986.

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 :

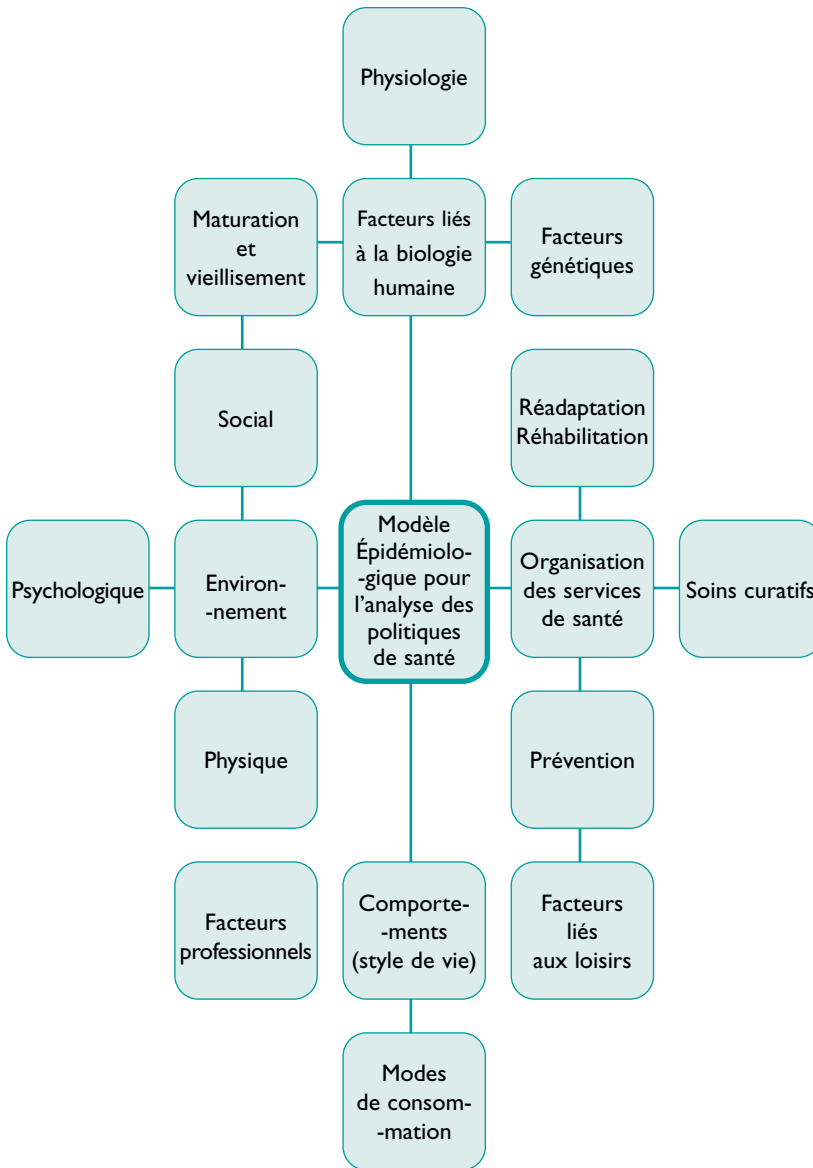
- A 1 - lorsqu'elles utilisent différents médias (télévision, radio, imprimés...)
- A 2 - lorsqu'elles associent les médias de masse à des actions nationales, de groupes et individuelles, s'appuyant sur des structures existantes (ce qui conduit à utiliser une « approche systémique » des campagnes)
- A 3 - lorsqu'elles ciblent ou segmentent avec soin le public qu'elles sont censées toucher
- A 4 - lorsqu'elles s'appuient sur des personnalités célèbres pour attirer l'attention du public sur le thème d'une campagne
- A 5 - lorsqu'il y a répétition d'un message unique
- A 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
- A 7 - lorsqu'elles mettent en avant des bénéfices immédiats plutôt que des conséquences négatives à long terme
- A 8 - lorsqu'elles impliquent dans leur conception et mise en œuvre des personnalités et des groupes clés au sein des organisations médiatiques et gouvernementales
- A 9 - lorsqu'elles se soucient du rythme (timing), selon lequel se déroule une campagne
- A 10 - lorsqu'elles utilisent des techniques d'évaluation formative pour évaluer et améliorer les campagnes pendant leur préparation et leur mise en œuvre
- A 11 - lorsqu'elles ont des objectifs modestes et réalistes en termes de changements de comportement
- A 12 - lorsqu'elles recourent à des stratégies de marketing commercial et de marketing social
- A 13 - lorsqu'elles utilisent des messages éducatifs dans des contextes de divertissement
- A 14 - lorsqu'elles font des efforts délibérés pour résoudre les conflits potentiels entre les chercheurs en évaluation et les créateurs de messages
- A 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)

