

Discussion et conclusion.— Ce programme pose la question de l'écart de ciblage entre des familles « averties », disposant de moyens pour répondre à leurs inquiétudes, et des familles déjà incluses dans nombre de dispositifs d'aide, dont l'empilage peut être stigmatisant et contreproductif. Nous formulons l'hypothèse qu'un mixage populationnel, avec des procédures de recrutement des familles alliant les déterminants des programmes universel, sélectif et indiqué, et s'appuyant sur la problématique commune d'exercice de la parentalité, pourrait faciliter la participation de familles en difficulté et assurer ainsi une meilleure égalité des chances.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.078>

B5-6

Le dispositif des ateliers santé avec des personnes en difficultés sociales : l'exemple d'un chantier d'insertion à Nantes, France



C. Sallé^a, M. Villeval^{a,b}, N. Bouniols^a,
M.-O. Williamson^a

^a Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) des Pays de la Loire, Nantes, France

^b UMR 1027 épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps, faculté de médecine, Toulouse, France

Contexte.— Les ateliers santé avec des personnes en difficultés sociales sont mis en place depuis plus de dix ans par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) des Pays de la Loire. Ils consistent en plusieurs séances collectives d'éducation pour la santé et sont construits en trois phases (diagnostic de situation, préparation et mise en œuvre des séances, et évaluation). Ils visent l'acquisition par les participants d'une meilleure maîtrise de déterminants de la santé. L'objectif est d'analyser un atelier mené récemment et d'explicitier certains référents théoriques qui le sous-tendent.

Méthode.— Les différentes phases de l'atelier mené de décembre 2012 à février 2013 dans un chantier d'insertion à l'Union française des Centres de vacances (UFCV) à Nantes sont décrites, puis analysées à travers deux concepts sous-jacents en éducation pour la santé : le paradigme humaniste et le paradigme de la dialectique sociale.

Résultats.— Dans le paradigme humaniste, l'action éducative dépasse l'apport de connaissances pour s'attacher aux savoirs-être et viser le développement de compétences telles que la confiance en soi, l'affirmation et l'estime de soi. Le paradigme de la dialectique sociale interroge les rapports des personnes à leur environnement et aux groupes sociaux. À l'UFCV, le groupe a permis la production de savoirs, des apprentissages et l'expérimentation de compétences sociales, mais aussi le développement de l'esprit critique sur différentes thématiques de santé.

Discussion.— Clarifier les paradigmes qui sous-tendent nos interventions d'éducation pour la santé permet d'affirmer les valeurs éducatives que nous portons. C'est aussi une façon de mieux appréhender la problématique de leur évaluation. L'attention est également portée sur les liens entre ateliers santé et réduction des inégalités sociales de santé, dans un contexte où celles-ci s'aggravent.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.079>

B5-7

L'éducation à la santé au Québec : une dynamique distincte qu'en France



H. Valentini, H. Gagnon

Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Canada

Il y aura bientôt vingt ans que l'intervention de santé publique au Québec est définie comme étant : « l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent » (MSSS, 1997) et la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé nous invite aussi à agir sur les « Causes des causes », soit les déterminants de la santé, en particulier les conditions sociales et économiques influant sur la santé de la population. Au Québec, la place de l'éducation à la santé comme action pour promouvoir la santé est en débat depuis plusieurs années. A-t-elle encore une place ? Si oui, quelle est-elle ? Comment a-t-elle évolué dans les dernières années ? Est-elle la

parente pauvre de la santé publique ? Faisons-nous de l'éducation à la santé sans le savoir ?

L'objectif de cette communication est de proposer un regard québécois sur l'éducation à la santé, offrant une prise de recul pour les acteurs français dans ce domaine. Pour ce faire, nous énoncerons quelques grands jalons de l'éducation à la santé et interrogerons les pratiques québécoises.

Deux questions seront posées :

— qui sont les acteurs de l'éducation à la santé au Québec et quels sont leurs principaux domaines et stratégies ?

— quel impact l'orientation québécoise, qui privilégie le développement de politiques publiques et d'environnements favorables, a-t-elle eu et aura-t-elle sur l'évolution de l'éducation à la santé ?

Cette communication a été élaborée à partir d'entretiens avec cinq professeurs/chercheurs du milieu universitaire québécois considérés comme des experts de l'éducation à la santé. Un article sur l'évolution de l'éducation à la santé sera publié dans le numéro spécial sur l'éducation à la santé dans la revue Santé publique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.080>

Session B6 – Santé publique à l'hôpital

B6-1

L'importance du leadership lors de l'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé



R. Bilterys^a, N. Dedobbeleer^b

^a Université du Québec en Outaouais (UQO), Québec, Canada

^b Université de Montréal, Canada

Introduction.— Au Québec, comme en France, le milieu de travail des professionnels de santé est problématique, particulièrement celui des infirmières. Afin d'améliorer leurs conditions de travail et la qualité des soins, un des plus importants centres hospitaliers universitaires du Canada a décidé d'implanter une innovation, le projet « Hôpital Promoteur de Santé » (HPS), et notamment sa dimension portant sur le milieu de travail. Le CHU est membre du réseau québécois des établissements promoteurs de santé.