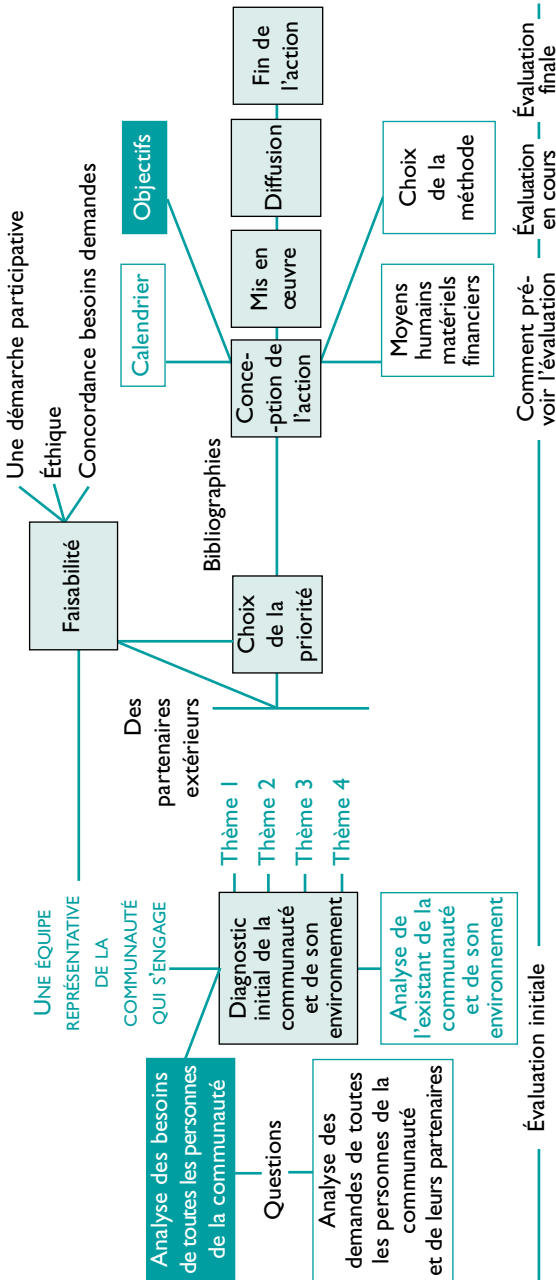
- À 16 - lorsqu'elles sont coordonnées avec des services d'accès rapide et direct (par exemple, des numéros verts d'information et de conseil), pour qu'un relais immédiat soit offert si le changement de comportement s'amorce
- À 17 - lorsqu'elles s'appuient sur une segmentation du public à partir de variables fondées sur les attitudes, les valeurs et les croyances, plutôt que sur des données démographiques
- À 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
- À 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)
- À 20 - lorsqu'elles introduisent des mécanismes permettant de réduire l'anxiété créée (quand les messages jouent sur la peur)
- À 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
- À 22 - lorsqu'elles utilisent le moyen de l'information pour augmenter leur visibilité
- À 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
- À 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
- À 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
- À 26 - lorsqu'elles attirent l'attention des publics sur les conséquences plus que probables et immédiates d'un comportement positif pour la santé
- À 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 Chauvin F, Brixi O, Rousille B. *Du bon usage de communication en éducation pour la santé. Actes du séminaire international de Bierville. Paris : Éditions CFES, 1998 : 289 p.*

Déterminants de la santé





Questions

Besoins

Quels sont les problèmes de santé les plus graves et les plus fréquents, de l'ensemble de la communauté scolaire à partir des dimensions mentales, sociales et physiques ?

Demandes

Quelle est la perception des personnes de la communauté sur leurs besoins et leur degré d'attente ?

Quelle est la position des professionnels sur les problèmes évoqués et leur degré d'attente ?

Quel est leur degré d'attente ?

Analyse

Histoire de la communauté, possibilités de l'environnement, contexte ?

L'évaluation : A quoi servira-t-elle ? A qui servira-t-elle ? Sur quoi portera-t-elle ? Avec quels outils ? A quel moment ?

Objectifs pour une population donnée.

Ils doivent être : Précis, réalisables, pertinents, mesurables.

Certains sont incontournables : l'accès aux soins et aux droits communs, le renforcement des compétences psychosociales, le renforcement de la communication intergénérationnelle.

*Adéquation des moyens et des ressources.
Dynamique du déroulement.
Respect du calendrier.
Recentrage sur les objectifs initiaux si nécessaire.
Cohérence des différents éléments du programme.*

Efficacité : les objectifs ont-ils été atteints ?

Efficience : évaluation des moyens.

Impact : conséquences (psychologiques, sociales et communautaires) observées sur les populations.

Membres du groupe de travail

- A Mme Annie BERRY Documentaliste au CODES de Saône-et-Loire
- A Dr Nathalie CATAJAR Médecin conseiller auprès
du directeur de la DRJS de Bourgogne
- A Dr Jean-François DODET Médecin inspecteur régional adjoint
à la DRASS de Bourgogne
- A Mme Marie-Hélène FLECHE Conseillère en économie sociale
et familiale au CODES de Côte-d'Or
- A Mme Elisabeth GAGNARD Secrétaire administrative à la DRASS de Bourgogne
- A Dr Nadine LABAYE Médecin conseiller technique auprès
de l'Inspectrice d'académie de Côte-d'Or
- A Mme Françoise LOCATELLI Formatrice à l'Institut de Formation des Cadres de santé
- A Mme Sandrine LOUESDON Documentaliste au CORES de Bourgogne
- A Mme Magali MARTIN Agent développement santé au CODES de l'Yonne

Que soient remerciés, tout particulièrement, pour leur relecture attentive :

- A Mme Brigitte LANGEREUX, secrétaire à la DRJS
- A Mme MILDNER, secrétaire à l'IFCS
- A Mme le Dr Isabelle MILLOT, conseiller méthodologique au CORES de Bourgogne
- A Mme Michèle BRETON, directrice Responsable de l'ANPAA 21
- A Mme Sabrina DESCHAMPS, documentaliste au Cores de Bourgogne

Index Alphabétiques

A

Accident de la circulation	p 22
Accident de la vie courante	p 22
Accident du travail	p 22
Accidents	p 22
Acteurs de l'EPS.	p 23
Acteurs politiques	p 23
Action communautaire	p 12
Advocacy	p 26
Alliance	p 12
Approche par les pairs en éducation pour la santé	p 27
Aptitude	p 28
Aptitudes de vie	p 28
Associations / populations	p 12
Attentes / attentes en santé	p 28
Attitudes	p 29

B

Besoins	p 29
---------	------

C

Cadre de vie	p 30
Capital social	p 30
Charte d'Ottawa	p 9
Cohérence	p 18
Communauté	p 12
Communication	p 31
Compétences en matière de santé	p 31
Compétences psychosociales	p 32
Comportement	p 14
Comportements à risque	p 14
Comportement en matière de santé	p 14
Conditions de vie	p 32
Conduite à risques	p 15
Conscientisation	p 33
Coopération intersectorielle	p 13
Counseling	p 34

D

Décideurs institutionnels	p 24
Déclaration de Jakarta	p 9
Demande	p 35

Démocratie sanitaire	p 13
Dépendance	p 35
Désir	p 36
Déterminants de la santé	p 36
Développement durable	p 7
Dignité humaine	p 4

E

École-santé	p 37
Éducation du patient	p 37
Éducation par les pairs	p 38
Éducation pour la santé	p 16
Éducation thérapeutique	p 38
Efficacité	p 19
Efficiencia	p 19
Empowerment	p 39
Équité en matière de santé	p 39
Estime de soi	p 40
État de santé	p 5
Éthique	p 4
Évaluation	p 18
Évaluation des besoins	p 19
Évaluation des moyens	p 20
Évaluation des résultats	p 20
Évaluation des soins de santé primaires	p 20
Évaluation du processus	p 20
Exclusion	p 41

F

Facteur de risque	p 15
Facteurs protecteurs	p 41

G

Gestion du risque	p 15
-------------------	------

H

Hôpital promoteur de santé	p 42
----------------------------	------

I

Impact	p 21
Indicateur	p 21
Information	p 42

M

Maladie	p 5
Marketing social	p 42
Médias	p 42
Médiation	p 13
Méthode	p 44
Milieu favorables à la santé	p 44
Mode de vie	p 15
Modification des comportements	p 15
Morale	p 4

N

Normes et valeurs sociales	p 4
----------------------------	-----

O

Objectifs de santé	p 44
Objectifs de l'éducation pour la santé	p 17
Organisations	p 25

P

Partenariat	p 13
Participation	p 13
Participation communautaire	p 13
Pays	p 45
Pertinence	p 18
Politique de santé	p 6
Politique publique de promotion de la santé	p 8
Politique sanitaire	p 8
Politiques des pouvoirs publics favorables à la santé	p 8
Précarité	p 45
Prévention	p 10
Prévention de la maladie	p 10
Prévention généralisée	p 10
Prévention indiquée	p 11
Prévention primaire	p 10
Prévention quaternaire	p 11
Prévention secondaire	p 10
Prévention sélective	p 11
Prévention tertiaire	p 11
Prévention universelle	p 11

Professionnels	p 25
Programme	p 45
Projet	p 46
Promotion de la santé	p 9

Q

Qualité de vie	p 46
----------------	------

R

Relation éducative	p 47
Représentations de la santé	p 47
Réseaux de santé	p 48
Réseaux sociaux	p 48
Résilience	p 48
Risque	p 14

S

Santé	p 5
Santé communautaire	p 12
Santé globale	p 6
Santé pour tous	p 6
Santé publique	p 7
Savoirs profanes	p 17
Soins de santé primaires, secondaires, tertiaires	p 49

T

Territoire	p 49
------------	------

U

Usage	p 50
Usage comme comportement à risque	p 50
Usage nocif	p 50
Usager	p 51
Usager-partenaire	p 51

V

Ville-santé	p 51
-------------	------