Méthode.— Notre objectif est de présenter les résultats d'une étude de cas visant à mieux comprendre le contexte d'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé pour les infirmières. Des entretiens ont été menés auprès de sept acteurs stratégiques et 18 infirmières chefs du CHU, afin d'analyser leurs perceptions quant à l'implantation d'un tel milieu.

Résultats.— L'analyse des données a révélé différents niveaux d'engagement parmi les acteurs stratégiques, lors du processus d'implantation d'un milieu de travail promoteur de santé. Leur engagement semble entre autres lié à leur compréhension du concept HPS. Chez les infirmières chefs, l'analyse des stratégies proposées et utilisées pour implanter un milieu de travail promoteur de santé a permis de distinguer deux styles de leadership, transactionnel et transformationnel.

Discussion et conclusion.— Notre étude contribue à une meilleure compréhension du type d'engagement et de leadership nécessaire pour implanter un milieu de travail promoteur de santé. Nos résultats suggèrent que les hôpitaux souhaitant implanter un tel milieu devraient identifier et impliquer dès le début les leaders présents dans leur organisation et intéressés par le projet. Ensuite, il serait souhaitable de renforcer le leadership et les connaissances des acteurs stratégiques et tactiques au sujet du projet HPS, ainsi qu'améliorer la communication intraorganisationnelle. Le leadership de ces acteurs est crucial car il améliore l'efficacité de l'implantation du projet HPS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.081>

B6-2

La planification du congé hospitalier en oncologie : le rôle du « Portail d'échanges de savoirs »



I. Brault^a, H. Lefebvre^a, O. Roy^b

^a Université de Montréal, Canada

^b Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal, Canada

L'implantation de réseaux de services intégrés en oncologie vise à mieux coordonner les services aux patients atteints de cancer et à faciliter les transitions entre les dispensateurs de soins et de services. La planification de congé en oncologie constitue un enjeu important du continuum de soins pour améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Plusieurs études soulignent le rôle de l'éducation aux patients/proches, de la coordination des services et l'implantation de suivis réguliers comme caractéristiques essentielles à une planification de congé optimale. Une planification de congé exhaustive permettrait une diminution de la durée de séjour, une diminution des coûts de réadmission et une meilleure transition entre les différents niveaux de soins. Toutefois, l'utilisation des données probantes entourant la planification de congé demeure difficile. Afin de faciliter le transfert de connaissances et le partage des savoirs expérimentiels, une innovation clinique interactive, le « Portail d'échange de savoirs », sera implanté pour soutenir le travail des professionnels dans l'amélioration des pratiques cliniques en planification de congé. Le Portail d'échange de savoirs est un portail informatique interdisciplinaire visant à réunir chercheurs, infirmières, médecins, décideurs, patients/proches dans un nouvel espace pour partager les savoirs scientifiques et expérimentiels et améliorer les soins. Cette communication vise à présenter le Portail d'échange de savoirs et à illustrer son utilisation dans le cadre de la planification de congé en oncologie. À ce jour, trois milieux actifs en planification de congé en oncologie ont été retenus pour évaluer la satisfaction des usagers du Portail en termes de convivialité d'utilisation et à son efficacité sur le plan de l'échange des savoirs. L'évaluation concerne aussi les effets du Portail chez les patients en termes de :

– gestion des symptômes ;

– consultations subséquentes aux services de santé ;

– impact sur la prise en charge des patients/famille lors du retour à domicile.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.082>

B6-3

État des lieux de la prise en charge des patients traités par anti-vitamine K en France

V. Brunie^{a,b}, J.-F. D'Ivernois^a

^a Laboratoire de pédagogie de la santé EA 3412, université Paris-13, Bobigny, France

^b Hôpitaux universitaires Henri-Mondor-Site Émile-Roux, Créteil, France

Introduction. – Environ 1 % de la population française est traitée par anti-vitamine K (AVK). Ces patients ont en moyenne 67 ans et sont majoritairement atteints de pathologies cardiovasculaires (68,1 %) ou de thromboses veineuses (24,6 %). Les AVK posent un problème de santé publique majeur. Ils constituent la première cause d'accidents iatrogènes, entraînant 17 000 hospitalisations et 4000 décès par an. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de la prise en charge des patients traités par AVK en France.

Matériel et méthode. – Revue de la littérature sur Pubmed®, Cochrane Data Base®, Sudoc®, Google® et Bium® entre 1999 et 2013.

Résultats. – De nombreux problèmes dans la prise en charge de ces patients en France ont été relevés. Concernant le traitement AVK, il s'agit de non-conformité et d'insuffisances de prescriptions des AVK, d'erreurs de définition de la zone cible d'INR, de surveillance de l'INR inadéquate et de temps passé dans la zone d'INR cible insuffisant. Côté patients, les problèmes concernent leur manque de connaissance du traitement, l'insuffisance de sources d'informations et de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) portant sur le traitement AVK. Enfin, le parcours de soins de ces patients est compliqué et implique plusieurs acteurs avec un manque de communication entre eux.

Discussion. – Les problèmes de prise en charge concernent autant le traitement AVK que les professionnels de santé et les patients. Ils aboutissent à des prises de risques évitables. Un des leviers pour l'amélioration de cette situation est le développement d'actions d'ETP, d'autant plus que ce traitement nécessite l'acquisition de nombreuses connaissances et compétences.

Conclusion. – Il s'avère nécessaire de concevoir un modèle d'ETP pour améliorer la prise en charge du traitement AVK, première cause de iatrogénie en France.



CrossMark

Cette ETP est particulière, puisqu'elle s'adresse à un traitement et non à une maladie. L'implication actuelle des pharmaciens constitue un pas dans cette voie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.083>

B6-4

Bien-traitance et psychiatrie : comment changer l'ordre du discours ?

A. Caria^a, C. Deliot^b, C. Loubières^a

^a CH Sainte-Anne, Paris, France

^b Antigone, Paris, France



CrossMark

Les usagers du système de psychiatrie ne sont pas des usagers ordinaires. Ils portent les stigmates de la figure du « fou » qui les rejettent aux marges de la communauté des êtres humains ordinaires. Cette situation fait vaciller le socle de toute conduite éthique : la capacité à reconnaître dans l'autre un *alter ego*.

Ce défaut de reconnaissance n'est pas l'apanage d'une société civile ignorante des troubles mentaux, il concerne aussi les professionnels de santé. C'est ce que montrent les débats issus des ateliers de réflexion éthique de soignants menés au CH Sainte-Anne, dont l'objectif est de réfléchir aux modalités de respect du patient dans les pratiques soignantes.

Ces ateliers interrogent un dilemme du prendre soin : « Comment concilier l'intention éthique de protection d'une personne fragilisée par la maladie et le respect de l'usager dans l'exercice de ses droits et de ses libertés ? ». Cette tension éthique commune aux professionnels de santé est potentialisée dans les soins psychiatriques sans consentement et les pratiques de privation de liberté. Son analyse nous amène à penser qu'une politique de bien-traitance en psychiatrie doit reposer sur la possibilité pour les soignants de respecter les droits des usagers, sans renoncer à l'intention de bienveillance, substrat éthique animant toute pratique soignante.

Cela nécessite que l'usager soit reconnu comme sujet de droit et *alter ego* du soignant. Cette reconnaissance requiert un changement de paradigme, où la parole et le savoir expérimentiel de l'usager des services de psychiatrie ne font plus l'objet d'exclusion, mais sont placés au centre du discours sur la santé mentale.

C'est en facilitant la prise de la parole des usagers, en écoutant leur discours sur la maladie et les soins, en les respectant comme légitimes, que les professionnels de santé permettront l'émergence des conditions de la bien-traitance dans les services de psychiatrie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.084>

B6-5

Prévalence et facteurs de non présentation en réunion de concertation pluridisciplinaire des femmes avec cancer du sein

A. Cowppli-Bony^a, C. Leux^b, L. Daubisse-Marliac^c,

S. Ayrault^a, P. Grosclaude^c, F. Molinié^a

^a Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée, Association épidémiologique des cancers en Pays de la Loire, Nantes, France

^b Service de santé publique, CHU de Nantes, Nantes, France

^c Registre des cancers du Tarn, centre hospitalier spécialisé, Albi, France



CrossMark

Introduction. – En cancérologie, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est une démarche obligatoire d'amélioration de la qualité des soins, permettant à tous les patients de bénéficier d'une prise en charge basée sur les recommandations de pratiques validées. La RCP représente ainsi une opportunité d'atténuer les inégalités d'accès secondaire aux soins.

Objectif. – L'objectif de l'étude était d'estimer la prévalence de la non présentation du dossier en RCP chez les femmes atteintes de cancer du sein, et d'évaluer l'influence respective de l'âge, des facteurs socioéconomiques et des caractéristiques cliniques et tumorales sur cette non présentation.

Méthode. – L'étude a inclus l'ensemble des femmes de Loire-Atlantique et du Tarn avec un cancer du sein diagnostiqué en 2007. Les données ont été obtenues en croisant les données d'une étude exhaustive portant sur les déterminants individuels d'une prise en charge précoce du cancer du sein en 2007, avec l'ensemble des fiches RCP fournies par les réseaux de cancérologie des départe-